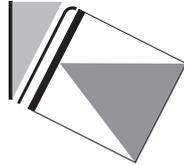


Verein
für
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 1

**Eingliederung
seelisch behinderter
Kinder und
Jugendlicher
- eine neue Aufgabe
der Jugendämter**

Dokumentation der Fachtagung
am 30. und 31. März 1995
in Bogensee bei Berlin

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.
Straße des 17. Juni 112 · D-10623 Berlin · Telefon 030 39001-0 · Telefax 030 39001-100

Fachtagungen Jugendhilfe
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 · e-mail: agfj@vfk.de · Internet: www.vfk.de/agfj

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

Impressum:

Herausgeber:

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.
Ernst-Reuter-Haus · Straße des 17. Juni 112 · 10623 Berlin
Postfach 12 03 21 · 10593 Berlin

Redaktion, Layout und Satz:

Roland Kühne
Fritz-Kirsch-Zeile 24
12459 Berlin

Berlin 1995

Hinweise zur Online-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e. V. nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Seit Oktober 2001 besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunterzuladen. Alle Texte sind schreibgeschützt, das heißt, sie können nicht verändert werden.

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Vorwort	5
DR. ROLF-PETER LÖHR <i>Geschäftsführer des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. Berlin</i>	
Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe - eine Einführung in das Tagungsthema	9
WALTER KROKER <i>Landrat des Elbe-Elster-Kreises, Vorsitzender des Ausschusses für Jugend und Soziales des Landkreistages Brandenburg</i>	
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - Gründe, Anforderungen und Konsequenzen	19
MINISTERIALRAT DR. REINHARD WIESNER <i>Leiter des Referats Kinder- und Jugendhilferecht im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>	
Seelische Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen - Definition und Abgrenzung	40
DR. JÖRG M. FEGERT <i>Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum „Rudolf Virchow“ Berlin-Charlottenburg</i>	
Seelische Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen - die Bedeutung für den Hilfeauftrag der Jugendhilfe	70
DR. CHARLOTTE KÖTTGEN <i>Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiterin des jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes im Amt für Jugend Hamburg</i>	
Einbeziehung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe - Last oder neue Herausforderung für die Jugendämter?	91
DR. INGE COBUS-SCHWERTNER <i>Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam</i>	

Nachrang der Jugendhilfe und das Verhältnis zu anderen Sozialleistungsträgern	106
SYBILLE RINGEL <i>Stellvertretende Referatsleiterin im Landessozialamt des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern</i>	
Vorrang für bestimmte Hilfen und Therapieansätze	116
YVETTE NIEKAMMER <i>Mitarbeiterin des AOK-Landesverbandes Brandenburg</i>	
Qualifizierung psychotherapeutischer Leistungen durch multiprofessionelles Handeln	124
KARL-HEINZ STRUZYNIA <i>Leiter des Jugendamtes Berlin-Hellersdorf</i>	
Abgrenzungsschwierigkeiten zur Sozialhilfe - Lösungsansätze und Empfehlungen	135
KARL FISCHER <i>Leiter des Kreisjugendamtes Ostalbkreis, Baden-Württemberg</i>	
Möglichkeiten der Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in Thüringen	145
VIOLA GEHRHARDT <i>stellvertretende Leiterin des Landesjugendamtes Thüringen</i>	
Berichte aus den sechs Arbeitsgruppen	154
Podiumsdiskussion zum Thema: Leistungsspektrum, Hilfe katalog und Anbieter - das Verhältnis zwischen Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen	176
MODERATION: MINISTERIALRAT DR. REINHARD WIESNER	
Plädoyer für eindeutige Zuständigkeitsregelungen	191
HELMUT SAURBIER <i>Landesrat a. D., Vorsitzender der Zentralen Spruchstelle für Fürsorgestreitigkeiten</i>	

Vorwort

Der Verein für Kommunalwissenschaften e.V. ist mit der Veranstaltung, die im vorliegenden Band dokumentiert wird, zum ersten Mal bundesweit als Anbieter von Fachtagungen in Erscheinung getreten. Der Verein für Kommunalwissenschaften e.V. ist aber weder eine junge Einrichtung noch ohne Tradition auf dem Gebiet der Jugendhilfe.

Gegründet wurde der Verein 1951 vom Deutschen Städtetag und dem Land Berlin, um den auf den Deutschen Städtetag entfallenden Anteil des Vermögens des Deutschen Gemeindetages zu übernehmen. Zum Deutschen Gemeindetag hatten die Nazis 1933 den Deutschen Städtetag und die anderen kommunalen Spitzenverbände zwangsvereinigt. Wichtigster Bestandteil dieses Vermögens war das Haus des Deutschen Gemeindetages, ein 1938 errichtetes, über 200 Meter langes Gebäude an der Straße des 17. Juni zwischen dem S-Bahnhof Tiergarten und dem Charlottenburger Tor, exponiert gelegen an der großen Ost-West-Magistrale, die sich vom Theodor-Heuss-Platz im Westen über den Ernst-Reuter-Platz, die Siegessäule, das Brandenburger Tor bis hin zu Unter den Linden und zum Alexanderplatz erstreckt.

Die Gründung des Vereins für Kommunalwissenschaften in Berlin und die Übernahme des damals stark zerstörten Hauses dokumentierten zugleich die Verbundenheit der deutschen Städte mit Berlin und bekundeten den Willen, hier zum Wiederaufbau beizutragen und Berlin dereinst wieder in seine Rechte als deutsche Hauptstadt einzusetzen. Wesentlichen Anteil am Gelingen dieses Wiederaufbaus trug der damalige Regierende Bürgermeister Berlins, Ernst Reuter, nach dem das Haus daher nach seinem Tod im Jahr 1953 benannt wurde.

Neben dem Wiederaufbau des Hauses hatte und hat der Verein vor allem die Aufgabe, die Kommunalwissenschaften zu fördern und damit die Bedeutung kommunaler Selbstverwaltung für den Aufbau und die Erhaltung demokratischer Strukturen nach den Jahren der Nazi-Diktatur zu verdeutlichen. Zu diesem Zweck gründete der Verein schon sehr bald einen Kommunalwissenschaftlichen Arbeitskreis, der 1966 zum Kommunalwissenschaftlichen Forschungszentrum ausgebaut wurde, das 1973 die Keimzelle für das Deutsche Institut für Urbanistik bildete.

Schon vor der Wende hatte das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) wissenschaftlichen Kontakt zum Institut für Städtebau und Architektur der Bauakademie der DDR aufgenommen. Infolge dieser Kontakte und seiner zentralen Lage in Berlin wurde das Institut nach der Öffnung der Mauer zu einer vielbesuchten Anlaufstelle für die sich entwickelnden kommunalen Kräfte in der DDR. Es war daher nur folgerichtig, daß der Verein im Sommer 1990 neben dem Difu ein vom Bundesministerium des Innern gefördertes Projekt der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zur Hilfe beim Aufbau der kommunalen Selbstverwaltung in der DDR - wie es damals noch hieß - übernahm. Der erfolgreiche Start dieses Projekts wiederum war Anlaß für die kommunalen Spitzenverbände, den Verein für Kommunalwissenschaften auch mit der auf der ersten Jugendhilfekonferenz in Bogensee im August 1990 beschlossenen Fortbildung für die Jugendämter in den neuen Bundesländern zu beauftragen.

Nach einer Anschubfinanzierung - noch durch das Ministerium für Jugend und Sport der DDR - nahm der Verein mit seinem Informations-, Beratungs-, Fortbildungsdienst Jugendhilfe in den neuen Bundesländern (IBFJ) am 15. Oktober 1990 die Tätigkeit auf und begann bereits am 15. November 1990 mit dem ersten Seminar. Möglich wurde dieser schnelle Start vor allem durch das große Engagement des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages, durch die Einsatzbereitschaft der ersten drei mit Arbeitsverträgen mit einer Laufzeit von nur viereinhalb Monaten beschäftigten Mitarbeiterinnen, Frau Dr. Müller, Frau Rabe und Frau Niebisch, sowie ganz besonders durch die spontane Bereitschaft von sieben Jugendamtsleitern aus den alten Bundesländern, Hals über Kopf in die Fortbildung für die Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Ländern einzusteigen. Diese besondere und schwierige Lage schaffte aber einen Gemeinschaftsgeist aller Beteiligten, so-wohl auf der Seite der Organisatoren oder Referenten als auch auf der Seite der Teilnehmenden, der sehr schnell den Veranstaltungen des IBFJ ein besonderes Flair und einen besonderen Reiz verlieh. Diese trugen nicht nur zur fachlichen Effektivität der Veranstaltungen bei, sondern auch zum wechselseitigen Verständnis und zur Wertschätzung von Ost- und Westdeutschen.

Der Erfolg des IBFJ veranlaßte Mitte 1992 das Bundesministerium für Frauen und Jugend, das den IBFJ von Anfang 1991 bis Ende 1994 finanzierte, den Verein im Rahmen des Aktionsprogramms gegen Aggression und Gewalt auch hier mit der Fortbildung zu betrauen. Neben dem IBFJ

entstand so der Informations-, Forschungs-, Fortbildungsdienst Jugendgewaltprävention (IFFJ), der mit einem anderen Klientel von Referenten und Teilnehmenden rasch ebenso erfolgreich arbeitete wie der IBFJ.

Leider vermochten weder die hohe fachliche Qualität der Seminarangebote des IBFJ noch die große Nachfrage nach diesen Seminaren durch die Jugendämter aus den neuen Bundesländern das Bundesministerium für Frauen und Jugend davon zu überzeugen, den IBFJ nach Auslaufen der zweiten Förderphase Ende 1994 weiter zu finanzieren. Der Verein für Kommunalwissenschaften beschloß daher, den IBFJ mit einem eingeschränkten Leistungsangebot auch ohne öffentliche Förderung fortzusetzen. Die große Nachfrage nach den Seminaren trotz Erhebung eines Teilnehmerbeitrages gibt dem Verein für Kommunalwissenschaften bislang recht. Das Land Sachsen-Anhalt übernimmt sogar zur Zeit die Teilnehmerbeiträge für seine „Landeskinder“.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sah aber, daß auf die Jugendhilfe im vereinigten Deutschland erhebliche neue Anforderungen zukommen. Es unterstützt daher den Verein für Kommunalwissenschaften bei der Durchführung von Fachtagungen, die dem Austausch von Erfahrungen sowie der Bekanntmachung und Erörterung innovativer Modelle des Verwaltungshandelns bei schwierigen Problemen der Jugendhilfe dienen. Die Fachtagungen, bei denen die unmittelbaren Bedürfnisse der Praxis im Vordergrund stehen, die aber auch Wissenschaft und Politik einbeziehen, verfolgen das Ziel, bundesweit zur Qualität der Jugendhilfe beizutragen und ihren gesellschaftlichen Auftrag zu verdeutlichen. Als gemeinsame Leitideen sind sie den folgenden Maximen verpflichtet:

- unmittelbare Relevanz für die Praxis der Jugendhilfe,
- ganzheitliche Sicht der Jugendhilfe,
- Förderung der Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Jugendhilfe,
- Forum des Austauschs zwischen öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe.

Zur Sicherstellung dieser Ziele hat der Verein für Kommunalwissenschaften einen Beirat berufen, dem Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Kommunen, der Länder, der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, des BMFSFJ sowie Einzelpersonlichkeiten aus dem Bereich der Jugendhilfe angehören.

Mit seiner ersten Fachtagung hat der Verein auf Anregung des Beirates ein Thema aufgegriffen, das die Jugendhilfe vor vielfältige neue Aufgaben stellt. Mit der Einbeziehung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher gewinnt die Jugendhilfe nicht nur ein neues Klientel hinzu, sondern sie hat sich auch mit anderen Ämtern, anderen Interessenverbänden und vor allem mit den Kinder- und Jugendpsychiatern konstruktiv und integrativ auseinanderzusetzen (und dabei zugleich Fragen der Verwaltungsreform und der Haushaltskonsolidierung zu bewältigen). Hier wird es auf allen Seiten nötig sein, Bewährtes in Frage zu stellen, umzudenken und nach neuen Lösungsansätzen zu suchen, damit sich alle Kinder und Jugendlichen in dieser Welt orientieren und gut entwickeln können, wie es das Kinder- und Jugendhilfegesetz als Aufgabe der Jugendhilfe benennt.

Die Fachtagung suchte zu diesem Zweck einen Bogen zu schlagen von der Darlegung der historischen Entwicklungslinie der Jugendhilfe, der Darstellung der gesetzlichen Grundlagen und gesetzgeberischen Absichten über die Definition seelischer Behinderung und deren Bedeutung für den Hilfeauftrag der Jugendhilfe sowie die Umschreibung der besonderen Herausforderung, die hierin für die Jugendämter liegt, bis hin zum Verhältnis der Jugendhilfe zu anderen Sozialleistungsträgern. Komplettiert wurde dieser Bogen durch Berichte über Erfahrungen mit der Anwendung des § 35a KJHG auf kommunaler Ebene in Ost und West sowie auf der Ebene eines Landesjugendamtes. Vertieft wurden die Problemstellungen durch die Diskussion in sechs Arbeitsgruppen. Ihren Abschluß fand die Fachtagung in einer Podiumsdiskussion zur zentralen Problemstellung, nämlich zu dem Verhältnis zwischen den Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. und der Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG.

Ergänzt wurde und wird die Fachtagung durch Seminare des IBFJ zu konkreten Fragestellungen bei der Umsetzung des § 35a KJHG in der kommunalen Praxis. Als ein Ergebnis der Fachtagung ist ein Workshop mit Kinder- und Jugendpsychiatern und Jugendamtsleitern geplant, in dem gegenseitige Vorbehalte aufgearbeitet und Möglichkeiten konstruktiver Zusammenarbeit ausgelotet werden sollen.

DR. ROLF-PETER LÖHR

Geschäftsführer des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. Berlin

Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe - eine Einführung in das Tagungsthema

WALTER KROKER

*Landrat des Elbe-Elster-Kreises, Vorsitzender des Ausschusses
für Jugend und Soziales des Landkreistages Brandenburg*

Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches VIII KJHG wurden gegenüber dem zuvor geltenden Recht in den Altbundesländern gesetzliche Regelungen eingeführt, die in bestimmten Zeitabschnitten in Kraft getreten sind.

Während dieser Fachtagung soll es vor allem darum gehen, Ansätze, Standpunkte, Erfahrungen auf dem Gebiet der Arbeit der Jugendämter mit dem Problem der seelischen Behinderung von Kindern und Jugendlichen zu erfassen, festzustellen, auszutauschen und weiterzuentwickeln.

Die Praktiker arbeiten nun bereits einige Jahre mit dem KJHG, und ich kann es mir ersparen, Ihnen den besagten § 35a KJHG „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ zu zitieren. Er wurde mit dem Ersten Änderungsgesetz zum KJHG als Präzisierung eingefügt. Bisher sprachen wir von Eingliederungshilfe für Behinderte immer im Zusammenhang mit dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Nach dem BSHG geht es um die medizinische, pädagogische, vorschulische und schulische Rehabilitation, aber ebenso um umfassende berufliche und soziale Aufgaben in der Rehabilitation.

Arbeitshilfen und Anleitungen fehlen

Der Gesetzgeber hat durch den § 35a KJHG die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche eindeutig der Jugendhilfe zugeordnet. Wenn wir uns auf dieser Fachtagung nun mit inhaltlichen Fragen, Zuordnungen, Abgrenzungen oder Hilfeplanverfahren mit den entsprechenden Leistungen und Maßnahmen auseinandersetzen, so ist das nur ein Schritt in die richtige Richtung. Selbstkritisch muß eingeschätzt werden, daß diesem Problem bereits zu einem früheren Zeitpunkt viel mehr Aufmerk-

samkeit hätte geschenkt werden müssen. Es gibt einige wenige Bundesländer, in denen von dem Landesrechtsvorbehalt in Artikel 11 KJHG Gebrauch gemacht worden ist, die Übergangsvorschrift auszuschließen.

Mehr oder weniger müssen wir auf die Erfahrungen dieser Bundesländer zurückgreifen und wollen gern davon profitieren, wobei zu diesem Thema festzustellen ist, daß die Praktiker häufig mit der praktischen Durchsetzbarkeit von Arbeitsempfehlungen alleingelassen wurden. Als Beispiel muß ich Ihnen hier auch leider unser Bundesland Brandenburg nennen, in dem ebenfalls seit dem 20. Dezember 1991 der § 35a seine Gültigkeit hat, es aber dazu weder detaillierte Anleitungen, noch Arbeitshilfen oder eine Zusammenfassung von Standpunkten gab, um eine möglichst einheitliche Handhabung zu erreichen. Eine einzige Fachtagung am 29. und 30. September 1994 beschäftigte sich mit den konkreten Problemen.

Erst Mitte dieses Monats bekamen die Jugendämter „Empfehlungen zum Verhältnis der Hilfen zur Erziehung zu den Eingliederungshilfen gemäß § 35a SGB VIII“ vom Ministerium in die Hand. So kam es häufig zu völlig verschiedenen Standpunkten, die nicht gerade dafür sorgten, Klarheit in der Handhabung zu erreichen.

Probleme mit der Definition „seelische Behinderung“

Ich bin gebeten worden, in das Tagungsthema einzuführen. In diesem Sinne möchte ich ein paar grundsätzliche Fragen aufgreifen, die in den nachfolgenden Referaten und in der Diskussion in den Arbeitsgruppen vertiefend behandeln werden.

Wenn wir von seelischer Behinderung sprechen, taucht für die meisten erst einmal die Frage nach dem betroffenen Personenkreis auf. Voraussetzung für die Feststellung einer seelischen Behinderung ist das Vorliegen einer seelischen Krankheit sowie die daraus folgende Einschränkung der Fähigkeit, sich in die sozialen Prozesse einzugliedern.

Die Unterscheidung zu einer drohenden Behinderung macht Ihnen als Praktiker sicherlich die meisten Kopfschmerzen. Ich kann Ihnen hierzu die Definition des § 5 Eingliederungshilfeverordnung anbieten. Sie geht davon

aus, daß bei einer drohenden Behinderung noch keine manifeste Beeinträchtigung bei der Eingliederung in die Gesellschaft vorliegen muß. Man spricht bereits von einer drohenden Behinderung, wenn nach allgemein ärztlichen oder sonstigen fachlichen Erkenntnissen mit hoher Wahrscheinlichkeit der Eintritt einer Behinderung zu erwarten ist.

In diesem Zusammenhang wird häufig auf den Begriff „seelische Störung“ Bezug genommen. Seelische Störungen können unterschiedlichster Natur sein und können außerdem häufig Behinderungen oder drohende Behinderungen nach sich ziehen. Es können sein:

1. Endogene Psychosen, das heißt körperlich nicht begründbare Psychosen. Da wären zum Beispiel Schizophrenien oder manisch-depressive Erkrankungen zu nennen.

2. Exogene Psychosen, das heißt körperlich begründbare Psychosen - als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen - Infektionskrankheiten, Medikamenten-, Drogen- und Alkoholabusus, frühkindliche Hirnschädigungen, traumatische Hirnschädigungen, Unfallfolgen, Stoffwechselerkrankungen.

3. Suchtkrankheiten: Medikamenten-, Drogen-, Alkohol- und Spielsucht.

4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen wie zum Beispiel Angstneurosen, Phobien, Zwangsneurosen, Magersucht, neurotische Fehlentwicklungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Die Definitionen dieser Krankheiten sind auf Erwachsene ausgerichtet. Für Kinder und Jugendliche sind diese zumindest zu hinterfragen. Bei Kindern und Jugendlichen haben Entwicklungs- und Erziehungsaspekte eine zentrale Bedeutung. Diese entwicklungs-offene Situation von Kindern und Jugendlichen erschwert die Feststellung einer Behinderung. Dies gilt besonders für seelische Behinderungen, denn wie soll schon „eine Verfestigung des Zustandes“ eingetreten sein, der eine „Voraussetzung für die Behinderung“ ist? Wobei nicht von der Hand zu weisen ist, daß Störungen durch fehlende Förderung, schwere Mängel in der Erziehung oder andere Behinderungen der kindlichen Entwicklung zur seelischen Behinderung werden können.

Von der Abgrenzung zur Vernetzung von Hilfen

Wie uns aus Umfragen in einigen Jugendämtern bekannt geworden ist, beschäftigen Sie sich alle sehr stark mit den Fragen über Abgrenzungen. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit vom Begriff der Abgrenzung zum Begriff der Vernetzung von Hilfen und Hilfsmaßnahmen hinführen.

Der Begriff „seelische Behinderung“ entbehrt trotz des § 3 der Verordnung zu § 47 BSHG weitestgehend noch der inhaltlichen Ausformulierung. Die mangelnde Schärfe des Begriffs „seelische Behinderung“ wird schon seit langem kritisch genannt. Bereits im 5. Jugendbericht wurde darauf hingewiesen. In diesem Bericht kamen die Sachverständigen sogar zu der Auffassung, daß sich dieser Begriff jeder Klassifikation, Strukturierung und Abgrenzung entziehe.

Die Jugendhilfe ist nun Habilitationsträger

Die Jugendhilfe hat mit dem Inkrafttreten des § 35a eine Aufgabe neuer Dimension wahrzunehmen, die sie bisher nur am Rande oder in Einzelfällen zu gewährleisten hatte. Jugendhilfe ist mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe zum Rehabilitationsträger geworden. Dabei spricht man bei Kindern aber vor allem von Habilitation, vom Erwerb von Fähigkeiten, nicht vom Wiedererwerb von Fähigkeiten.

Wenn wir uns vergegenwärtigen, daß in der Bundesrepublik Deutschland Leistungen zur Rehabilitation bisher von den Trägern der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der Kriegsoferversorgung und -fürsorge, der Bundesanstalt für Arbeit sowie von den Trägern der Sozialhilfe erbracht wurden, stellen wir fest, daß die Jugendhilfe in dieses System integriert werden muß.

Aus dem Umfang dieser Problematik ist erkennbar, daß die Maßnahmen der Jugendhilfe integrativen Charakter tragen sollten. In diesem Zusammenhang ist nochmals unter ganz neuen Gesichtspunkten die Zusammenarbeit unterschiedlichster Träger nicht nur als Lippenbekenntnis im Munde zu führen, sondern eine sehr enge, langfristige Zusammenarbeit mit den verschiedensten Trägern zu organisieren.

Eindeutige Zuständigkeitsregelungen sind selten

Ich möchte nicht verschweigen, daß es für Sie als Mitarbeiter der Jugendhilfe gerade deshalb so schwierig ist, weil eindeutige Zuständigkeitsregelungen bei seelischer Behinderung oftmals kaum vorzunehmen sind. Zum einen läßt sich bei Kindern und Jugendlichen nicht immer abgrenzen, ob eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegt. Zum anderen kann dadurch auch nicht immer eindeutig bestimmt werden, ob Leistungen eher der medizinischen, der beruflichen oder der sozialen Rehabilitation zuzuordnen sind.

Insbesondere gilt dies für psychotherapeutische und psychosoziale Leistungen. Für interessierte Kolleginnen und Kollegen möchte ich an dieser Stelle auf den Buchtitel „Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe“ von Dr. Reinhart Lempp verweisen. Der Autor ist Nervenarzt und Kinder- und Jugendpsychiater. Er bietet mit seinem Buch konkrete Arbeitshilfen für die Praxis.

Mit dieser Problematik - also mit Abgrenzungsschwierigkeiten - hat die Sozialhilfe in der Bundesrepublik Deutschland bereits mit den übrigen Rehabilitationsträgern gelebt. Dies wird nun für die Jugendhilfe zunehmend aktuell. Ein Beleg für diese Abgrenzungsprobleme ist zum Beispiel die seelisch-geistige Behinderung, wie Dr. Reinhard Wiesner in verschiedenen Veröffentlichungen ausgeführt hat.

Die Ursachen für seelisch-geistige Behinderungen sind so komplex, daß die Frage nach der gebotenen Hilfe meist nicht eindeutig zu beantworten ist. Wenn wir uns dabei fragen, welches Gewicht vergangene oder noch existierende Milieufaktoren haben oder welche Bedeutung elterliches Fehlverhalten in der Vergangenheit oder Gegenwart als Ursache für Verhaltens- und Anpassungsstörungen des Kindes haben, so sind diese Fragen meist kaum zu beantworten.

Enge Zusammenarbeit ist dringend erforderlich

Ich habe diese Problematik so ausführlich beleuchtet, um die dringende Notwendigkeit der Vernetzung von Hilfen und Hilfssystemen zu verdeut-

lichen, anstelle sich hauptsächlich mit Abgrenzungen zu befassen. Für die Kollegen, die verantwortungsbewußt mit der Problematik seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher umgehen, ist das Zusammenwirken der unterschiedlichen Dienste und Hilfsangebote unerlässlich. Unter diesem Blickwinkel wird auch klar, daß es nicht nur darum gehen kann, daß Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ein ausreichend qualifiziertes Platzangebot sicherstellt, sondern daß vorhandene Kapazitäten der Eingliederungshilfe besser genutzt werden müssen.

Hierzu gehören insbesondere die Vernetzung der Eingliederungs- und Jugendhilfeangebote mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfeformen. Dazu finden sich interessante Ausführungen von Dr. Charlotte Köttgen in Veröffentlichungen der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. (AFET).

Das Jugendamt ist keine reine Zahlstelle

Das Jugendamt ist natürlich kein „Auffangbecken“ für alle „Fälle“, die bei anderen Trägern möglicherweise nicht eingegliedert wurden. Das Jugendamt dient auch nicht der Finanzaufbesserung bestimmter Bereiche eines bestimmten Klientels. Das Jugendamt ist eine sozialpädagogische Fachbehörde und keine reine Zahlstelle.

Es geht bei dem Problem der Finanzierung um das Ausschöpfen der Potentiale aller Träger und nicht um das Kostenabschieben. Wiederum sei hier eine vernünftige Zusammenarbeit unterschiedlichster Träger angemahnt. Das ist auch die Meinung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. (AFET).

Gestatten Sie mir an dieser Stelle einige Gedanken zur Jugendhilfe: Durch die Zuständigkeit des Jugendamtes für die Arbeit nach § 35a ist anhand des Hilfeplanes auch zu prüfen, *„wie alle sozialen und individuellen Umstände zu berücksichtigen sind, die die Entwicklung und Erziehung des Kindes beeinträchtigen“*. Das empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfen e. V. (AFET).

Zu diesen erschwerenden Umständen können auch neurotische Störungen, Drogenabhängigkeit oder körperlich nicht begründbare Psychosen gehören.

Ihre Kenntnis ist für die Gestaltung des Hilfsplanes wesentlich. Darüber hinaus wird von der AFET die Empfehlung gegeben: *„Im Zweifelsfall sollte die notwendige Hilfe als Hilfe zur Erziehung nach den §§ 27 - 35 KJHG geleistet werden.“* Hilfe zur Erziehung schließt dabei auch die mit der pädagogischen Hilfe verbundenen therapeutischen Leistungen ein. Die Therapie wird sozusagen in eine Erziehungshilfsmaßnahme einbezogen.

Zur Verantwortung des Jugendamtes

Das Jugendamt ist für die Antragsbearbeitung, für die Feststellung der Leistungsvoraussetzung und für die Entscheidung über die geeignete Hilfe verantwortlich. Entscheidungsbefugt ist ausschließlich das Jugendamt. Diese Verantwortung des Jugendamtes ist auch nicht delegierbar! Bei der Beurteilung von Einzelfällen sollte sich das Jugendamt immer dann Unterstützung holen, wenn Fachfragen zu klären sind, die das Jugendamt nicht selbst abschließend bearbeiten kann.

Wenn ich die bescheidenen Erfahrungen des Landkreises Elbe-Elster benennen soll, so möchte ich sagen, daß wir bereits über erste Lösungen bei Problemen im Bereich der Frühförderung durch die Bildung einer Arbeitsgruppe unter Leitung des Dezernenten für Gesundheit und Soziales - entsprechend der Empfehlung des Bundeslandes Brandenburg - verfügen.

Die Vorstellungen im Landkreis Elbe-Elster sind soweit gediehen, daß diese Arbeitsgruppe allerdings vom Dezernenten für Bildung, Jugend und Kultur geleitet werden soll. Einbezogen werden auch die Mitglieder der allerersten Arbeitsgruppe, die es gab. Sie alle sollen zur Klärung der spezifischen Probleme ihre fachliche Meinung äußern.

Wir streben Einzelfallentscheidungen an und wollen damit unserer Verantwortung im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen so gut wie möglich gerecht werden. Es geht hier um Entscheidungen der Zuständigkeit. Die vorbereitenden Arbeiten sind im Zuge der Hilfeplanung selbstverständlich durch die Sozialarbeiter zu leisten. Ob man diesen Personenkreis „Gremium“, „Clearingstelle“, „Arbeitsgruppe“ oder „Arbeitsgemeinschaft“ nennt, ist im Grunde genommen ausschließlich eine reine Formfrage.

Empfehlung für ein Fachteam

Für eine Übergangsphase, in der sich die meisten Jugendämter nun befinden, wird von Fachleuten die Einrichtung eines solchen fest verankerten Fachteams empfohlen. Es ist möglichst dafür Sorge zu tragen, daß die Zusammensetzung des Teams zur Hilfeplanung für den konkreten Einzelfall konstant bleibt. In der Diskussion über die Zusammensetzung des Teams wird im Landkreis Elbe-Elster folgender Personenkreis genannt: das federführende Jugendamt, das Sozialamt, der Amtsarzt, eventuell ein auch Vertreter des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes sowie Vertreter der Schulen.

Mit dem Staatlichen Schulamt ist noch zu klären, ob ein Schulrat benannt werden soll oder ob es sinnvoller ist, die sozialpädagogischen Zentren unter dem Blickwinkel der territorialen Verantwortung einzubeziehen. Zu dem Team soll auch der Behindertenbeauftragte des Landkreises gehören sowie Vertreter freier Träger, die entsprechende Leistungen anbieten.

Wird ein Facharzt in die Hilfeplanung einbezogen, der gemäß § 36 Abs. 3 über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügt, so müssen dazu von vornherein konkrete Überlegungen angestellt werden, zum Beispiel über den Verdienstersatz oder über Kooperationsformen mit anderen Jugendämtern. Ähnliche Überlegungen gelten auch für die Fortschreibung der Hilfeformen.

Sind beispielsweise Maßnahmen beruflicher Eingliederung erforderlich, so sollte ein Vertreter der Bundesanstalt für Arbeit - ebenfalls § 36 Abs. 3 KJHG - beteiligt werden. Auch bei diesen teamartigen Arbeitsformen sind Kooperation und enge Zusammenarbeit oberstes Prinzip und in der Praxis zugleich unerlässlich, wenn im Einzelfall tatsächlich Hilfe geleistet werden soll.

Hilfeformen können sein: die Beratung in den Erziehungsberatungsstellen, die intensive sozialpädagogische Einzelfallbetreuung, Gruppenarbeit, Einsatz der „Sozialpädagogischen Familienhilfe“ mit einem besonderen Fachangebot, Tageseinrichtungen, in denen Einzelhilfen mit therapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen möglich sind, sowie der Gesamtkomplex der Frühförderung - meist in integrativen Tageseinrichtungen, aber auch mit Hilfsangeboten für und in den Familien.

Auch der Einsatz von Erziehungsbeiständen oder Betreuungshelfern ist denkbar, wofür allerdings spezielle Kenntnisse erforderlich sind. Zu den möglichen Hilfeformen gehören noch die Herausnahme aus der Familie und die Tagespflege mit einem spezialisierten Fachangebot.

Ihrer Aufmerksamkeit wird nicht entgangen sein, daß ich in dieser kurzen Einführung in das Thema „§ 35a - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ nur einige wichtige Schwerpunkte benennen und anreißen konnte. Es wird Ihnen außerdem aufgefallen sein, daß sich meine bisherigen Darlegungen auf Fachbegriffe, gesetzliche Formulierungen, theoretische Erkenntnisse und einige wenige praktische Hinweise bezogen haben.

Insgesamt gesehen gilt auch hier, daß Hilfe - auch die Eingliederungshilfe - der Persönlichkeitsentwicklung des einzelnen Kindes und Jugendlichen dienen muß und daß sie außerdem dem Ziel, zu einer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung zu führen, untergeordnet ist. Die besondere Situation seelisch Behinderter ist im Einzelfall zu prüfen. Und davon wird stets abhängig sein, in welchem Grade die beiden gerade genannten Ziele zu erreichen sind.

Über den humanistischen Anspruch der Jugendhilfe

Von dem Begriff der „Einzelfallprüfung“ möchte ich zum Schluß meiner einleitenden Bemerkungen zur Fachtagung einen wesentlichen Gedanken ableiten: Alles, was wird tun oder lassen, dient, nutzt oder schadet einem betroffenen Menschen. Unsere Sorge gilt den betroffenen Kindern und Jugendlichen. Unsere Pflicht und unser Wille ist es, alles, was diese Kinder und Jugendlichen zur Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit oder zur Verhinderung des Eintritts einer Behinderung benötigen, zu ermöglichen.

Mir ist bewußt, daß es dabei in den seltensten Fällen um Einzelschicksale geht. Lebt ein solches Kind oder ein solcher Jugendlicher in den Familien, ist selbstverständlich auch daran zu denken, mit welchem Mut, mit welcher mitunter unglaublichen Geduld die Familien, vor allem aber die Mütter die täglich notwendige Arbeit verrichten. Letztendlich gewähren wir selbstverständlich der gesamten Familie Hilfe. In meinem Referat erwähnte ich bereits, daß Abgrenzung zur Erlangung von Klarheit zwar wichtig, Vernetzung von Hilfsmaßnahmen aber das Entscheidendere ist und zunehmend wird.

Durch Kooperation in den Teams muß der beste Weg unter Einbeziehung aller vorhandenen oder neu zu schaffenden Hilfsmaßnahmen gesucht und gefunden werden, was sicher auch den Meinungsstreit einschließt. Das behinderte Kind, der betroffene Jugendliche oder die in den Gesamtprozeß einzubeziehende Familie sollten davon allerdings nichts merken.

Wenn es uns gelingt, die erforderliche und hoffentlich bestmögliche Hilfe so zu organisieren, daß weder die Kinder, noch die Jugendlichen, noch die Eltern von einer Stelle, von einer Institution, von einer Fachkraft, von einem Fachamt zum anderen laufen müssen, dann haben wir viel gekonnt. Dann haben wir auch einen Teil unseres gesetzlichen Auftrages erfüllt. Die neuen Aufgaben der Jugendhilfe sind verantwortungsvoll und recht schwierig zugleich. Ich wünsche uns allen bei der Lösung der verschiedenen Probleme Kraft, Mut und viel Erfolg - ganz im Interesse der betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Angehörigen.

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - Gründe, Anforderungen und Konsequenzen

MINISTERIALRAT DR. REINHARD WIESNER

*Leiter des Referats Kinder- und Jugendhilferecht im
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

Zunächst einmal freue ich mich, nach fast fünf Jahren wieder in Bogensee zu sein. Ich hatte im Rahmen der Tagung vom August 1990 zum ersten Mal die Gelegenheit, mit Jugendamtsleiterinnen und Jugendamtsleitern aus der DDR in Kontakt zu treten und erste Informationen über das KJHG zu geben. Es war und ist für mich aufregend und bewegend zugleich, auf der Strecke der Jugendhilfe Zeitzeuge des Umbruchs und der Erneuerung zu sein.

Dank an den IBFJ

Die Euphorie und Begeisterung über das historische Ereignis der deutschen Einheit hat inzwischen auf beiden Seiten der Ernüchterung und der Enttäuschung Platz gemacht. Viele Erwartungen, die die Menschen im Osten an den Westen und an die westliche Staats- und Gesellschaftsordnung hatten, waren offensichtlich zu hoch gesteckt, und viele Bürgerinnen und Bürger im Westen waren und sind nur ungern bereit, solidarisch zu teilen und uneigennützig zu helfen, damit aus den Erfahrungen im Westen und im Osten etwas neues Gemeinsames entsteht.

Trotzdem - und dies sage ich insbesondere im Hinblick auf die Arbeit des Informations-, Beratungs- und Fortbildungsdienstes für die Jugendhilfe in den neuen Bundesländern (IBFJ) - ist in der Jugendhilfe ein fachlicher Meinungs-austausch geglückt, der über den bloßen Wissenstransfer hinaus persönliche Bekanntschaften und Freundschaften gestiftet hat und damit nicht nur die Jugendhilfe in Ost und West, sondern auch die Menschen, die dort tätig sind, einander näher gebracht hat. Ich freue mich, daß die Arbeit des IBFJ nun, nachdem eine Bundesfinanzierung über eine Übergangsphase hinaus nicht mehr möglich ist, dennoch fortgeführt werden kann, und ich bin

froh, daß es gelungen ist, die fachliche und die organisatorische Kompetenz des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. für ein neues, aus Bundesmitteln gefördertes Projekt nutzbar zu machen - ein Projekt, das am heutigen Tag seinen Anfang nimmt.

Ich nehme diese Gelegenheit zum Anlaß, mich im Namen des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend, aber auch ganz persönlich bei Herrn Dr. Löhr und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IBFJ, Frau Dr. Müller, Frau Rabe, Frau Thewellis und Frau Inge Müller sowie Frau Niebisch und Herrn Döring, die inzwischen ausgeschieden sind, für die engagierte, kompetente und erfolgreiche Arbeit zu bedanken. In diesen Dank schließe ich auch die Referentinnen und Referenten aus Ost und West ein, die immer bereit waren, ihre praktischen Erfahrungen einzubringen.

Heute fällt also der offizielle Startschuß für ein neues Projekt des Vereins für Kommunalwissenschaften. Wie die Nachfrage zeigt, hat der Beirat offensichtlich richtig gelegen, als er empfahl, das Thema „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ an die Spitze dieser Veranstaltungsreihe zu setzen.

Mir ist nun die Aufgabe übertragen worden, das Einführungsreferat zu halten. Bereits bei der Vorbereitung dazu ist mir klar geworden, daß es nicht möglich sein wird, all die Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, zu beantworten. Einmal, weil ich auch selbst nicht immer die Antwort weiß; zum anderen aber auch - und dies liegt in der Dramaturgie dieser Tagung -, um den anschließenden Referaten und den Diskussionen nicht vorzugreifen.

Behinderte junge Menschen zwischen Sozial- und Jugendhilfe

Der formal am 1. Januar 1995 vollzogene Zuständigkeitswechsel von der Sozial- zur Jugendhilfe - lediglich Hessen gönnt sich noch ein weiteres Jahr der Vorbereitung - belegt exemplarisch die Schwierigkeiten der Kooperation und der Integration verschiedener Konzepte und Arbeitsvorgänge in einer hocharbeitsteiligen Gesellschaft, die Schwierigkeiten der Kooperation verschiedener Leistungsträger in einem hochdifferenzierten Sozialleistungssystem sowie die Schwierigkeiten der Kooperation verschiedener Fachrichtungen in einem Spektrum immer weiter spezialisierter fachlicher Disziplinen.

Unterschiedliche Finanzierungswege verschärfen diesen Konflikt. Die praktische Folge der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen verschiedenen Leistungsträgern, hier in erster Linie den Trägern der Krankenversicherung, der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe ist deshalb kein sogenannter positiver Kompetenzkonflikt. Es handelt sich nämlich nicht um den Streit verschiedener leistungsbereiter Träger, sondern um einen negativen Kompetenzkonflikt: Jeder Leistungsträger setzt seine Kapazitäten erst einmal dafür ein, nachzuweisen, daß nicht er, sondern der andere zuständig ist. Dies tun auch manche Jugendämter - nicht aus fachlicher Überzeugung, sondern häufig wegen einer Anweisung von oben. Auch gesetzliche Vorleistungspflichten können dieses Problem nur wenig entschärfen.

Der Streit über die Frage, wer für Leistungen der Eingliederungshilfe an behinderte Kinder und Jugendliche zuständig ist oder zuständig sein sollte, ist so alt wie das Bundessozialhilfegesetz und die zeitgleich verabschiedete Novelle zum Jugendwohlfahrtsgesetz von 1961. So wurde in den §§ 39 ff. BSHG die Eingliederungshilfe für Behinderte geregelt. Während aus der Sicht des BSHG die Einheit der Eingliederungshilfe im Vordergrund stand und die Verlagerung dieser Hilfe für junge Menschen in die Jugendhilfe als Ausgrenzung betrachtet wird, richtete sich der Blickwinkel des Jugendwohlfahrtsgesetzes auf den umfassenden Erziehungs- und Förderanspruch des Kindes oder Jugendlichen - seien diese nun behindert oder nicht. Umstritten blieb damit, ob das entscheidende Kriterium für die Abgrenzung zwischen Sozial- und Jugendhilfe die Behinderung - und zwar unabhängig vom Lebensalter - oder andererseits ein Defizit in der Erziehung - unabhängig von der jeweiligen Ursache und unabhängig von den im Einzelfall für notwendig befundenen Hilfen - sein sollte.

Zwei Pioniere für eine Erweiterung des Jugendhilferechts

Zunächst wurden verschiedene Theorien zur Abgrenzung bemüht, auf die ich hier nicht mehr näher eingehen möchte. Sie waren jedenfalls wenig praktikabel. So waren es in den 70er Jahren Experten der Praxis, die unter dem Entwicklungs- und Integrationsaspekt die Zuständigkeit der Jugendhilfe auch für behinderungsspezifische Hilfen für Kinder und Jugendliche forderten. Zwei Namen seien hier besonders genannt: **Helmut Saurbier** und **Reinhart Lempp**. Helmut Saurbier hatte nicht nur als Leiter eines der

größten Landesjugendämter, sondern auch als Mitglied und später als Vorsitzender der Zentralen Spruchstelle für Fürsorgestreitigkeiten immer wieder mit jenen Fällen - oder besser jungen Menschen - zu tun, für die niemand zuständig sein wollte: die Jugendhilfe nicht, weil sie den Grund für eine notwendige Hilfe im wesentlichen in einer Behinderung sah - die Sozialhilfe ebenfalls nicht, weil sie den Grund für die Hilfe im wesentlichen in einem Erziehungsdefizit sah.

Dieser Streit ist - wie wir wissen - unfruchtbar. Helmut Saurbier hat ihn als **die Quadratur des Kreises** bezeichnet, weil er die wechselseitige Abhängigkeit der beiden Faktoren Erziehungsdefizit und Behinderung ignorierte. Helmut Saurbier hatte deshalb in der Mitgliederversammlung des Deutschen Vereins im Jahre 1977 in Ulm und bei vielen anderen Gelegenheiten für die Zuordnung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche zur Jugendhilfe plädiert und dabei vor allem den Integrationsgedanken herausgestellt. Zur Dringlichkeit des Zuständigkeitswechsels hat er argumentiert: *„Auf jeden Fall müssen Hilfen für seelisch behinderte Minderjährige der Jugendhilfe zugeordnet werden, da eine Unterscheidung nach Voraussetzungen und Formen der Hilfe für die Praxis nicht zu leisten ist.“*

In seiner langjährigen Praxis als Gutachter war auch der Kinder- und Jugendpsychiater Reinhart Lempp immer wieder mit der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger und den dafür maßgeblichen Schlüsselbegriffen wie Erziehungsdefizit, Behinderung und Verhaltensstörung befaßt. In der Festschrift für Hermann Stutte - einem der ersten Kinder- und Jugendpsychiater, der sich mit der seelischen Behinderung befaßt hatte - im Jahre 1979 und in vielen anderen Publikationen, vor allem aber als Sachverständiger der Kommission zum 5. Jugendbericht 1980 hat Reinhart Lempp auf die Zuordnungsprobleme hingewiesen und die Kriterien „Behinderung und Verhaltensauffälligkeit“ als untauglich zur Abgrenzung zwischen zwei Leistungsträgern bezeichnet. Kritisch setzte er sich mit seiner eigenen Zunft auseinander, wenn er im 5. Jugendbericht, Bundestagsdrucksache 8/3685, Seite 97 formuliert:

„Die vor einigen Jahrzehnten erstmals erkannte Bedeutung medizinischer Faktoren bei der Entstehung einzelner Behinderungsformen war seinerzeit insofern ein großer Fortschritt, als dadurch die moralische Tendenz zu strikter gesellschaftlicher Ausgrenzung verringert, wenn auch nicht ganz aufgehoben

wurde. Auf der anderen Seite hatte die medizinische Betrachtungsweise jedoch dazu geführt, daß die pädagogischen und psychosozialen Aspekte der Behinderung zu wenig berücksichtigt wurden. Diese Tendenz wurde von den Eltern der betroffenen Kinder in einer problematischen Weise unterstützt, weil die Zuständigkeit der Krankenkasse bzw. des BSHG finanziell günstigere Lösungen mit sich brachte als eine Einschaltung der Jugendhilfe. Darüber hinaus fiel in diesem Fall die Beeinträchtigung des elterlichen Ansehens durch das scheinbar praktische Eingeständnis, pädagogisch versagt zu haben und deshalb die Jugendhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, weg.“

So forderte auch er konsequent die Zuständigkeit der Jugendhilfe für die Eingliederungshilfe, in jedem Fall aber eine alle Einzelmaßnahmen koordinierende Funktion der Jugendhilfe.

Das KJHG und die „kleine Lösung“

Der Gesetzgeber des KJHG hat sich - wie wir alle wissen - für die sogenannte kleine Lösung entschieden. Er hat den **Vorrang der Jugendhilfe für Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte jungen Menschen** begründet. Bereits diese Zielsetzung stieß im Gesetzgebungsverfahren auf die Kritik der Träger der Sozialhilfe, der von ihr finanzierten Einrichtungen, aber auch der Behindertenverbände.

Die „große Lösung“ wäre wohl schon politisch nicht durchsetzbar gewesen. Sie hätte nicht nur die Zahl der Leistungsempfänger bei den Jugendämtern um etwa 120.000 vermehrt, sondern im Hinblick auf die verschiedenen Behinderungsformen eine wesentliche Erweiterung fachlicher Kompetenzen in der Jugendhilfe erfordert. Die erforderliche Finanzierung und personelle Aufstockung wäre jedoch nicht durch eine bloße Umorganisation oder Umschichtung vom Sozial- auf das Jugendamt zu erreichen gewesen, weil die Leistungen der Eingliederungshilfe vorwiegend nicht von örtlichen, sondern von überörtlichen Trägern gewährt werden.

Und dennoch: Die jetzt getroffenen „kleine Lösung“ - ich denke, da sind wir uns alle einig - kann nur ein erster Schritt in die richtige Richtung sein. Jugendpolitisches Ziel muß es bleiben, alle Hilfen für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern sowie für junge Volljährige bei den Jugendämtern zu

konzentrieren. Aber auch dann bedarf es allerdings noch eines koordinierten Vorgehens mit anderen Leistungsträgern, insbesondere den Trägern der Krankenversicherung.

So einvernehmlich der Zuständigkeitsübergang für die Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche als erster Schritt begrüßt worden ist, **so unterschiedlich sind und bleiben die Auffassungen über die gesetzgeberische Ausgestaltung**, insbesondere über das Verhältnis zwischen § 35 a und § 27. Dahinter verbergen sich nicht nur gesetzestechnische Gesichtspunkte, sondern auch unterschiedliche fachliche Einschätzungen und Perspektiven. Diese unterschiedlichen Sichtweisen sind ein - wenn auch aus meiner Sicht nicht der wesentliche - Faktor für die Unsicherheit der Praxis im Umgang mit der neuen Zuständigkeit.

Zunächst gilt es, sich in Erinnerung zu rufen, daß wir es mit einem **Zuständigkeitswechsel** zu tun haben, also mit der Herausnahme eines bestimmten, bisher bereits im BSHG geregelten Leistungsbereiches und dessen Überführung in das SGB VIII. Das heißt aber: Adressatenkreis und Leistungsinhalte können nicht originär bestimmt werden, sondern ergeben sich zunächst aus den Vorschriften des BSHG und dem dortigen Regelungskontext.

Richtig ist freilich, daß sich angesichts der vielen Generalklauseln sowie unbestimmter Rechtsbegriffe in den §§ 39 ff. BSHG die genaue Gestalt des Transplantats nicht ohne weiteres aus dem Gesetz entnehmen läßt und daß auch der Glaube oder - einschränkend formuliert - die Hoffnung, die Träger der Sozialhilfe könnten durch Identifizierung der Einzelfälle pragmatisch für Klarheit sorgen, getäuscht hat.

Nehmen wir aber zunächst noch einmal Anlauf bei den gesetzlichen Vorschriften des BSHG. Seit der Neufassung im Jahre 1974 sieht der § 39 BSHG

- einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe für Personen vor, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind,
- einen Anspruch auf fehlerfreies Ermessen bei der Entscheidung über die Gewährung von Eingliederungshilfe für Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung. Eine solche andere Behinderung ist jede Behinderung, die nur vorübergehend, aber wesentlich

oder nicht nur vorübergehend, aber unwesentlich oder schließlich nur vorübergehend und unwesentlich ist.

Dieser Anspruch gilt entsprechend für die von einer Behinderung bedrohte Person. Ich will diesen Aspekt nicht weiter vertiefen, weil wir sehen werden, daß das SGB VIII den Leistungstatbestand des § 39 BSHG nicht unverändert, sondern modifiziert übernommen hat. Hinzuweisen ist aber noch auf die **Zielbeschreibung der Eingliederungshilfe** in § 39 Absatz 3. Danach ist es Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn so weit wie möglich von Pflege unabhängig zu machen.

Was ist eine seelische Behinderung?

Das weitere Interesse muß nun der Frage gelten: Was ist denn nun eine (drohende) seelische Behinderung. Was hat man darunter zu verstehen? Ich maße mir nicht an, die beiden nachfolgenden Referate vorwegzunehmen, gestatte mir jedoch den Hinweis, daß der Gesetzgeber des BSHG versucht hat, im Rahmen der Verordnung zu § 39, der sogenannten Eingliederungshilfeverordnung, die Behinderungsarten ansatzweise zu definieren. Dabei ist zu beachten, daß die §§ 1 bis 3 der Verordnung nicht die körperliche, geistige oder seelische Behinderung schlechthin definieren, sondern nur die körperlich wesentliche (§ 1), die geistig wesentliche (§ 2) und die seelisch wesentliche Behinderung (§ 3). In § 4 wird dann noch verdeutlicht, was unter nicht nur vorübergehend zu verstehen ist und schließlich in § 5, wer von einer Behinderung bedroht ist.

Alle drei Definitionen - also für die körperliche, geistige und die seelisch wesentliche Behinderung - weisen dieselbe Struktur auf: Sie sind nämlich zweigliedrig aufgebaut. **In einem ersten Bestandteil** wird von einer körperlichen Regelwidrigkeit, von einer Schwäche der geistigen Fähigkeit und von einer seelischen Störung gesprochen. **Im jeweils zweiten Teil** wird vorausgesetzt, daß die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.

Diese beiden Merkmale sind aber nicht einfach kumulativ aneinandergereiht, sondern inhaltlich aufeinander bezogen. **Dies bedeutet für die seelisch wesentliche Behinderung:** Die seelische Störung muß dazu führen, daß die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft erheblich beeinträchtigt ist oder umgekehrt: Die Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft muß eine Folge der seelischen Störung sein.

Interdisziplinäre Arbeit ist notwendig

Eine Leistung der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG wird also nur gewährt, wenn diese beiden Voraussetzungen gegeben sind. Die Feststellung der Voraussetzungen und die Subsumtion des festgestellten Sachverhalts unter die Norm ist jedoch weder mit Hilfe einer guten Allgemeinbildung oder einer Ausbildung in der allgemeinen Verwaltung noch ausschließlich mit Hilfe juristischen Sachverständs möglich.

In § 24 der Eingliederungshilfeverordnung heißt es dazu unter der Überschrift „Anhörung von Sachverständigen“: *„Bei der Prüfung von Art und Umfang der in Betracht kommenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe sollen - soweit nach den Besonderheiten des Einzelfalles geboten - ein Arzt, ein Pädagoge, jeweils der entsprechenden Fachrichtung, ein Psychologe oder sonstige sachverständige Personen gehört werden.“*

Sieht man einmal von den Begriffen „Anhörung“ und „Sachverständiger“ ab, so mutet diese **Vorschrift** fortschrittlich an, ist sie doch **einer interdisziplinären Betrachtungsweise verpflichtet**. Ich fürchte aber, daß sie ein Stück Papier geblieben ist. So heißt es denn auch in einem führenden Kommentar zu § 39: *„Ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen, kann der Träger der Sozialhilfe regelmäßig nur aufgrund eines ärztlichen Gutachtens entscheiden; hierzu kann er das Gesundheitsamt und den Landesarzt einschalten.“* **Von Pädagogen und Psychologen ist da keine Rede mehr.**

Unterschiede zwischen § 35a SGB VIII und § 39 BSHG

Aufgabe des Gesetzgebers des KJHG und der Novelle von 1993 war es nun, aus dem Gesamtkomplex der Eingliederungshilfe die Eingliederungshilfe für

seelisch Behinderte herauszudestillieren und diese vorrangig den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe zuzuordnen. Wie das Ergebnis zeigt, hat der Gesetzgeber dieses Segment nicht unverändert, sondern modifiziert in das SGB VIII übernommen. Als erstes fällt auf, daß - anders als nach § 39 BSHG - hinsichtlich der Leistungsverpflichtung nicht mehr differenziert wird zwischen einer nicht nur vorübergehenden wesentlichen Behinderung und einem geringeren Grad seelischer Behinderung.

Ich denke, der Verzicht auf die Unterscheidung, die im BSHG wohl eine fiskalisch begründete Filterfunktion hat, ist sinnvoll, da gerade bei einer seelischen Behinderung Unterscheidungen nach den Kriterien wesentlich oder nicht wesentlich, vorübergehend oder nicht vorübergehend nicht mit nachprüfbaren Kriterien getroffen werden können - also mehr oder weniger willkürlich sind. Da aber § 3 der Verordnung nur die wesentliche seelische Behinderung definiert, bleibt zunächst offen, was unter einer nicht wesentlichen seelischen Behinderung zu verstehen ist. Mein Blick und meine Frage richten sich hier vor allem an Frau Dr. Köttgen und an Herrn Dr. Fegert.

Hinsichtlich der **Definition der seelisch wesentlichen Behinderung** verweist auch der § 35a - wie schon vorher § 39 BSHG - auf den Störungskatalog des § 3 der Verordnung. Bereits im Jahre 1970 hatte der schon erwähnte Professor Stutte konstatiert, daß **die dort verwendeten Begriffe der Erwachsenenpsychiatrie entnommen** wurden und im übrigen bereits damals für eine weitgehende Zuständigkeit der Jugendhilfe plädiert. Die damalige Kritik wird - soweit ich es sehe - heute von der Kinder- und Jugendpsychiatrie einheitlich geteilt.

Spätestens bei diesem Problem besteht Anlaß zu fragen, warum der Gesetzgeber die Chance nicht genutzt hat, anläßlich des Zuständigkeitswechsels den Katalog der Störungsbilder dem aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und ihn für den Personenkreis von Kindern und Jugendlichen fortzuentwickeln. Offensichtlich war der Gesetzgeber auf diese Frage nicht ausreichend vorbereitet und hat erst einmal die bisherige Regelung unverändert übernommen.

Unabhängig davon haben der Zuständigkeitswechsel und die normative Ausgestaltung dieses Zuständigkeitswechsels jenseits der rechtlichen Problematik die grundsätzliche fachliche **Frage nach den geeigneten Beurtei-**

lungskriterien und den im Einzelfall notwendigen Hilfen aufgeworfen. Ist das Störungsbild des Psychiaters identisch mit der belastenden Lebenssituation, die der Sozialarbeiter sieht? Ist die medizinische Diagnose und anschließende Therapie das Gegenstück zum gemeinsamen Beratungs- und Hilfestaltungsprozeß in der Sozialarbeit? Handelt es sich also mit anderen Worten um die gleichen Symptome, Auffälligkeiten, die nur je nach der gewählten Anlaufstelle unterschiedlich gedeutet und mit unterschiedlichen Hilfen pädagogischer, therapeutischer und medizinischer Natur behandelt werden? Sieht jeder durch eine andere Brille dieselben Phänomene und deutet sie lediglich anders? Oder bleiben jedem einzelnen aufgrund der Beschaffenheit seiner Brille Dinge verborgen, deren Kenntnis für eine umfassende Hilfestellung erforderlich wäre?

Da wird in der Literatur auf den häufigen **Wechsel** solcher Kinder und Jugendlichen **von der Heimerziehung zur Psychiatrie und umgekehrt** verwiesen. Ist dies ein Zeichen dafür, daß dieselbe Problematik mit unterschiedlichen Maßnahmen beantwortet wird, daß Einrichtungen dazu tendieren, Jugendliche zu verlegen und zu verschieben, die ihrem Anforderungsprofil nicht entsprechen oder kann man daraus entnehmen, daß weder Jugendhilfe - und hier meine ich die Sozialpädagogik - noch Kinder- und Jugendpsychiatrie für sich gesehen ein passendes Hilfespektrum anbieten können und deshalb ein interdisziplinäres und mehrdimensionales Vorgehen notwendig wäre, um die Problemlage ganzheitlich zu sehen und den Bedarf umfassend zu decken.

Eingliederungshilfe als Unterfall der Hilfe zur Erziehung?

Auch der Gesetzgeber des KJHG war sich bei diesem Problem unschlüssig, was an der systematischen Einordnung der Eingliederungshilfe in den Regelungskontext der Leistungen der Jugendhilfe und deren Korrektur im Rahmen der Novelle deutlich wird. Das KJHG in der ursprünglichen Fassung ging davon aus, daß jede (drohende) seelische Behinderung zugleich den Tatbestand der Hilfe zur Erziehung erfüllt, also der Personensorgeberechtigte einem dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet - und sah das Problem des Zuständigkeitswechsels lediglich in der **Anreicherung der Rechtsfolgen**, also des Hilfekatalogs des § 27 SGB VIII. So richtig es ist, daß jede medizinisch-therapeutische Maßnahme für Kinder und

Jugendliche immer auch pädagogische Hilfen einschließen muß, so bleibt doch zu fragen, ob damit immer auch Hilfe zur Erziehung im Sinne des § 27 zu leisten ist. Pädagogische Leistungen enthalten nämlich nicht nur die §§ 27 ff., sondern auch alle anderen Leistungen der Jugendhilfe. Vor allem muß die Frage gestellt werden, ob die Linderung oder Beseitigung einer seelischen Behinderung primäre Aufgabe der elterlichen Erziehungsverantwortung ist, die nach der Grundstruktur des § 27 durch öffentliche **Hilfen für die Eltern** gestärkt werden soll.

Jedenfalls hat die ursprüngliche Lösung des Gesetzes alsbald dazu geführt, daß unter dem Kostendruck erneut das alte Spiel des Hin- und Herschiebens zwischen Jugend- und Sozialhilfe gespielt wurde. Nicht alle Jugendämter waren offensichtlich davon überzeugt, daß im Einzelfall neben der seelischen Behinderung auch ein Erziehungsdefizit vorliegt und wollten alle Fälle der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder „ohne Erziehungsdefizit“ wieder in die Sozialhilfe zurückschieben.

Dabei muß man sich in Erinnerung rufen, daß ja der Wortlaut des § 39 BSHG selbst nicht geändert worden ist und sich der § 35a gewissermaßen vor den § 39 schiebt. Um einer weiteren Aufspaltung in seelische Behinderung mit Erziehungsdefizit und seelische Behinderung ohne Erziehungsdefizit einen Riegel vorzuschieben, hat sich der Gesetzgeber zu einer - wie er wohl meinte - pragmatischen Lösung entschlossen: Da es offensichtlich nicht möglich war, einen Konsens zum Verhältnis von Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe herbeizuführen und da § 27 andere Leistungsvoraussetzungen aufstellt als § 39 BSHG, es aber gleichzeitig wichtig erschien, deutlich zu machen, daß die Jugendhilfe fortan für alle seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen zuständig sein sollte, wurde ein **selbständiger Leistungstatbestand der Eingliederungshilfe im KJHG** geschaffen, der bewußt weitgehend die Begriffe aus dem BSHG übernahm.

Die Verselbständigung gegenüber § 27 schien auch systematisch sinnvoll zu sein, weil behindertenspezifische Leistungen oder Leistungsanteile eben nicht nur im Kontext einer Hilfe zur Erziehung, sondern auch im Kontext der Jugendsozialarbeit (§ 13) oder der Förderung in Tageseinrichtungen (§§ 22 bis 26) in Betracht kommen können. Die Botschaft, die damit vermittelt werden sollte, war integrativ: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen ist ein Teil, ein Baustein des Leistungsspektrums der Jugendhilfe.

Teile der Praxis haben diese Konstruktion des Gesetzgebers jedoch als Ausgrenzung verstanden: als Signal für ein spezielles Leistungsangebot mit spezieller fachlicher Sichtweise und primär medizinisch-therapeutisch angelegten Hilfen in speziellen Einrichtungen und Diensten. Sie vertreten die Auffassung, daß die notwendigen fachlichen Kompetenzen, die notwendigen Beurteilungsmaßstäbe und das notwendige Leistungsspektrum bereits zum Repertoire der Hilfe zur Erziehung gehören und plädieren deshalb dafür, nach Möglichkeit nur die Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff., und nicht § 35a anzuwenden. Ist das ein Aufruf zum Boykott des § 35a?

Mit den Hinweis, daß für ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen ja ohnehin die Träger der Krankenversicherung zuständig seien, wird letztlich die **Kategorie einer spezifischen Behindertenhilfe** für überflüssig erklärt. Ich gebe zu, daß dieses Konzept nicht nur plausibel ist, sondern auch kinder- und jugendpolitisch konsequent ist. Auf diese Weise könnte die Jugendhilfe auch auf den Prägestempel „seelisch behindert“ verzichten.

Dennoch fürchte ich, daß es nicht ausreicht, das Problem nur durch die Brille der Jugendhilfe zu sehen. **Notwendig ist vielmehr eine Gesamtschau.** Dabei ist nicht nur die Eingliederungshilfe für alle Formen der Behinderung im BSHG in Betracht zu ziehen. Diese ist ihrerseits nur ein kleiner Ausschnitt **aus dem gegliederten System der Rehabilitation**, deren Leistungen von den Trägern der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, der Bundesanstalt für Arbeit sowie den Trägern der Sozialhilfe erbracht werden.

Grundsätzliche Regelungen über das Ziel der Rehabilitation enthält bereits § 10 SGB I. Und die Bundesregierung unter der Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung wird sicherlich auch in dieser Legislaturperiode ihr Vorhaben weiter verfolgen, die **gemeinsamen Vorschriften für die Rehabilitation in einem SGB IX** zusammenzufassen.

Vor dem Hintergrund dieser Diskussion, die den Aspekt der Behinderung zum Anknüpfungspunkt für ein ganzes Buch des SGB macht, wird die Jugendhilfe den Begriff der seelischen Behinderung nicht einfach aus ihrem Sprachschatz tilgen können. Die lautere, dem Integrations- und Normalisierungsgedanken verpflichtete Absicht würde alsbald als Weigerung gedeutet, seelisch behinderten jungen Menschen Eingliederungsleistungen geben zu

wollen. Oder andersherum ausgedrückt: Wir werden nicht überzeugend darlegen können, warum es vor dem 21. Lebensjahr zwar körperliche und geistige, aber keine seelischen Behinderungen geben kann.

Orientierung auf ganzheitliche Hilfe

Aus meiner Erfahrung ist die Praxis der Jugendhilfe geprägt durch die **sozialpädagogische Sichtweise**. Es hat lange genug gedauert, bis sich aus der Jugendpolizei eine pädagogische Fachbehörde entwickelt hat. Ich meine aber, daß die Zuordnung der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte zur Jugendhilfe **als Chance und Herausforderung** genutzt werden sollte, die fachliche Kompetenz der Jugendhilfe über die Sozialpädagogik hinaus zu verbreitern und noch stärker andere Sichtweisen zu integrieren, um damit wirklich **ganzheitliche Hilfe** zu leisten. Dies ist meines Erachtens die Botschaft, die von der eigenständigen Regelung des § 35a ausgeht. Es soll deutlich gemacht werden, daß hier etwas Neues hinzukommt.

Wer hingegen für die bloße Anwendung für die §§ 27 ff. plädiert, setzt sich dem Verdacht aus, er halte die pädagogische Sichtweise für die einzig vertretbare. Insofern teile ich auch nicht pauschal die Auffassung, der § 35a ergänze die Jugendhilfe nicht um ein hier bislang fremdes Hilfeangebot, sondern beschreibe die Form der Hilfe so, wie sie die Jugendhilfe bereits in ihrem Leistungskatalog vorhält. Das breit gefächerte System beratender und unterstützender Leistungen, zu denen auch spezifische Hilfen in Krisen und Krankheitssituationen zählen, halte ich eher für ein Postulat als für die Realität in der Jugendhilfe. Gehen wir deshalb - dies ist mein Wunsch - mit der jetzt getroffenen Regelung kreativ und integrativ um.

Ich habe bereits Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Regelungen des § 35a mit der des § 39 BSHG skizziert, möchte diese aber nochmals rekapitulieren:

- Auch nach der Zuordnung zur Jugendhilfe gewährt der § 35a dem Kind oder Jugendlichen einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe.
- Im Unterschied zu dem § 39 BSHG besteht der Rechtsanspruch unabhängig von der Dauer und Intensität der Behinderung. Der Anspruch besteht damit also auch bei einer vorübergehenden nicht wesentlichen Behinderung.

Offene Fragen

So wichtig meines Erachtens diese Öffnung gerade für den Personenkreis von Kindern und Jugendlichen ist, um frühzeitig und präventiv tätig werden zu können, so problematisch ist diese andererseits, weil sie dazu einlädt, potentiell jedes Kind und jeden Jugendlichen als von einer Behinderung bedroht zu bezeichnen. Sie ist vielleicht auch der Hintergrund dafür, daß die Zahl der Gutachten, Atteste und Stellungnahmen steigt, die eine seelische Behinderung attestieren und Maßnahmen nach § 35a für erforderlich halten. Um so wichtiger ist es, daß das Jugendamt solchen Gutachten und Stellungnahmen nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern sie fachlich bewerten und überprüfen kann.

Für die Definition der Behinderung gilt auch nach dem Zuständigkeitswechsel § 3 der Verordnung nach § 47 BSHG. Es bedarf also der Feststellung eines Störungsbildes und zusätzlich der Feststellung, ob aufgrund dieser Störung die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft beeinträchtigt ist beziehungsweise - bei der drohenden Behinderung - der Prognose, daß der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher oder einer sonstigen fachlichen Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Eine Fülle von Fragen rankt sich nun um den Katalog der sogenannten Störungsbilder. Die wichtigsten möchte ich hier kurz benennen. Antworten dazu werden sicherlich auch Frau Dr. Köttgen und Herr Dr. Fegert in ihren Referaten geben.

- Inwieweit kann der aus den 60er Jahren stammende und schon damals auf die Erwachsenenpsychiatrie zugeschnittene Katalog der Störungsbilder auf Kinder und Jugendliche angewendet werden?
- Welche weiteren Störungsbilder müssen im Hinblick auf diese Altersgruppe, aber auch im Hinblick darauf, daß der Katalog die nicht wesentliche Behinderung ausschließt, Berücksichtigung finden?
- Läßt sich in diesem Alter eine seelische Störung überhaupt feststellen? Wenn ja, wie? Läßt sich darüber hinaus eine Feststellung hinsichtlich der Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft treffen? Vermutlich wird gerade im Kinder- und Jugendalter eine drohende Behinderung im Vordergrund stehen.
- Ist die Deutung dieser Störungsbilder nur bestimmten Fachdisziplinen zugänglich?

Nachdem der Gesetzgeber nur die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen der Jugendhilfe zugeordnet hat, gewinnt **eine neue Abgrenzungsfrage** an Bedeutung: Liegt eine (drohende) seelische Behinderung vor oder liegt eine geistige Behinderung vor oder handelt es sich um eine Mehrfachbehinderung? Schon kurz nach der Verabschiedung des KJHG war deutlich geworden, daß eine saubere **Trennung der verschiedenen Behinderungsformen** gerade bei jüngeren Kindern **nicht möglich** ist.

Deshalb wurde im Rahmen der Novellierung des KJHG den Ländern die Ermächtigung erteilt, für Maßnahmen der Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung die Zuständigkeit anderer Leistungsträger vorzusehen, das heißt die Länder sollten an der Zuständigkeit der Sozialhilfe und der Träger der Krankenversicherung festhalten dürfen. Nach meiner Kenntnis hat jedoch die Mehrzahl der Länder davon bisher keinen Gebrauch gemacht. Dies mag auch damit zusammenhängen, daß die meisten Landesausführungsgesetze zu diesem Zeitpunkt bereits erlassen waren und nur wenig Neigung bestand, allein wegen dieser Frage eine Novellierung in Angriff zu nehmen.

Keine ausdrückliche Lösung bietet das Gesetz hinsichtlich der Frage an, welcher Träger **bei einer Mehrfachbehinderung** zuständig sein soll, die Jugendhilfe oder die Sozialhilfe. Hier bleiben folgende Möglichkeiten:

- Anknüpfung an der Gesamtzuständigkeit der Sozialhilfe. So verfährt Artikel 53 des Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Kinder- und Jugendhilfegesetz.
- Zuordnung nach dem Schwerpunkt der Behinderung oder der Primärbehinderung. In diese Richtung orientiert ein Rundschreiben der Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern vom 28. Mai 1993. Da in der Regel körperliche oder geistige Behinderung als Primärbehinderung vorliegen, führt auch dieser Lösungsansatz zur Zuständigkeit der Sozialhilfe.
- Komplementäre Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger. Dieser Lösungsweg ist vermutlich der aufwendigste, aber dann auch der sinnvollste, weil er das Potential aller Leistungsträger ausschöpft. Er steht und fällt allerdings mit der Koordinations- und Integrationsfähigkeit des federführenden Leistungsträgers. Dieser sollte auf jeden Fall die Jugendhilfe sein.

Das Verhältnis zu anderen Institutionen und Leistungsträgern

Mit der Zuordnung der Eingliederungshilfe zur Jugendhilfe entstehen aber nicht nur Abgrenzungsprobleme zur Sozialhilfe, sondern auch zu verschiedenen weiteren Leistungsträgern. Denn entgegen dem ersten Anschein hat bzw. hatten die Träger der Sozialhilfe keine ausschließliche Zuständigkeit für Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Ihre Leistungen sind als Leistungen der öffentlichen Fürsorge nachrangig. In diese **Nachrangposition** treten nun nach dem Zuständigkeitswechsel die Träger der öffentlichen Jugendhilfe ein. Zu den Leistungen, die vorgehen, zählen in erster Linie **Leistungen der Krankenversicherung** nach § 27 Nr. 1 SGB V sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die in Frühförderstellen an sozialpädagogischen Zentren unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.

Im allgemeinen werden aber Leistungen der Krankenkassen niemals den gesamten Bedarf abdecken - schon deshalb nicht, weil die Krankenkassen keine von Pädagogen für notwendig gehaltenen Erziehungshilfen bezahlen. Notwendig ist deshalb häufig eine Kombination **solcher Leistungen**, die von Krankenkassen finanziert werden, mit solchen Leistungen, die von Trägern der Jugendhilfe finanziert werden.

Vorrangig sind aber auch Leistungen der Schulverwaltung. Wie die „Verhaltensstörung“ so war und wird auch der Begriff Behinderung mitunter als Etikett benutzt, um Probleme individuell bei Kindern und Jugendlichen festzumachen, die strukturelle Ursachen haben. Der Arbeitsmarkt bedient sich dieses Instruments, um diejenigen auszusondern, die den Anforderungen nicht gerecht werden, und es werden künftig immer mehr werden.

In ähnlicher Weise hat auch die Schule über die Begriffe „Lernbehinderung“ und „geistige Behinderung“ versucht, junge Menschen auszusondern und sie speziellen Angeboten zuzuweisen. Der schulische Auftrag erstreckt sich auf alle Kinder. Mehr noch, **die Schule hat sich an den Anforderungen und Bedürfnissen der Kinder zu orientieren, nicht umgekehrt.** Deshalb sind auch im Schulbereich nach Möglichkeit integrative - und nur so weit dies unabweisbar ist - spezielle Angebote vorzuhalten.

Dies bedeutet aber auch, daß zum Beispiel die gezielte Förderung von Kindern mit **Lese-Rechtschreibschwierigkeiten** eine ureigene Aufgabe der

Schule ist. Freilich stellen sich die Kultusverwaltungen dieser Aufgabe noch sehr zurückhaltend. Neue Ansätze sind aber allenthalben erkennbar, wenn ich etwa an die Förderung der Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwächen in Mecklenburg-Vorpommern denke. Hier bedarf es des intensiven Dialogs zwischen Jugend- und Kultusverwaltungen auf der Länderebene.

Angesichts der Vielfalt fachlicher Bewertungs- und Hilfeansätze und angesichts eines differenzierten Systems sozialer Leistungen, denen kein klares Ordnungsprinzip zugrunde liegt und dessen Teilbereiche sich historisch nach ganz unterschiedlichen Prinzipien entwickelt haben - Dr. Fegert spricht nicht zu unrecht von einem Hilfedschungel -, kommt der **Frage nach dem Zusammenwirken verschiedener Leistungsträger** und darüber hinaus nach der **Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen** zentrale Bedeutung für den Erfolg der Hilfe zu.

Was systematisch getrennt worden ist, muß auf den Einzelfall hin wieder zusammengeführt werden. Hier liegt für mich auch der **Schlüssel zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise**, die nicht Diagnosen und Bewertungen in den Mittelpunkt stellt, sondern aus verschiedenen Blickwinkeln heraus fragt: Welche Hilfen braucht dieses Kind oder dieser Jugendliche zur Förderung seiner Entwicklung, zur Integration in die Gesellschaft. Diese Frage kann nur unter Einbeziehung des sozialen Umfelds, also der Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen beantwortet werden. Die Antwort kann nur zusammen mit diesen Personen entwickelt und gefunden werden.

Leistungen der Jugendhilfe werden deshalb im Grunde genommen nicht vom Leistungsträger Jugendhilfe gewährt, sondern Fachkräfte, Kinder, Jugendliche und Eltern entwickeln und gestalten gemeinsam Leistungen **im Rahmen eines dynamischen Prozesses**, der im Hilfeplan dokumentiert, gemeinsam überprüft und fortgeschrieben wird. Die **gemeinsame Gestaltung des Hilfeprozesses** ist deshalb ein zentrales Element des neuen Verständnisses von Jugendhilfe, das dem KJHG zugrunde liegt.

Zusammenarbeit der Fachdisziplinen

Je komplexer das Hilfespektrum, je differenzierter die fachlichen Bewertungsmaßstäbe, je unterschiedlicher die Sichtweisen der verschiedenen Dis-

ziplinen, um so schwieriger wird es, diesen Prozeß auf der Seite des Jugendamtes durch eine Person zu gestalten oder in einer Person zu bündeln. So sieht § 36 Absatz 2 SGB VIII bei längerfristigen Hilfen das **Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte** vor. Und § 36 Absatz 3 SGB VIII verlangt darüber hinaus die Beteiligung eines Arztes, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügt. Hier müssen zwei unterschiedliche und divergierende Grundprinzipien möglichst optimal zur Geltung und zum Einklang gebracht werden:

- Einerseits braucht die vertrauliche Beziehung zwischen Fachkraft und Leistungsadressaten einen geschützten Raum, um sich entfalten und pädagogisch therapeutische Hilfen wirksam werden lassen zu können.
- Andererseits sollen diese Personen Nutzen ziehen können aus einem breiten fachlichen Spektrum, sollen Experten in die Gestaltung des Hilfeprozesses einbezogen werden. Um dieses individuelle Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden, spricht deshalb mehr dafür, die Mitwirkung anderer Fachkräfte **als Beratung für die im Einzelfall zuständige Fachkraft** anzulegen und die Entscheidung dieser Fachkraft nicht dem Team von Fachkräften zu überlassen, das zu diesem Zweck die Leistungsadressaten vorlädt oder gar in ihrer Abwesenheit entscheidet. Dies kann freilich nur dann gelten, wenn der Träger der Jugendhilfe überhaupt zuständig ist. In anderen Fällen - etwa im Verhältnis zur Krankenversicherung - wird man zwei formale Entscheidungen nicht vermeiden können. Diese sollten aber abgestimmt und die Verfahrenswege dem Leistungsberechtigten gegenüber transparent gemacht werden.

In jedem Fall verlangt ein solcher Entscheidungsprozeß Zusammenarbeit über fachliche Grenzen hinweg. Daß dies im Verhältnis zwischen Sozialarbeitern, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern in der Vergangenheit nicht immer gelungen ist, brauche ich nicht zu betonen. Ich begreife die neuen gesetzlichen Regelungen auch als Chance und Herausforderung zu einer solchen Zusammenarbeit.

Zentrale Aussagen dazu enthält das gemeinsame Positionspapier der Jugendministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz zur Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 20. und 21. Juni 1991 - abgedruckt in „Information für Erziehungsberatungsstellen“, Heft 1/92, Seite 2. Daraus möchte ich zitieren:

„Im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist es von daher geboten, Kooperation und Zuweisung zu den verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie sensibel zu gestalten und zu entwickeln. Dies ist nur durch regelmäßigen fachlichen, wechselseitig sich respektierenden Austausch möglich. Die beteiligten Fachdisziplinen sollten auf einen möglichst frühzeitigen, klar strukturierten und entscheidungsrelevanten Informationsaustausch achten.

Um im Einzelfall adäquat über die notwendige Maßnahme oder Behandlung entscheiden zu können, erscheint ein gegenseitiges Verständnis und Wissen um Grundlinien der unterschiedlichen Beurteilungskriterien und Entscheidungsprinzipien unverzichtbar. Bei der Diagnoseerstellung sollte berücksichtigt werden, daß gerade im Kinder- und Jugendlichenbereich prozeßhafte Entwicklungen vorliegen und die Gefahr besteht, durch dauerhafte Festlegungen Chancen für Veränderungen zu verstellen.

Die vielschichtigen Ursachenzusammenhänge, die zu seelischen und psychischen sozialen Krisen und Krankheiten führen können, dürfen nicht auf ein einseitiges Interpretationsmodell eingengt werden, vielmehr müssen Hilfsangebote jeweils auf die vielfältigen sozialen, familiären und ökonomischen Ursachen eingehen. Die Angebote müssen so strukturiert und die praktische Kooperation so angelegt sein, daß ein Abschieben und Verweisen von Kindern und Jugendlichen in die unterschiedlichsten Einrichtungen, was durch sogenannte differenzierte, spezialisierte Versorgungsketten zu befürchten ist, vermieden wird.“

Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Damit sind wir bereits bei den Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Dazu enthält das Gesetz zwei unterschiedlich strukturierte Kataloge sowie einen Auftrag zur Inanspruchnahme ganzheitlicher, lebensweltorientierter Angebote, Einrichtungen und Dienste - § 35a Absatz 3. Der erste Katalog findet sich in § 35a Absatz 1, Satz 2. Er unterscheidet die Hilfen nach den Kriterien ambulant, teilstationär, stationär. Dies geschieht im wesentlichen aus gesetzestechnischen Gründen, nämlich im Hinblick auf die an diese Kategorien anknüpfenden Formen der **Kostenbeteiligung** in den §§ 91 bis 96. Gewissermaßen quer zu dieser Betrachtungsweise liegt das Ordnungsprinzip, das dem Maßnahmenkatalog des § 40 BSHG zugrunde liegt. Auf ihn verweist § 35a

Absatz 1, Satz 3, soweit die einzelnen Maßnahmen auf seelisch Behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Ob dies der Fall ist, läßt sich allerdings nicht immer der Beschreibung der Maßnahme in § 40 BSHG selbst entnehmen, sondern muß durch Auslegung ermittelt werden. Dieser Katalog unterscheidet einmal zwischen ärztlichen und ärztlich verordneten sowie heilpädagogischen Maßnahmen. Im wesentlichen stellt er aber auf Hilfen in einzelnen Lebensphasen oder Lebensbereichen wie Vorschulalter, Schulalter, Beruf, Arbeitsleben, Wohnung und das Leben in der Gemeinschaft ab. Aufgrund der unterschiedlichen Bezugspunkte der beiden Kataloge sind sie nicht unabhängig voneinander, sondern kombiniert miteinander zur Anwendung zu bringen.

Die Verfechter einer einspurigen Lösung, also der Konzentration auf die Gewährung von **Hilfe zur Erziehung**, begründen ihre Auffassung auch mit der Gefahr, daß die gesonderte Ausgestaltung des § 35a zur **Schaffung von Spezialeinrichtungen für seelisch Behinderte** führt. Auch der Gesetzgeber hat diese Gefahr gesehen und deshalb in § 35a Absatz 2 zur Inanspruchnahme integrativer, ganzheitlich orientierter Einrichtungen und Dienste verpflichtet.

Ich denke, daß es unabhängig vom jeweiligen Ausgangspunkt unter uns einen weitgehenden Konsens dahingehend gibt, daß wir nicht Spezialisierung, Ausgrenzung und Defizitorientierung, sondern Normalisierung, Integration, Ganzheitlichkeit und Ressourcenorientierung wollen.

Planung und Gesamtverantwortung

Damit die Zusammenarbeit im Einzelfall funktioniert und Früchte trägt, muß sie eingebettet sein in **Formen struktureller Zusammenarbeit**. Wegen der Vielfalt der Leistungsträger und Fachdisziplinen bietet es sich meines Erachtens an, **Arbeitsgemeinschaften nach § 78** zu etablieren, in denen Träger der Sozialhilfe, der Krankenkassen, der Schule, der Bundesanstalt für Arbeit und Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie vertreten sind. Sinnvoll erscheint mir darüber hinaus gerade in der Anfangszeit die Einrichtung von **örtlichen und regionalen Clearingstellen**, die die Federführung eines Leistungsträgers bei der Konkurrenz verschiedener Leistungsträger festlegen oder vereinbaren, daß die gesamten Leistungen aus einer Hand gewährt werden

und nachträglich Erstattungsansprüche gegen vorrangig verpflichtete Leistungsträger geltend gemacht werden.

Die erweiterte Zuständigkeit der Jugendhilfe schlägt sich auch nieder in der **Gesamtverantwortung** nach § 79 sowie in der **Jugendhilfeplanung** nach § 80. Die örtlichen Träger der Jugendhilfe haben ein bedarfsgerechtes Angebot zu planen und vorzuhalten. Dazu zählen auch die Angebote für den Personenkreis nach § 35a, wobei ich hier - um es zu wiederholen - nicht an Sondereinrichtungen denke, sondern vor allem an Einrichtungen und Dienste, die interdisziplinär und multidimensional arbeiten.

Wer braucht Therapie: Kinder oder Erwachsene?

Wir sprechen während dieser Fachtagung intensiv über Hilfen und Therapieformen für Kinder und Jugendliche und beziehen dabei gerade noch die Eltern in diese Betrachtung ein. Begriffe wie Verhaltensauffälligkeit oder Behinderung bezeichnen immer auch die **Diskrepanz zwischen der individuellen Kompetenz und den gesellschaftlichen Anforderungen**. Im Hinblick auf die Lebenslagen der Kinder müssen wir uns dessen bewußt sein, daß die Bedingungen und Anforderungen von Erwachsenen bestimmt werden, daß Kinder in einer von Erwachsenen und für Erwachsene bestimmten Welt „funktionieren“ sollen. Lassen sie mich schließen mit einem Zitat, daß ich einer Rezension über Neuerscheinungen zur Kindertherapie (Willi Köhler, „Psychologie heute“, April 1995, S. 74) entnommen habe:

„Bei der Lektüre dieser und anderer Bücher zum Thema kann sich der Leser kaum des Eindrucks erwehren, daß Kinder, wie problematisch und ‘auffällig’ sie sich auch verhalten mögen, im Grunde völlig adäquat auf die Erwachsenenwelt reagieren, ja daß es höchst bedenklich wäre, wenn sie sich anders verhielten. Sie leisten auf ihre Weise Widerstand gegen ganz und gar menschen- und umweltfeindliche Entwicklungen, die ihre Zukunft und die aller späteren Generationen bedrohen. Kinder weigern sich, anders als angepaßte Erwachsene, die Bedrohungen zu verdrängen und zur vermeintlichen ‘Tagesordnung’ überzugehen. Es scheint, daß weniger die Kinder als vielmehr die meisten Erwachsenen dringend allen nur möglichen Therapien zugeführt werden sollten. Dann sähe die Welt vielleicht kinderfreundlicher aus.“

Seelische Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen - Definition und Abgrenzung

DR. JÖRG M. FEGERT

*Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters,
Universitätsklinikum „Rudolf Virchow“ Berlin-Charlottenburg*

1. Definitionsversuche

Der Begriff „seelische Behinderung“ ist ein sozialrechtliches Konstrukt und keine medizinische Diagnose. Solche sozialrechtlichen Konstrukte dienen im Bereich der Kommunikation zwischen medizinischer - auch psychologischer und sozialpädagogischer - Diagnostik und Therapie einerseits sowie Behörden und anderen Leistungsträgern - Krankenkassen, Rentenversicherungen oder Sozialhilfe - andererseits der Sicherung bestimmter Schutzmaßnahmen und der Gewährung von Formen der Hilfe und Unterstützung. Obwohl Behinderungsbegriffe auch in der Pädagogik eine große Rolle spielen und ganze Konzepte differenzierter oder ausgrenzender Beschulung auf Behinderungsbegriffen aufgebaut sind, halten auch die meisten pädagogischen Autoren „Behinderungen“ oder „behindert sein“ nicht für „einheimische Begriffe der Pädagogik“ (Bleidick 1974).

Ganz allgemein verstehe ich aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht eine „Behinderung“ bei Kindern und Jugendlichen als ein sekundäres Phänomen, als einen Folgezustand, der soziale Beziehungen und Handlungskompetenzen, die schulische und persönliche Entwicklung beeinträchtigt und die spätere berufliche Integration gefährden kann, wobei diese Beeinträchtigungen und das zugrundeliegende Krankheitsbild oder Leiden zu einer mehr oder weniger starken individuellen psychischen Belastung - Leiden - führen.

Der scheinbar statisch und häufig irreversibel wirkende globale Behinderungsbegriff widerspricht der gerade bei Kindern und Jugendlichen wesentlichen Entwicklungsdimension. Im Spannungsfeld zwischen Ausgrenzung

und Integration, Angebotsdifferenzierung und Ausgleich von sozialen Nachteilen werden Behinderungsbegriffe all zu schnell zu sozialen Stigmata. Diese Problematik ist nicht durch die euphemistische Wahl anderer Begrifflichkeiten zu lösen, denn die Geschichte einzelner Behinderungsformen und ihrer Bezeichnungen zeigt, daß der ablehnende Konnotationshorizont, dem die nunmehr aufgegebenen Begriffe wie „Idiot“ oder „Krüppel“ anhängen, auch auf die scheinbar feinfühligere neueren Begriffe übergegangen ist.

Dies bedeutet, daß nur unsere Praxis im Umgang mit von Ausgrenzung bedrohten Menschen den Begrifflichkeiten für diese Personenkreise die Schärfe nehmen kann. Wie der euphemistische Umstieg auf die Formulierung „Gastarbeiter“, nachdem das Wort „Fremdarbeiter“ in der Nazi-Diktatur eindeutig konnotiert wurde, nicht die allgemeine Einstellung gegenüber unseren ausländischen Mitbürgern - ohne viele Bürgerrechte- verändert hat, darf nicht übersehen werden, daß nicht der Behinderungsbegriff, der im Umgang mit Kostenträgern den Zugang zu Hilfen ermöglicht, per se eine Diskriminierung bedeutet, sondern daß er dort seine Schärfe erhält, wo die Praxis diskriminierend ist. Diese Überlegung enthebt uns allerdings nicht der Pflicht eines sehr sorgfältigen sprachlichen und praktischen Umgangs mit der Problematik.

Beim Übergang der sogenannten Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche aus dem Bereich der Sozialhilfe in die Jugendhilfe entsprechend § 35a KJHG haben sich einige, man möchte fast sagen nicht unwesentliche Veränderungen ergeben. Die völlig arbiträre **Unterscheidung zwischen einer wesentlichen und einer nicht wesentlichen Behinderung**, die früher unterschiedliche Kostenträgerschaften zur Folge hatte, **ist weggefallen**. Die im Kindes- und auch häufig im Jugendalter sehr viel adäquatere Formulierung der „drohenden“ seelischen Behinderung ist dem Begriff der sogenannten seelischen Behinderung völlig gleichgestellt.

Diese aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht begrüßenswerte und der Bedeutung von Entwicklungsprozessen entsprechende Berücksichtigung der „drohenden seelischen Behinderung“ führt allerdings dazu, daß neue Maßstäbe dafür definiert werden müssen, welche Umstände zu einer drohenden seelischen Behinderung führen. Natürlich kann unter bestimmten extrem belastenden Lebensbedingungen jedes Kind mittelfristig an der Eingliederung in die Gesellschaft behindert werden. Eine Inflationierung einer

eventuell stigmatisierenden Zuordnung zum Personenkreis des § 35a wird deshalb teilweise befürchtet.

Die Weltgesundheitsorganisation - WHO - schlug bereits 1980 die Unterscheidung von „impairment“ (Schädigung), „disability“ (Funktionseinschränkung) und „handicap“ (soziale Beeinträchtigung, Benachteiligung) vor - siehe **Abbildung 1** aus Fegert: „Was ist seelische Behinderung?“ 1994. Als Schädigungen werden definierte Krankheitssymptome verstanden wie sie beispielsweise durch ICD-10-Diagnosen in allgemein anerkannter, konventionalisierter Form von unterschiedlichen Untersuchern mit relativ hoher Übereinstimmung beschrieben werden können. Die häufig aus diesen zugrundeliegenden Störungen resultierenden funktionellen Einschränkungen beziehen sich zum Beispiel auf das Zurechtkommen im Alltag, in der Schule, in der Ausbildung, auf das Ausfüllen sozialer Rollen oder auf die soziale Anpassung.

Zur sozialen Beeinträchtigung kommt es, wenn Kinder aufgrund ihrer Störung beispielsweise vom Schulbesuch ausgeschlossen, sozial isoliert oder diskriminiert werden. Die Formulierung des § 35a weicht von der sonstigen Vorgehensweise im KJHG in Bezug auf die Hilfen ab, indem hier nicht die Beschreibung von Problemlagen und den daraus resultierenden geeigneten notwendigen Hilfen im Vordergrund steht, sondern auf den Katalog der Eingliederungshilfeverordnung § 3 Abs. 2 verwiesen wird.

Dieser Katalog muß in seiner historischen Entstehung betrachtet werden. Dabei kann konstatiert werden, daß er bewußt sehr breit gehalten wurde und nach den damaligen Begrifflichkeiten fast alle bekannten psychiatrischen Probleme umfaßte. Wenn man dann noch der Tatsache Rechnung trägt, daß diese genannten Störungsbilder die sogenannten wesentlichen Störungen sein sollten, so daß nach Wegfall des Zusatzes „wesentlich“ ein prinzipiell noch viel breitgefächerter Katalog vorstellbar ist, wird deutlich, daß der Versuch, die Anwendung des § 35a über eine rigide Auslegung dieses Katalogs einzugrenzen, fachlich nicht sinnvoll, ja geradezu absurd ist.

Bei der allgemeinen Irritation, die in weiten Kreisen der Jugendhilfe durch die Einführung des § 35a entstanden ist, wurde immer wieder betont, wie wenig diese Begrifflichkeiten auf reale Probleme von Kindern und Jugendlichen zutreffen. Aus der Tatsache, daß viele der genannten Begriffe heute nicht mehr verwandt werden, wird in fast schon unredlicher Weise

hergeleitet, daß diese Anspruchsgrundlage bei Kindern und Jugendlichen kaum bestehe. Auch hier gilt es wieder, die erwähnten Krankheitsbegriffe in ihrem historischen Kontext zu sehen und sich zunächst an dem Vorgehen in der Erwachsenenpsychiatrie zu orientieren. Denn auch dort haben sich in der Zwischenzeit völlig andere Krankheitsdefinitionen und -beschreibungen durchgesetzt. Dies wird an den historisch unterschiedlichen Fassungen der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen - International Classification of Diseases oder ICD - deutlich.

Zum Beispiel ist der Neurosenbegriff beim Übergang von ICD-9 auf ICD-10 ähnlich wie in dem amerikanischen Klassifikationssystem - DSM-III-R oder DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft - fast völlig aufgegeben worden.

Veränderungen in der fachlichen Nomenklatur der Definition und Beschreibung von Krankheitsbildern können aber nicht dazu führen, daß nun sinngemäß gemeinte Krankheitsbilder, eben weil sie mit neuen Bezeichnungen belegt wurden, beispielsweise nicht mehr als dem Katalog zur Eingliederungshilfeverordnung zugehörend angesehen werden. Ein Beispiel aus der forensischen Begutachtung mag dies verdeutlichen:

Die Tatsache, daß heutzutage kein Kinder- und Jugendpsychiater, Erwachsenenpsychiater oder forensischer Psychologe mehr etwas mit den für schwere psychische Störungen gewählten Formulierungen in den §§ 20 und 21 StGB anfangen kann, hat nicht dazu geführt und kann auch nicht dazu führen, daß deswegen nicht über Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nachgedacht wird.

Kaum ein Gutachter wird dabei solche Begriffe wie „andere seelische Abartigkeit“ etc. als Grundlage seiner Diagnose annehmen. Er muß aber im forensischen Kontext wissen, was bei dieser Formulierung gemeint war, wie in der Praxis der Rechtssprechung unterschiedliche Störungsbilder in diesem Zusammenhang über die letzten hundert Jahre hinweg eingeschätzt wurden und muß aufgrund dieses fachlichen und historischen Wissens seine nach heutigen Kriterien formulierte Diagnose so lange in diesen Kontext stellen können, bis bei einer in dieser Frage sicher notwendigen Reform des Strafgesetzbuches solche diskriminierenden Formulierungen aufgegeben und ersetzt sein werden.

1. Körperlich nicht begründbare Psychosen	2. Folge von Krankheiten und Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen F3 affektive Störungen	F0 organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen F06 andere psychische Störungen aufgrundeiner Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns F80.3 Landau-Kleffner-Syndrom (Sprachstörung aufgrund zentralnervöser Störungen)
nach ICD 10	

Entwicklungsstörung	F80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache F81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
Intelligenz	
Körperliche Symptomatik	
Abnorme Belastungen	1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen 2. Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie 3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation 4. Abnorme Erziehungsbedingungen
Schweregrad	

Abbildung 1: *Droht eine „seelische Behinderung“?
nach § 3 VO zu § 47 BSHG*

3. Suchtkrankheiten	4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	5. Andere seelische Störungen
F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Teile F3 (nicht psychotische Störungen, affektive Störungen) F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Teile F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen F90 hyperkinetische Störungen F91 Störungen des Sozialverhaltens F95 Tiestörungen F98 andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
nach ICD 10		

F82 umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
5. Abnorme unmittelbare Umgebung 6. Akute, belastende Lebensereignisse 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren 8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit 9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes

In der **Abbildung 2** - ebenfalls aus Fegert: „Was ist seelische Behinderung?“ - wird in einer Synopsis eine Zuordnung zu den Begrifflichkeiten nach § 3 Verordnung zu § 47 BSHG versucht. Da die Benennung einzelner ICD-10-Diagnosen ohne Erläuterung - wie heutzutage eine solche Diagnosestellung erfolgt und welche Problemlagen sich hinter solchen Diagnosen verbergen - für die Fachkräfte der Jugendhilfe wenig erhellend sein wird, habe ich mich schon 1994 bemüht, sowohl die diagnostische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausführlich darzustellen als auch durch allgemeine Definitionen, Beschreibungen und Fallvignetten eine Vorstellung der wichtigsten Diagnosegruppen zu geben. Da der § 35a das Vorliegen einer psychischen Problematik, die zu einer drohenden seelischen Behinderung führt, als Anspruchsgrundlage definiert, ist es meiner Ansicht nach im Dialog zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Jugendhilfe derzeit eine Bringeschuld der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zu erläutern,

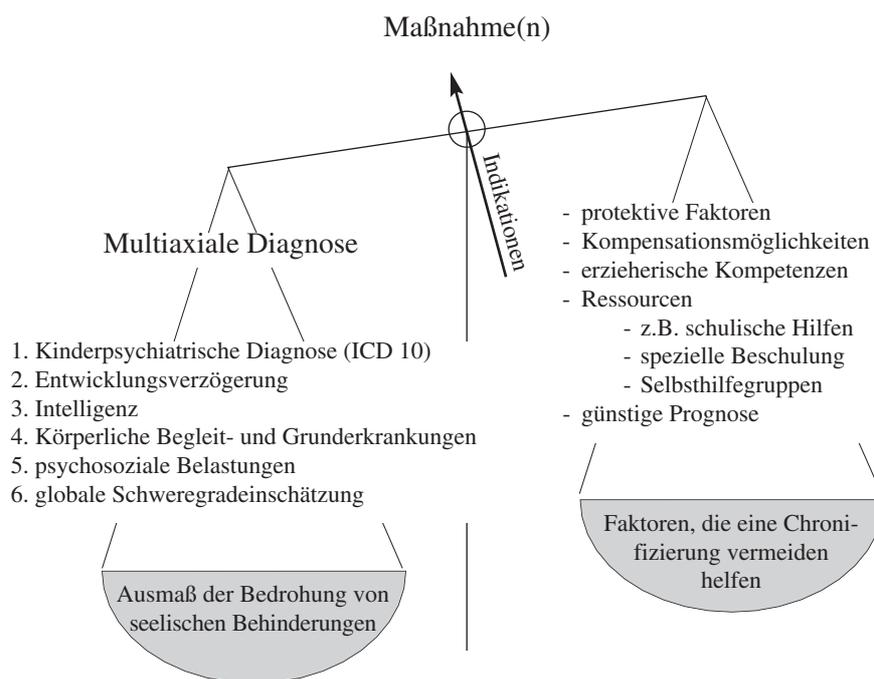


Abbildung 2: Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs bei Kindern und Jugendlichen, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind

wie sie zu bestimmten Diagnosen kommt, wie diese definiert sind und in Abhängigkeit von welchen anderen Variablen bestimmte Diagnosen Aussagen zur Prognose des Störungsbildes erlauben.

Selbstverständlich kann hinter dieser Situation aus soziologischer Sicht **ein kinderpsychiatrisches Definitionsmonopol** gesehen werden. Diese Sichtweise kann dann wieder zur Abwehrreaktion führen, wenn mit alten Argumenten aus den siebziger Jahren im Sinne der sogenannten Labeling-Diskussion in der Diagnostik vorwiegend eine Etikettierung gesehen wird, die nicht selten zu einer „self fulfilling prophecy“ werden kann. Der wohl einzige für seine kinder- und jugendpsychiatrischen Verdienste geadelte Kinder- und Jugendpsychiater, Sir Michael Rutter - einer der Hauptinitiatoren der Multiaxialen Diagnostik, die in Deutschland vor allem von Remschmidt und Schmidt eingeführt und vielfach überarbeitet wurde (Remschmidt und Schmidt 1994) -, hat sich sehr intensiv mit den Gefahren des Labelings auseinandergesetzt (zum Beispiel Rutter, Taylor und Hersov 1994). Zentral für die multiaxiale Diagnostik ist, daß nicht Menschen etikettiert oder „in Schubladen gesteckt“ werden sollen, sondern daß möglichst operationalisierte Definitionen Störungsbilder beschreiben. Das heißt, bei diesem Vorgehen gibt es keine Psychotiker, keine magersüchtigen Mädchen etc., sondern es gibt Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind oder Mädchen, die eine durch bestimmte Kriterien definierte Symptomatik aufweisen, die als Magersucht bezeichnet wird.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß bei der Anwendung der in den entsprechenden Büchern angegebenen Kriterien die Übereinstimmungen verschiedener Untersucher sehr hoch sind. Das heißt noch nicht, all diese Untersucher wären der gleichen Ansicht über Ursachen dieser Problematiken oder gar über die Behandlung oder Prognose. Daß heißt nur, daß diese Problemlagen aufgrund möglichst beschreibender Charakterisierungen recht zuverlässig zugeordnet werden können. Am deutlichsten wird dies bei den Forschungskriterien zur ICD-10 (WHO 1994): Im Kapitel F 50 „Eßstörung“ wird zum Beispiel die Anorexia nervosa (F 50.0) folgendermaßen operationalisiert:

- A. *Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15 Prozent unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.*

- B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen.
- C. Selbstwahrnehmung als „zu fett“ - verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- D. Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interesseverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar; die eine Hormonsubstitution erhalten, meist als kontrazeptive Medikation.
- E. Die Kriterien für A. und B. für eine Bulimia nervosa (F 50.2) werden nicht erfüllt.

Kommentar: Folgende Symptome bestätigen die Diagnose, sind aber nicht notwendig: selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivität und Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der Pubertätsentwicklung verzögert oder gehemmt - Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe, bei Jungen bleiben die Genitalien kindlich. Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung bei verspäteter Menarche häufig normal abgeschlossen.

Selbstverständlich verbirgt sich hinter jeder Problematik ein ganz individuelles Schicksal. Bei diesen operationalisierten Definitionen geht es nicht darum, die individuelle Problematik abschließend zu verstehen, sondern Gruppen von Störungsbildern möglichst exakt zu definieren, so daß auf dieser Basis zum Beispiel später Maßnahmen oder auch Verläufe untersucht werden können. Die recht eindeutigen Definitionen reduzieren deshalb auch in gewisser Weise die psychiatrische „Definitions-macht“, weil hier eine Überprüfbarkeit gegeben ist. Sie schützen somit vor rein ideologiebedingten oder vorurteilsbedingten Kausalattributionen, vor Schuldzuweisungen und der Stigmatisierung. Sie können dazu beitragen, einer Ungleichbehandlung bei der Gewährung von Hilfen vorzubeugen.

Dies sei am sehr umstrittenen Beispiel der Teilleistungsstörung erläutert. Nachdem die sogenannte MCD (Minimale cerebrale Dysfunktion) oder das sogenannte psychoorganische Achsensyndrom etc. als unpräzise Erklärungsmodelle auch aufgrund von fundierter Verlaufsforschung an Bedeutung

verloren haben, sind gegenwärtig einzelne definierte Teilleistungsstörungen in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Nicht selten werden ganz allgemein von Eltern bei ihren Kindern Teilleistungsstörungen postuliert, wenn diese in einem Schulbereich Schwierigkeiten aufweisen. Insofern liegt es für viele Betroffene nahe, bei Schwierigkeiten im Erwerb der Schriftsprache in der Schule von Legasthenie oder Lese-Rechtschreibschwäche zu sprechen.

Eine ausufernde, teilweise mißbräuchliche Verwendung des LRS-Begriffs führte zu einer allgemeinen Skepsis. In vielen Ländern sind die Schulen nicht in der Lage, trotz ihres entsprechenden primären Auftrages spezifische Förderangebote für lese-rechtschreibschwache Kinder zu bieten. Was liegt da näher als anhand von unpräzisen oder ungerechtfertigten, postulierten „Teilleistungsstörungen“ die ganze Problematik komplett zu leugnen oder - wie vor kurzem in einem Artikel in der „Zeit“ - davon zu sprechen, daß es sich bei den Teilleistungsstörungen quasi um psychologische Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen handele. Es ist für Eltern immer schwierig, emotional zu akzeptieren, daß ihr Kind vielleicht weniger begabt als andere Kinder ist. Deshalb scheinen diese Labels, die Labels „Teilleistungsstörung“, „Rechenstörung“ etc., teilweise Konjunktur zu haben.

Wie ist es nun möglich, fair mit dieser Problematik umzugehen? Aus fachlicher Sicht ist es unstrittig, daß es schwere Teilleistungsstörungen gibt. Eine Leugnung des Problems wegen der mißbräulichen Verwendung solcher Diagnosen führt zu einer ungerechten Behandlung schwer betroffener Kinder. Häufig bestehen große Vorbehalte gegenüber der Definition von Normen, insbesondere gegenüber dem Normalverteilungs- und Normkonzept, in der Testpsychologie zum Beispiel.

So berechtigt manche soziologische, pädagogische, sozialpädagogische, psychotherapeutische und auch theoretisch psychologische Kritik an manchen Normkonzepten ist, geht diese prinzipielle Kritik doch in der Praxis da in die Irre, wo wegen solcher theoretischer Bedenken der Bezug auf bestimmte Normen völlig abgelehnt wird und damit einzelne Definitionen - auch Anspruchsgrundlagen für Hilfen und Unterstützungen - der jeweiligen willkürlichen oder subjektiven Einschätzung einzelner Personen überlassen bleibt. In den Forschungskriterien zur ICD-10 (WHO 1994) wird die isolierte Rechtschreibstörung folgendermaßen beschrieben:

- A. *Es liegt ein Wert in einem standardisierten Rechtschreibtest vor, der mindestens zwei Standardabweichungen unterhalb des Niveaus liegt, das aufgrund des chronologischen Alters in der allgemeinen Intelligenz des Kindes zu erwarten wäre.*
- B. *Die Lesegenauigkeit und das Leseverständnis sowie das Rechnen liegen im Normbereich, zwei Standardabweichungen vom Mittelwert.*
- C. *In der Vorgeschichte gab es keine ausgeprägten Leseschwierigkeiten.*
- D. *Beschulung in einem zu erwartenden Rahmen. Es liegen keine außergewöhnlichen Unzulänglichkeiten in der Erziehung vor.*
- E. *Die Rechtschreibstörungen bestehen seit den frühesten Anfängen des Rechtschreiblernens.*
- F. *Die unter A. beschriebene Störung behindert eine Schulausbildung oder alltägliche Tätigkeiten, die Rechtschreibfertigkeiten erfordern.*
- G. *Häufigstes Ausschlußkriterium: Non-verbaler IQ unter 70 in einem standardisierten Test.*

Gerade im umstrittenen Bereich der Teilleistungsstörungen kann nur der Bezug auf allgemein anerkannte Normen zu einer fairen Behandlung der Betroffenen führen. Darüber hinaus gilt, daß die wohlmeinendste Rechtschreibförderung bei einem Kind mit viel ausgeprägteren allgemeinen Defiziten für dieses Kind nur ein weiteres Scheitern bedeuten wird und daß deshalb eine angemessene Diagnostik vor unangemessenen Maßnahmen schützen kann.

Zur multiaxialen Diagnostik gehört eine Beurteilung der Problematik auf sechs Ebenen:

Die **1. Achse** betrifft die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose nach ICD-10, die **2. Achse** beschreibt mögliche Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen, die **3. Achse** betrifft das Intelligenzniveau, die **4. Achse** körperliche Begleit- und Grunderkrankungen, die **5. Achse** psychosoziale Belastungen wie Kindesmißhandlung, sexueller Mißbrauch innerhalb oder außerhalb der Familie etc. und die **6. Achse** nimmt eine globale Schweregradeinschätzung vor.

Bei der individuellen Evaluation gilt es andererseits, protektive Faktoren, Kompensationsmöglichkeiten, auch die erzieherischen Kompetenzen der Eltern und andere Ressourcen wie schulische Hilfen, Selbsthilfegruppen in

Betracht zu ziehen, wenn überlegt wird, ob die jeweilige psychische Störung, welche in der Achse 1-Diagnose festgestellt wurde, tatsächlich den jungen Menschen an seiner Eingliederung in die Gesellschaft zu behindern droht. Es kann und darf kein Automatismus zwischen Achse 1-Diagnose und der Anspruchsgrundlage nach § 35a KJHG geben.

Die Achse 1-Diagnose allein ist nicht hinreichend für die Feststellung einer (drohenden) „seelischen Behinderung“. Dies sei kurz am Beispiel der in unseren Breiten sehr verbreiteten Spinnenphobie erläutert. Die Spinnenphobie ist geradezu ein klassisches neurotisches Störungsbild, das schon zu Anfang dieses Jahrhunderts von Freud beschrieben und gedeutet wurde. Sie läßt sich mühelos dem Katalog nach § 3 Verordnung zu § 47 BSHG zuordnen. Doch sind mit ihr im wesentlichen keine sozialen Funktionseinschränkungen verbunden. Die globale Funktionseinschränkung, wie sie in der Schweregradeinschätzung zum Ausdruck kommt, wäre also kaum merklich, so daß trotz klarer Achse 1-Diagnose keine Anspruchsgrundlage bestünde.

2. Abgrenzungsprobleme

Während die frühere Trennlinie zwischen Verhaltensauffälligkeiten und den sogenannten wesentlichen seelischen Behinderungen teilweise völlig arbiträr war, führt die „kleine Lösung“ bei der Integration von „Behindertenpersonengruppen“ in das KJHG durch die Ausklammerung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit geistiger oder körperlicher Behinderung zu neuen Konflikten.

2.1. Frühförderung

Der § 10 (2) KJHG sieht vor, daß das Landesrecht eine globale Regelung für die Frühförderung treffen kann. Davon wurde vernünftigerweise schon in mehreren Bundesländern Gebrauch gemacht. Diese Ausnahmenvorschriften sollten sich meiner Meinung nach an der funktionellen Grenze der Einschulung und beispielsweise nicht am Erreichen des 6. Lebensjahres festmachen, da sonst für Kinder, die Frühförderungsmaßnahme nach dem BSHG erhalten haben, eventuell zwischen dem 6. Geburtstag und der Einschulung - für ein halbes Jahr - ein neuer Träger, nämlich die Jugendhilfe, Zuständigkeit erhält.

Aus fachlicher kinderpsychiatrischer und entwicklungsneurologischer sowie entwicklungspsychologischer Sicht ist es häufig völlig unmöglich, im Kleinkind- und Vorschulalter komplexe Entwicklungsverzögerungen schon klar den drei Behinderungsformenkreisen zuzuordnen.

Es ist deshalb aus fachlicher Sicht unredlich, dem Bedürfnis der Kostenträger nach Zuordnung zu entsprechen, wenn hierfür keine wissenschaftlichen und empirisch-praktischen Grundlagen gegeben sind. Hier sind die einzelnen Länder aufgefordert, übergreifende vernünftige Regelungen zu treffen, damit nicht die Betroffenen zwischen den einzelnen Stellen hin- und hergeschoben werden.

2.2. Mehrfach behinderte, insbesondere geistig behinderte Kinder

Bei Kindern mit geistiger Behinderung ist deutlich mit einer erhöhten Frequenz psychischer Störungen zu rechnen (vgl. Neuhäuser, Steinhausen 1990). In der Regel wird man bei einer zugrundeliegenden geistigen Behinderung oder bei einer schweren beeinträchtigenden körperlichen Grunderkrankung zunächst diese als Haupthindernis bei der Eingliederung in die Gesellschaft ansehen und die eventuellen psychiatrischen Sekundärphänomene diesen Grunderkrankungen zuordnen.

Deshalb wird bei diesen vielschichtigen Problemen in der derzeitigen Situation ein Verbleib bei der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers sinnvoll sein. Hervorgehoben werden muß aber an dieser Stelle, daß „reine Behinderungsformen“ nicht unbedingt die Regel sind und Kombinationen von einzelnen Behinderungsformen sowie sekundäre psychische Probleme sehr häufig sind.

Es handelt sich deshalb hier nicht um ein Detailproblem der Abgrenzung, sondern **die jetzt getroffene Ausklammerung der Kinder und Jugendlichen mit geistiger oder körperlicher Behinderung aus dem KJHG widerspricht dem Integrationsgedanken** und führt zu fachlich teilweise nicht hinreichend begründeten Abgrenzungen. Da leider in allen Abgrenzungsfällen immer die Gefahr besteht, daß letzten Endes die Kostenträger diese Unklarheiten auf dem Rücken der Betroffenen austragen, sind hier pragmatische und koordinierte Vorgehensweisen erforderlich.

2.3. Autismus

Verschiedene Autoren (Remschmidt 1994, Specht 1992, Lempp 1994) haben darauf hingewiesen, daß es besonders schwierig ist, Kinder mit autistischen Störungen nach der neuen Regelung sinnvoll zuzuordnen. Ihnen darf aufgrund dieser Tatsache kein Nachteil entstehen.

2.4. Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen

Für manche umschriebenen motorischen Entwicklungsstörungen oder sprachlichen Entwicklungsstörungen, insbesondere schwere Sprachbehinderung, wird man davon ausgehen müssen, daß vorwiegend eine „körperliche Behinderung“ zugrunde liegt. Andere neuropsychologische Teilleistungsstörungen - wie die isolierte oder kombinierte Lese-Rechtschreibstörung - waren in ihrer früheren Zuordnung zum BSHG als drohende seelische Behinderung vielfach umstritten (vgl. Fegert 1994). Hier gilt es, das Ausmaß der Problematik zu beachten und zu ermitteln, welche anderen Ressourcen zu Hilfeleistungen primär aufgerufen beziehungsweise in der Lage sind.

3. § 35a versus §§ 27 folgende: Konkurrenz oder Ergänzung?

Liest man manche Empfehlungen zum Verhältnis der Hilfen zur Erziehung zu den Eingliederungshilfen gemäß § 35a SGB VIII, könnte man als tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapeut den Eindruck bekommen, daß der Realitätsbezug und die Realitätsprüfung durch heftige Abwehrmechanismen eingeschränkt seien. Abwehrmechanismen haben in prinzipiell bedrohlichen Situationen die Funktion, die Stabilität des Systems (Jugendhilfe), so wie es ist und wie es immer war, aufrechtzuerhalten.

Ungeschehenmachen, Ignorieren, Rationalisieren, Intellektualisieren, „Wegreden“ oder auch Größenphantasien - mit der Schlußfolgerung: „Wir schaffen den Paragraphen wieder ab!“ - scheinen dem Gesetzgeber nachträglich geradezu recht zu geben, als er sozusagen als Bestandswahrungsklausel zunächst über den § 27 (4) und dann im § 35a den Anspruch von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen auf Hilfe festgeschrieben hat.

Obwohl der Jugendhilfe durch den fachlich sehr weitgefächerten und durch § 27 (3) auch prinzipiell offenen Katalog der Hilfen nach den §§ 27 ff. ein umfassendes Instrumentarium zur Hilfe auch für Kinder mit psychischen Störungen zur Verfügung steht, kann die Realität des § 35a im Kinder- und Jugendhilfegesetz auch als Anforderung des Gesetzgebers an die Jugendhilfe verstanden werden, sich um dieses spezifische Klientel adäquat zu kümmern, sich sachkundig zu machen und den spezifischen Bedürfnissen entgegenzukommen. Bei aller Kritik an der möglichen Stigmatisierung durch die Verwendung des § 35a muß akzeptiert werden, daß es diese Bestimmung im Gesetz gibt und daß sich aus ihr ein Rechtsanspruch auf Hilfen ableiten läßt.

Bisweilen empfinden Eltern die Formulierungen beziehungsweise die Voraussetzungen des § 27 (1) KJHG ebenfalls als mindestens genauso stigmatisierend. Sie können oder wollen ein Erziehungsdefizit bei sich nicht wahrnehmen oder wahrhaben, betrachten ihre Kinder als krank und sind allenfalls bereit, hieraus resultierende sekundäre Erziehungsdefizite zu akzeptieren. Fast alle Selbsthilfegruppen und Elternverbände vertreten solche oder ähnliche Positionen. Ich meine, daß die Jugendhilfe für diese Familien nicht pauschal höhere Schwellen aufbauen kann, wenn es doch allgemein um möglichst niedrighschwellige Angebote geht und es das Ziel sein sollte, die hilfebedürftigen Familien dort abzuholen, wo es ihnen am leichtesten fällt.

Betrachtet man dann noch teilweise die historisch unterschiedliche Systemnähe des Jugendamtes und des Medizinischen Dienstes in der ehemaligen DDR, so muß klar sein, daß auch der Weg über die Beschreibung der „Erkrankung“, das heißt des psychischen Problems, der Kinder ein akzeptabler Weg in die Jugendhilfe sein muß. Das zugrundeliegende Motiv zur Verleugnung sowohl psychischer Störungen bei Kindern wie auch des Erziehungsdefizits sind massive Schuldgefühle.

Diese Schuldgefühle finden wir bei allen Eltern von Kindern mit Problemen. In bestimmten Problemlagen kombinieren sich diese Schuldgefühle noch mit der Angst, daß den Eltern, wenn erst einmal ihr Versagen deutlich wird, das Kind weggenommen werden könnte. Ich halte es für unbillig, größere Hürden für Eltern aufzubauen, die über eine Inanspruchnahme eines Schulpsychologischen Dienstes oder über eine kinderpsychiatrische, kinderneurologische Einrichtung ihre Suche nach Differentialdiagnostik und Hilfen beginnen. Das heißt, Jugendämter sollten sich offensiv zu ihrer Zuständigkeit für den

Personenkreis des § 35a bekennen und ihre Hilfeplanung, auch ihre Palette der Hilfsangebote, nachvollziehbar und klar beschreiben.

Der § 35a ist aufgrund der Tatsache, daß Kinder und Jugendliche selbst Anspruchsträger sind, einer der wenigen Paragraphen im neuen KJHG, wo Kinderrechte dokumentiert sind. De facto und de jure hat dies wahrscheinlich nur Bedeutung für Jugendliche ab 16 Jahre. Allerdings erscheint es schon wesentlich, festzuhalten, daß in anderen Bereichen - so in der Familiengerichtsbarkeit - gerade auf Drängen der Jugendhilfe immer mehr für eine eigenständige Rechtsposition von Kindern - zum Beispiel durch den „Anwalt des Kindes“- gesorgt werden wird, während solche Positionen im KJHG kaum wiederzufinden sind.

Tatsächlich kann man aus vielen Gründen Kritik am § 35a KJHG formulieren. Und vielleicht wird uns eine spätere KJHG-Novellierung einmal eine Lösung präsentieren, die in einem veränderten § 27 (1) sowohl den Anspruch von Eltern auf Hilfen zur Erziehung wie auch den Anspruch von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen sogenannten Behinderungsformen auf Hilfen festschreibt. Ein Verzicht auf diesen direkten Anspruch von sogenannten behinderten Kindern erscheint unlogisch, wenn die Jugendhilfe weiterhin meiner Meinung nach zu Recht fordert, letztendlich schon allein aus Gründen der Integration für alle Kinder, behinderte und nicht behinderte, zuständig sein zu wollen.

Da hilfeschuchende Eltern, Kinder und Jugendliche nicht auf der Strecke bleiben dürfen, muß gelten, daß es im Jugendamt auch eine akzeptable Anspruchsgrundlage ist, ein psychisches Problem zu haben, selbst wenn die Eltern zunächst ein primäres oder sekundäres Erziehungsdefizit nicht erkennen beziehungsweise einräumen. Meiner Ansicht nach bedeutet dies aber nicht, daß innerhalb der Palette von Hilfen des Jugendamtes ein **Zweiklassensystem** in bezug auf die **Maßnahmen** entstehen sollte.

Bis auf wenige begründete Ausnahmen halte ich die Entwicklung von **Spezialeinrichtungen** für „35a-Kinder“ für höchst gefährlich. Als Ausnahmen nenne ich beispielsweise Einrichtungen für psychotische Jugendliche mit primär eher ungünstigen Verläufen, die nur in einer geschützten Einrichtung, die eng mit einer Klinik kooperiert und gleichzeitig in der Einrichtung eine schulische Ausbildung und eventuell eine berufliche Ausbildung anbieten

kann, versorgt werden können. Insgesamt aber gilt, daß eine Ausgrenzung der Angebotspalette für die Eingliederungshilfe nicht nötig ist, sondern eine Differenzierung des allgemeinen Angebots.

Häufig fehlen zum Beispiel „lerntherapeutische Einrichtungen“, die den wesentlichen Aspekt der schulischen Rehabilitation - oder um mit Lempp zu sprechen: Habilitation - mit einbeziehen. Ressortübergreifend sollte hier mehr praxisnahe Phantasie in der Umsetzung von Hilfen zum Zug kommen. **Die derzeit mit einigem Nachdruck geführte Debatte über die Frage, ob es isolierte drohende seelische Behinderungen oder Erziehungsdefizite gebe, halte ich für eine Scheindebatte.** Ebenso beurteile ich das Pendant im Maßnahmenbereich, nämlich die Frage, ob es isolierte therapeutische Leistungen geben könne, wie sie wohl nur noch der § 35a, nicht aber nach § 27 (3) möglich wären.

Mag die „isolierte“ Behinderung bei anderen Behinderungsformen wie körperlicher oder geistiger Behinderung noch eine größere Bedeutung haben, so ist bei der drohenden seelischen Behinderung in aller Regel auch ein primäres oder sekundäres Erziehungsdefizit gegeben. Hier besteht überhaupt kein Dissens zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Autoren und Autoren aus der Jugendhilfe. Allerdings sollte es uns zu denken geben, daß gerade die Elternverbände und Behindertenverbände vehement auf diese etwas sophistische Trennung gedrängt hatten.

Bei allen Ausnahmeregelungen - so nach § 10 (2) KJHG - und bei den meisten Empfehlungen zum Autismusproblem wird von den Verbänden konservativ im Sinne eines Verbleibs beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe plädiert. Es ist sicher nicht falsch, anzunehmen, daß die derzeitige Kostensituation, das heißt die unterschiedliche Kostenbeteiligung der Eltern, zwischen den einzelnen Systemen hierbei eine Rolle spielt. Doch dies kann nicht alles sein.

Offensichtlich haben gerade selbsthilfeorientierte und in Elterngruppen organisierte, engagierte Eltern hier Berührungspunkte mit der Jugendhilfe. Es gehört deshalb zum dringenden Selbstdarstellungsbedarf der Jugendhilfe, ihre Zuständigkeit für diese Kinder zu artikulieren. Ob sie dies am günstigsten dadurch tun, die diese Kinder betreffenden Bestimmungen zunächst einmal wegzudebattieren, sei dahingestellt. Meines Erachtens wäre

es besser, diese Bestimmungen durch ein differenziertes allgemeines Angebot und durch eine fundierte multiprofessionelle Hilfeplanung mit der Zeit selbst überflüssig zu machen.

Aus ärztlicher Sicht ist die Debatte um isolierte therapeutische Leistungen im Rahmen der Jugendhilfe ebenfalls etwas kleinkariert. Isolierte therapeutische Leistungen im Sinne von Krankenbehandlung werden nach SGB V von den Krankenkassen finanziert. Dieser Leistungsträger ist vorrangig vor den Leistungen nach KJHG. Deshalb wird es sich auch bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe - wie bei Maßnahmen nach § 27 (3) KJHG - in aller Regel um kombinierte pädagogische und therapeutische Leistungen für Kinder handeln.

Der Notwendigkeit einer solchen Kombination und der Einbeziehung der sozialen Lebensumwelt trägt auch die Verankerung der Sozialpädiatrischen Zentren im SGB V Rechnung. Durch die Unterzeichnung der Sozialpsychiatrievereinbarung durch die Ersatzkassen scheinen die Krankenversicherungen hier einen weiteren Schritt - der für das Klientel des § 35a relevant ist - in die richtige Richtung zu gehen. Es ist deshalb zu erwarten, daß in Zukunft auch multiprofessionelle kleine kinderpsychiatrische Gemeinschaftspraxen mit Psychologen, Sozialarbeitern etc. entstehen werden, die vor Ort auch die Teilnahme an entsprechenden Hilfeplanungsprozessen sicherstellen können.

Mancherorts wird über die Eingliederungshilfen für sogenannte seelisch behinderte Kinder und Jugendliche quasi strategisch versucht, allgemein das Angebot der Jugendhilfe zu verbessern. Ich halte die Schaffung einer spezifischen Angebotspalette nicht für sinnvoll. Die Zuständigkeit auch für Kinder mit psychischen Störungen sollte vielmehr dazu führen, das allgemeine Angebot noch stärker zu differenzieren.

Regelungsbedarf besteht meiner Ansicht nach sehr viel mehr im Bereich der **Beteiligung unterschiedlicher Professionen am Hilfeplanungsprozeß und bei der Überprüfung erbrachter Leistungen. Das hierarchische Gefälle zwischen den einzelnen Professionen** könnte dazu führen, daß sich Vertreter der Jugendhilfe nunmehr als Federführende, als „Herren des Verfahrens“ der Einbeziehung „arroganter, besserwisserischer“ Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entziehen wollen. Ich denke, der § 35a KJHG hat - wenn

er eine strategische Funktion gehabt haben soll - diese quasi schon erfüllt. Durch seine bloße Existenz zwingt er die unterschiedlichen Professionen zum Dialog über fachliche Standards für Hilfen. De facto müßte es Praxis werden, einen Fachkundigen (Arzt) immer dann hinzuzuziehen, wenn entsprechende psychische Probleme eines Kindes bei der Hilfeplanung eine Rolle spielen, wie es im § 36 in bezug auf die Eingliederungshilfemaßnahmen vorgesehen ist.

Ob dieser Fachkundige immer Arzt sein muß oder ob nicht auch Psychologen aus Erziehungsberatungsstellen, die wiederum gut ermessen können, wann wirklich ärztliche Ausschlußdiagnostik und Differentialdiagnostik gefragt ist, hinzugezogen werden können, sei hier nachdrücklich zur Diskussion gestellt. Sicher haben erfahrene Sozialpädagogen, Schulpsychologen oder Psychotherapeuten etc. häufig mehr Erfahrungen mit psychischen Störungen bei Kindern als ein im Gesundheitsamt zur Verfügung stehender Amtsarzt, der sich mit behinderten Kindern auskennt - so ein Orthopäde - und der bei Fragen der Körperbehinderung sicher ein hervorragender und geeigneter Spezialist sein mag.

Der Jugendhilfe ist durch die Federführung eine Definitionsmacht zugefallen, die bei weitem größer ist als beispielsweise die kinderpsychiatrische diagnostische Definitionsmacht. Im Jugendhilfebereich wird nun entschieden, **welche Hilfen geeignet und notwendig sind**. Solche Entscheidungen sind derzeit kaum falsifizierbar, da für die Hilfeplanung und die Kontrolle der Umsetzung einzelner Hilfen derzeit nicht hinreichend ausgearbeitete und vergleichbare fachliche Standards bestehen. Hierauf muß meiner Meinung nach verstärkt das Augenmerk gelenkt werden, weil sich durch qualitativ hochstehende Maßnahmen auch Einsparungen erzielen lassen gegenüber einer „mit breiter Gießkanne“ verteilten Palette unspezifischer Hilfen. **Fachliche Standards zu entwickeln wäre auf jeden Fall sinnvoller als die Fortsetzung der Abgrenzungsfefechte zwischen den einzelnen Kostenträgern, die derzeit unglaubliche Energien bündeln und manche Betroffene zu wehrlosen Bittstellern degradieren**, die zwischen den einzelnen, sich nicht zuständig fühlenden Kostenträgern hin- und herpendeln.

Für uns **Ärzte** hat sich beim Übergang der Zuständigkeit für den Personenkreis der sogenannten seelisch Behinderten in die Jugendhilfe eine weitere positive Veränderung ergeben. **Wir kommunizieren nicht nur mit**

einem Kostenträger, sondern mit einem sozialpädagogischen Fachdienst, dem es obliegt, im Rahmen der Hilfeplanung unterschiedlichste Hilfsansätze - auch hinsichtlich der Effizienz und Zumutbarkeit oder Akzeptanz - zu koordinieren. Dies bedeutet allerdings auch, daß die in unserem alltäglichen Handeln innerhalb anderer Systeme erwarteten Verordnungen, imperativen Gutachten etc. hier fehl am Platze sind.

Im Zusammenhang mit psychischen Störungen sind wir aufgerufen, im Sinne einer fachlichen Diagnostik und Differentialdiagnostik das Vorliegen einer „seelischen Behinderung“ festzustellen und das Ausmaß der daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu beschreiben. Im Sinne des sonst im KJHG üblichen Vorgehens sollten wir ausgehend von diesen Beschreibungen von Problemlagen geeignete und notwendige Hilfen oder schon über Verordnungen eingeleitete Maßnahmen - wie Logopädie etc. - beschreiben und somit einen Beitrag oder eine Stellungnahme zur Hilfeplanung aus fachlicher ärztlicher Sicht abgeben.

Dies bedeutet ganz klar: Im Gegensatz zum ärztlichen Gutachten nach BSHG ist die ärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung im KJHG die Äußerung einer Fachgruppe, die bei der koordinierten Planung von Hilfen beachtet werden muß. Es handelt sich nicht um eine fachliche Setzung, die quasi automatisch zur Kostenübernahme führt. An dieser Stelle sei offen eingeräumt, daß dies teilweise bei den Kinderpsychiatern einen Umdenkungsprozeß voraussetzen wird, obwohl in kaum einer anderen medizinischen Disziplin multiprofessionelles und pluridisziplinäres Arbeiten - hier allerdings unter der Regie von Ärzten - so auf der Tagesordnung steht wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Psychotherapie.

4. Informationsbedarf über Hilfsangebote

Die Zuständigkeit der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen führt zu einem verstärkten Informationsbedarf auf beiden Seiten, das heißt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Jugendhilfe. **Vielerorts ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Angebotspalette der unterschiedlichen Hilfen nach §§ 27 ff. noch nicht ausreichend bekannt.** Teilweise ist die Vermittlung solcher Inhalte aber schon in die Curricula zur Facharztausbildung integriert.

Neben den Hilfen zur Erziehung haben vor allem Bestimmungen wie der § 42 KJHG - die Inobhutnahme zum akuten Schutz von Kindern und Jugendlichen - eine wesentliche Bedeutung auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Informationsaustausch und lokale Verständigung über die Umsetzung einzelner Hilfen und Schutzmaßnahmen wären hier wünschenswert. Mit der Federführung bei der Koordination und Planung von Hilfen sollten die verantwortlichen Fachkräfte beim Jugendamt auch die ganze Angebotspalette von Hilfen im Sinne ihrer kostenträgerschaftlichen Vor- bzw. Nachrangigkeit kennen.

Dies bedeutet, daß örtliche Selbsthilfegruppen etc. zur Mobilisierung eigener Ressourcen ebenso zum Informationshorizont der sozialpädagogischen Fachkräfte gehören müssen wie schulisch unterstützende Maßnahmen und schulische Angebote. Die Angebote der ärztlichen Behandlung sollten bekannt sein: ambulant, stationär und teilstationär - wie sie durch die gesetzliche Krankenversicherung bis zu gewissen Leistungsgrenzen im SGB V definiert sind. Hierzu zählen insbesondere auch Förderbehandlungen durch sogenannte Heilhilfsberufe wie Logopäden, Krankengymnasten und Ergotherapeuten.

Besondere Überschneidungen ergeben sich im Bereich der Frühförderung durch Sozialpädiatrische Zentren und in der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Hier könnte die Tatsache, daß der Bereich Jugendhilfe nun auch als Kostenträger wesentliche Verantwortung trägt, zu einer aktiven Auseinandersetzung mit den Krankenkassen und zum Einfordern bestimmter lokaler Angebote führen.

In diesem Jahr neu hinzugekommen sind Hilfen zur Pflege, die vor allem bei mehrfach behinderten Kindern von Relevanz sein werden und die im SGB XI - Pflegeversicherung - geregelt werden. Greifen alle diese genannten Maßnahmen vorrangiger Kostenträger nicht oder entsprechen sie nicht dem primären Auftrag dieser Träger, so sind Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder nach dem KJHG umzusetzen. Die Fachkräfte im Jugendamt sollten sich nicht zuletzt aufgrund der Abgrenzungsproblematik auch über die Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Kinder, die vorrangig vor dem KJHG durch das BSHG geleistet wird, sachkundig machen, um regional klare Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialhilfe zu treffen, damit nicht die Betroffenen im individuellen Fall Opfer behördlicher Abgrenzungsstrategien werden.

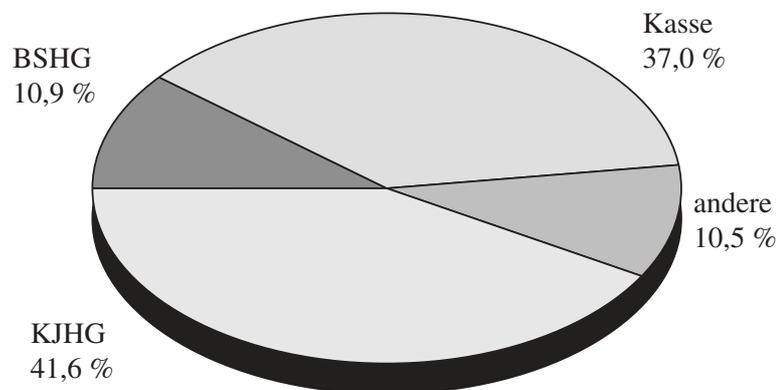
5. Außenkontrolle, Streitfälle, Beschwerden

Immer wieder wird es in Zukunft vor allem bei **Ablehnungen von gewünschten Hilfen** auch einmal zum Dissens zwischen den professionellen Helfern oder zwischen Eltern und Helfern kommen. Selbstverständlich ist der Verweis auf den möglichen **Klageweg** richtig. Allerdings sind auch Zweifel berechtigt, ob die bedürftigsten Familien auf diesem Weg ihre Rechtsansprüche durchsetzen können. Eine lange Verfahrensdauer wird darüber hinaus dazu führen, daß das Kind schon in den Brunnen gefallen sein wird, bis eine Entscheidung getroffen ist. Strunk hat deshalb im Jahr 1994 die Einrichtung einer Beschwerdeinstanz beim Landesjugendamt vorgeschlagen.

Dies stößt auf Widerspruch, weil das Landesjugendamt keine direkt vorgesetzte Kontrollbehörde ist. Auch letztendlich entscheidende Stellungnahmen eines Landesarztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Behinderte scheinen nicht des Rätsels alleinige Lösung zu sein. Vielleicht ist es auch notwendig, unterschiedliche Klärungsebenen zu differenzieren. Geht es zum Beispiel um neue oder Außenseitermethoden - in der Psychotherapie würde ich es schon für sinnvoll halten, wenn es in jedem Bundesland eine entsprechende Expertenkommission gäbe -, die auf Antrag von Betroffenen oder auf Antrag der einzelnen Jugendämter durch ihre Expertise feststellen könnte, ob die beantragte Maßnahme für geeignet und notwendig gehalten werden kann.

Ein solches Gremium sollte nicht allzu groß sein und sollte entsprechend seiner Aufgabenstellung mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich Jugend, Soziales, Schule, Praktiker der Jugendhilfe mit Psychologinnen und Psychologen, mit Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater besetzt sein.

Nicht zuletzt die erheblichen lokalen Unterschiede in der Umsetzung von Hilfen und im Angebotsspektrum der Jugendhilfe lassen aber immer wieder die Frage nach lokalen Klärungs- und Beschwerdewegen aufkommen. Selbstverständlich werden auch die Jugendämter - wie alle anderen Ämter - nicht ohne Druck von außen eine Kontroll- oder Beschwerdeinstanz installieren. Dennoch bleibt für mich die **Frage nach einem bürgernahen Weg des Widerspruchs** angesichts der umfassenden Entscheidungsgewalt, die in den Begriffen „geeignet und notwendig“ verborgen ist, derzeit



N = 894 Maßnahmen bei 621 Patienten
 191 doppelte Maßnahmen; 80 mehrfache Maßnahmen

Abbildung 3: *Kostenträger für Maßnahmen*

unbeantwortet. Vielleicht sind hier tatsächlich primär Elternverbände oder freie Träger aufgefordert, durch entsprechende Beratung und Angebote, die notfalls auch rechtliche Unterstützung mit einschließen, den Betroffenen zu helfen, ihre im KJHG festgelegten Rechtsansprüche auch zu verwirklichen.

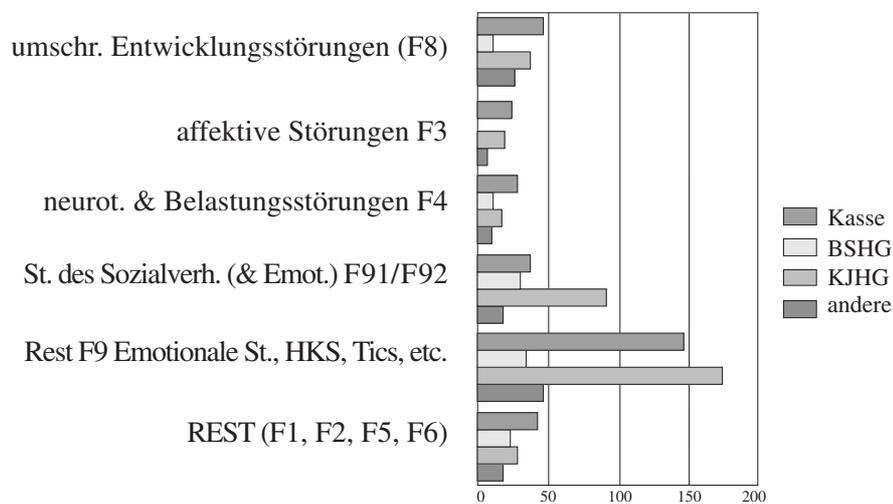
6. Praktische Umsetzung

Auf eklatante Unterschiede bei der Umsetzung von Hilfen auf Empfehlung kinderpsychiatrischer Dienste in West- und Ost-Berlin zuungunsten der Ost-Berliner Kinder und Jugendlichen habe ich anderenorts (Fegert 1994) hingewiesen. Seit Einführung des KJHG habe ich wiederholt am Beispiel des Klientels der Poliklinik unserer Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin Auswirkungen des neuen Kinder- und Jugendhilferechtes untersucht (Fegert 1992a,b; Fegert 1993).

Abschließend sei hier über einige neuere Daten aus der ambulanten Inanspruchnahmepopulation dieser Poliklinik berichtet. Bei 621 Kindern und Jugendlichen, die in unserer Poliklinik vorgestellt wurden, empfahlen wir bei 191 Kindern zwei verschiedene Maßnahmen und immerhin bei 80 Kindern

sogar drei kombinierte Maßnahmen, während bei den übrigen Kindern einzelne gezielte Maßnahmen oder Hilfen ausreichend schienen. Dieses wiederholt betonte Faktum, daß Kinder, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, bisweilen Hilfen und Maßnahmen aus unterschiedlichen Hilfebereichen mit unterschiedlichen Kostenträgern bedürfen, wird an diesen Zahlen noch einmal deutlich. Dies bedeutet klar, daß die federführende Stelle bei der Koordination von Hilfen und bei der Hilfeplanung auch wissen muß, welche Therapien zum Beispiel über die Kassen realisiert werden können.

Die **Abbildung 3** zeigt die prozentuale Bedeutung unterschiedlicher Kostenträger für Maßnahmen oder Hilfeleistungen für insgesamt knapp 900 Maßnahmen bei diesen 621 Patienten. Häufig wird davon ausgegangen, daß die Art der Diagnose allein schon über den Kostenträger der Maßnahme entscheidet. Deshalb versuchten wir - siehe **Abbildung 4** -, die unterschiedlichen Kostenträger unterschiedlichen Diagnosegruppen nach ICD-10 zuzuordnen. Bei dieser Abbildung wird deutlich, daß die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose allein nicht zur Unterscheidung zwischen



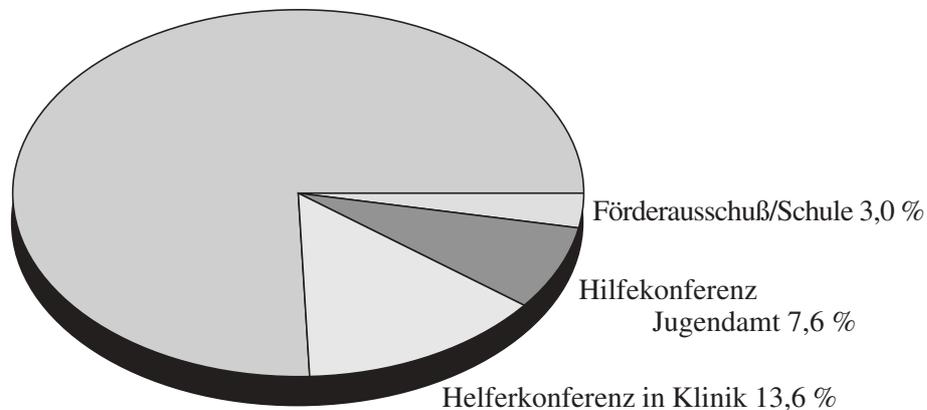
N = 621 aus Poliklinikanspruchnahme; doppelte Leistungen bei 191 Patienten; mehrfachkombinierte Maßnahmen bei 82 Patienten

Abbildung 4: Maßnahmen und Leistungsträger nach Diagnosegruppen

Krankenkassenmaßnahmen, Eingliederungshilfen nach dem BSHG oder Eingliederungshilfen beziehungsweise Hilfen zur Erziehung nach KJHG, eine Unterscheidung erlaubt.

Bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a ist die ärztliche Mitwirkung nach § 36 KJHG vorgesehen - siehe **Abbildung 5** -. Wir untersuchten bei 368 Kindern und Jugendlichen, wie arbeitsaufwendig die Abstimmung über diese Maßnahme für die Ärzte, Ärztinnen, Psychologinnen und Psychologen sowie für Sozialarbeiterinnen in unserer Poliklinik war. Bei Dreiviertel aller Fälle - wahrscheinlich auch bei den insgesamt unstrittigen Fällen - waren Telefonate und schriftliche ärztliche Stellungnahmen zur Hilfeplanung ausreichend. Bei 3 Prozent der Patienten nahmen wir an teilweise mehrstündigen Förderkonferenzen oder Förderausschüssen in der Schule teil. Bei 7,6 Prozent der Fälle fanden Hilfeforenzen mit oder ohne Beteiligung der Kindeseltern - in der Regel mit Beteiligung - im Jugendamt statt und bei 13,6 Prozent wurden solche Helfer- bzw. Hilfeforenzen zur Hilfeplanung ein- oder mehrmals in der Poliklinik durchgeführt.

Stellungnahme 75,8 %



N = 368 aus der Inanspruchnahmepopulation

Abbildung 5: Ärztliche Mitwirkung (nach § 36 KJHG) bei Bewilligung von KJHG-Maßnahmen (nach § 35 a)

Diese Statistik zeigt, daß nach einem ersten tatsächlich überzogenen Boom von Hilfe- und Helferkonferenzen in den ersten zwei Jahren nach Einführung des KJHG sich nun eine, auch vom Aufwand her insgesamt vernünftige Praxis eingependelt hat. Zunächst war befürchtet worden, daß zu große Runden zu „Hilfetribunalen“ in bezug auf die Eltern und die Betroffenen ausarten könnten. Dem war glücklicherweise nicht so, wie die Statistik ausweist.

Bei schwierigen Entscheidungen sind Hilfekonferenzen wirklich die wirksamste Art der Kommunikation. Daß die Fachkräfte der Jugendhilfe häufig bereit waren, zur Überwindung von Schwellenängsten dadurch beizutragen, daß sie zu einem ersten Treffen in die Poliklinik kamen, sei hier ausdrücklich dankend erwähnt.

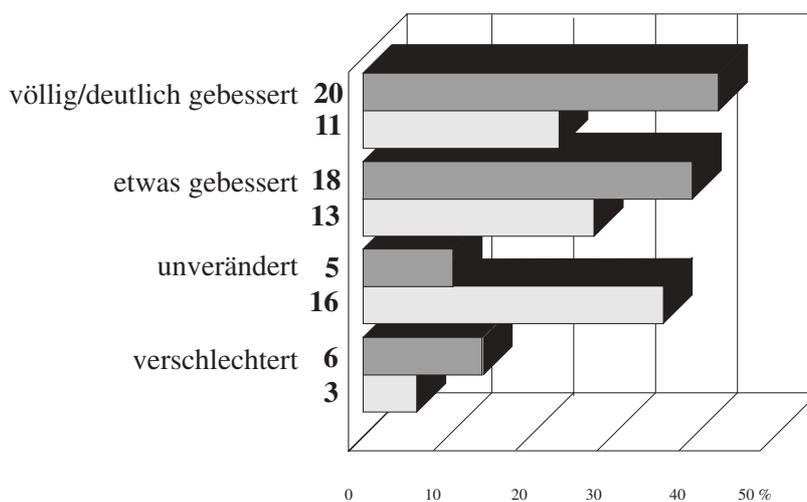
Kritisch muß angemerkt werden, daß im Rahmen unserer kassenärztlichen Abrechnungsmodalitäten (vgl. einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1994) keine Abrechnungsziffern für solche zeitaufwendigen und im Sinne einer adäquaten Versorgung von Kindern und Jugendlichen unabdingbaren multiprofessionellen Planungsprozesse vorgesehen sind. Jede Praxis oder Ambulanz, die sich unter dem zunehmenden Wirtschaftlichkeitsdruck durch die Abrechnung von Einzelleistungen oder auf ärztliche Leistungen bezogene Pauschalen finanzieren muß, wird hier schnell vor finanziellen Grenzen stehen, die die notwendige Kooperation einschränken und behindern werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die fachliche Mitwirkung anderer Professionen durch eine Honorierung durch die Jugendhilfe sichergestellt werden wird oder ob innerhalb der Jugendhilfe immer mehr Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen das fachliche Spektrum erweitern werden. Den Krankenkassen gegenüber könnte geltend gemacht werden, daß diagnostische Leistungen ohnehin vertragliche Kassenleistungen seien.

Die Vermittlung der Ergebnisse dieser Diagnostik führt durch den präventiven oder palliativen Charakter von unterschiedlichen Hilfsmaßnahmen auch zu einer finanziellen Entlastung der Krankenkassen, wenn durch ambulante Hilfen beispielsweise stationäre Maßnahmen vermieden werden können. Aufgrund dieser Kosteneinsparungen wäre es meines Erachtens nicht unbillig, wenn die notwendige Kommunikation in diesem Bereich auch

künftig als Kassenleistung honoriert werden könnte. Wenigstens in entsprechenden sozialpädiatrischen Zentren oder sozialpädiatrischen Praxen sollten entsprechende Pauschalen hierfür vorgesehen werden.

Abschließend sei über eine sehr vorläufige katamnestische Untersuchung der Wirkungen von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem KJHG - siehe **Abbildung 6** - berichtet. Bei der Nachuntersuchung zeigte sich, daß sich die eingeleiteten Maßnahmen wie Einzelfallhilfen oder Psychotherapien mit kombinierter Elternberatung positiver auf die Besserung der kinderpsychiatrischen Symptomatik als auf die familiäre und soziale Situation ausgewirkt hatten. Diese noch vorläufigen Befunde können noch einmal kritisch die Diskussion um Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung beleuchten. Freilich waren die hier durchgeführten Maßnahmen keine isolierten Therapien, die nur auf eine Symptomatik im Sinne von Krankenbehandlung abzielten, sondern sie fanden unter Einbeziehung des häuslichen Milieus und damit als kombinierte Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung statt.



kinderpsychiatrische Symptomatik
 familiäre & soziale Situation

Ausführliche Angaben liegen über 49 von 56 Patienten vor

Abbildung 6: Wirkungen der Maßnahmen der Eingliederungshilfen nach KJHG

Unser Enthusiasmus über die Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung wird aber dadurch etwas relativiert, weil festgestellt werden muß, daß zugegebenermaßen massive familiäre und soziale Defizite durch diese Hilfeform nicht strukturell verändert werden konnten. Dennoch hatte die gewährte Hilfe häufig einen deutlichen Einfluß auf die Verbesserung der Symptomatik, was als Hilfe zur Eingliederung verstanden werden kann. Zum Verständnis dieser Zahlen muß hinzugefügt werden, daß vielleicht in etwas untypischer Weise für eine kinder- und jugendpsychiatrische Universitätspoliklinik in unserer Abteilung auf der Basis unserer Inanspruchnahmestatistik ein sehr viel höherer Anteil von Klienten aus der Unterschicht vertreten ist.

Die beschriebenen Maßnahmen und Hilfen wurden also in der Regel bei sehr schwierigen Multiproblemfamilien umgesetzt, bei denen es vielleicht auch illusionär gewesen wäre, zu erwarten, innerhalb der Spanne eines Jahres Grundsätzliches an familiären oder sozialen Strukturen verändern zu können. Dennoch zeigt dieses letzte Beispiel, daß ein Zweiklassensystem von Hilfsangeboten letztendlich keinen Sinn macht. Das Hilfespektrum des Jugendamtes muß hochdifferenziert sein und den Lebenslagen der Klienten entsprechen. Alle eingeleiteten Hilfen werden bei Kindern mit psychischen Störungen eine Auswirkung auf die kinderpsychiatrische Symptomatik und damit auch auf die Eingliederung in die Gesellschaft haben - ebenso wie sie eine Auswirkung auf die Verbesserung von Erziehungscompetenz oder auf das „Abpuffern“ von Erziehungsdefiziten haben werden und sollen.

Tatsächlich wird vielleicht bei ganz konkreten Fällen der Fokus der Hilfe mehr zur einen oder anderen Seite hin gerichtet sein. Dies bedeutet aber noch nicht, daß die Wirkungen tatsächlich auch vorrangig in diesem Bereich auftreten. Eine Unterscheidung auf der Maßnahmenebene zwischen Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung scheint deshalb arbiträr. Vielmehr sollte auf diese zweiseitige Wirkung aller Hilfen geachtet werden.

7. Schlußbemerkungen

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die Integration der sogenannten von seelischer Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen in die Zuständigkeit der Jugendhilfe aufgrund des generellen Integrationsgedankens zu begrüßen. Die Beschreibung der Anspruchsgrundlage in § 35a KJHG

darf in der Praxis nicht zur Stigmatisierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen führen. Ein Maß für diese Forderung ist allerdings die Praxis im Umgang mit diesen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien und nicht eine gewisse Verbalakrobatik, die ich eher skeptisch beobachte.

Es darf nicht so sein, daß unter scheinbar wohlgemeinten Integrationsüberlegungen die spezielle Problemlage von Kindern mit psychischen Störungen offensiv ignoriert wird und sich dahinter mehr ein Abgrenzungsversuch gegenüber anderen Professionen verbirgt, deren Sozialprestige zum Teil gefürchtet wird. Auch die mit vielen eleganten Formulierungen und pffiffigen formaljuristischen Überlegungen betriebenen innerbehördlichen Ressortabgrenzungen zwischen KJHG, BSHG und anderen Leistungsträgern sind zwar ein dankbares Profilierungsfeld und können im Erfolgsfall vordergründig zu deutlichen Kosteneinsparungen führen. In der Praxis bleiben aber Kinder, Jugendliche und ihre Familien dann bei der Hilfesuche auf der Strecke, weil sie wegen angeblicher Nichtzuständigkeit zwischen Jugendhilfe, Sozialhilfeträger, Schule, kassenärztlicher Versorgung etc. hin- und hergeschoben werden.

Entsprechende Problemlagen chronifizieren und verstärken sich und erfordern dann schließlich sehr viel teurere, umfassendere Maßnahmen, die dann aber vielleicht von einem anderen Kostenträger geleistet werden müssen. Zum Wohle der Betroffenen gilt es, solche behördlichen Pyrrhussiege zu vermeiden und vielmehr darauf zu achten, durch eine fundierte Planung und Überprüfung der Effizienz von Hilfen kostendämpfend zu wirken.

Literatur

Bleidick, U.: „Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher“, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin 1974.

Fegert, J.M.: „Die Hilfen zur Erziehung nach dem KJHG aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht“, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20, Seiten 280-288, 1992a.

Fegert, J.M.: „In Zweifelsfällen entscheidet man sich für das Richtige“ (Karl Kraus) - „Indikationsstellung von Therapie und Hilfsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als curriculärer Bestandteil einer Psychotherapie“, Fortschrittliche Neurologische Psychiatrie 60, Seiten 120, 1992b.

Fegert, J.M.: „Therapeutische und pädagogische Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach der KJHG-Novellierung“, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, Seiten 260-265, 1993.

Fegert, J.M.: „Kinderpsychiatrische Versorgung seit dem Fall der Mauer und der Einführung des KJHG“, Das Gesundheitswesen 56, Seiten 187-192, Thieme Verlag, Stuttgart 1994.

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

Lempp, R.: „Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. § 35a SGB VIII“, Boorberg Verlag, Stuttgart 1994.

Neuhäuser, G., Steinhausen, H.-Ch. (Hrsg.): „Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation“, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1990.

Remschmidt, H.: „Die sozialrechtliche Zuordnung des autistischen Syndroms“, Zeitschrift des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“, Autismus 37, Seiten 18-19, Hamburg 1994.

Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (Eds.): „Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches“, Third Edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford 1994.

Specht, F.: „Kinder- und Jugendpsychiatrie - wie, wo, für wen? Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung“, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41, Seiten 83-90, 1992.

Strunk, P.: „Editorial - Hilfe zur Erziehung“, in: Remschmidt H., Schmidt M.H., Strunk P. (Hrsg.), Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22, Seiten 85-86, Verlag Hans Huber, Bern 1994.

Weltgesundheitsorganisation (WHO): „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“, Geneva 1980.

Seelische Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen - die Bedeutung für den Hilfeauftrag der Jugendhilfe

DR. CHARLOTTE KÖTTGEN

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiterin des jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes im Amt für Jugend Hamburg

1. Wird der § 35a KJHG gebraucht?

Von jugendpolitischer Seite wurde für alle Minderjährigen - auch für die mit Behinderungen - die Erziehungs- und Sozialisationsaufgabe in den Vordergrund gestellt. Die Abgrenzung, wer seelisch, geistig, körperlich behindert ist oder aber Hilfe zur Erziehung benötigt, ist häufig kaum möglich. Jedenfalls führt dies in der Praxis zu künstlichen Abgrenzungen.

Aus Sicht vieler Fachleute in der Jugendhilfe ist der § 35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes in der Fassung des Sozialgesetzbuches VIII jedoch ein erster Schritt zur Anerkennung der Tatsache, daß Kinder - ob sie behindert sind oder nicht - in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe gehören. Langfristiges Ziel sollte es sein, die Eingliederung aller behinderten Kinder lebensweltorientiert, sozialpädagogisch und therapeutisch zu gestalten. Die Unterscheidungen in „seelisch behinderte“ Kinder - Zuständigkeit der Jugendhilfe - sowie „geistig und körperlich behindert“ - Zuständigkeit der Sozialhilfe - ist nach Möglichkeit langfristig aufzuheben.

Die Definition der seelischen Behinderung als anspruchsbegründender LeistungsfILTER und als diagnostische Zuordnung ist grundsätzlich kritisch zu betrachten. Sie ist an der Eingliederungsverordnung Erwachsener orientiert. Dazu später mehr.

Neben fachlichen Beweggründen für die Entwicklung in der Rechtsprechung gibt es den Streit um Ressourcen und Interessenvertretungen von Verbänden und Berufsgruppen wie zum Beispiel:

- Von sozialpolitischer Seite war ausschlaggebend, daß den Bedenken der Einrichtungsträger Rechnung getragen wurde, die Plätze bereithalten, die

gemäß § 40 BSHG finanziert werden und die deshalb um ihre Existenz fürchten.

- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erklärt sich zuständig für „seelisch behinderte Kinder“. Rund 18 Prozent aller Kinder wurden als „psychisch gestört“ diagnostiziert. Für rund fünf Prozent wird ein flächendeckender Ausbau jugendpsychiatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsketten gefordert (BMJFFG: Kinder- und Jugendteil des Expertenberichtes Psychiatrie 1989). Danach sollten neben den für Soziales und Jugendhilfe ausgebauten Versorgungsnetzen zusätzlich jugendpsychiatrisch und ärztlich dominierte Einrichtungen ausgebaut werden („Spektrum“ 1988 und 1989, Köttgen 1988).
- Weniger interessengeleitet, dafür stärker an Kindern und ihren Familien orientiert, wird seit den siebziger Jahren über Alternativen der Betreuung Heranwachsender diskutiert (Deutscher Bildungsrat 1974). Es wurde vor einer Stigmatisierung und Therapeutisierung größer werdender Gruppen von Kindern und Jugendlichen gewarnt.

Kernpunkte der nach wie vor gültigen Diskussion waren: Kinder sollen nicht nach ihren Behinderungen, also Defiziten „sortiert“ und zur Beseitigung des Defizits von Spezialist zu Spezialist, das heißt von Institution zu Institution weitervermittelt werden. Auf diesem „Verschiebebahnhof“ (DPWV 1988) von Einrichtungen und Spezialinstitutionen werden neue Behinderungen produziert, Hospitalisierungen geschaffen. Darüber gibt es genügend Erkenntnisse.

Der § 36 - Mitwirkung, Hilfeplan, Absatz 3

„Erscheinen Hilfen nach § 35a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie bei der Durchführung der Hilfe ein Arzt ... beteiligt werden.“

Die Verantwortung für die Hilfeplanung und Gestaltung hat jetzt das Jugendamt, auch dann, wenn eine seelische Behinderung festgestellt wird. Das heißt, in erster Linie hat ein Minderjähriger Anspruch auf einen Lebensort und stabile Beziehungen. Zusätzlich braucht dieser gegebenenfalls auch therapeutische Unterstützung. Niemand sollte langfristig zum Kranken oder Patienten „gestempelt“ werden. Therapeutische Hilfen sind ergänzende Hilfen zu einem möglichst normalen Leben.

Jugendhilfe soll Kindern, die eine belastete Biographie haben, einen langfristigen, sicheren und verlässlichen Lebensort schaffen, an dem sie die ganzheitliche Förderung erhalten, die sie für ihre Entwicklung brauchen. Es ist ein möglichst breit gestreutes Netz an beraterischer und therapeutischer Hilfe einzurichten, das die Jugendhilfe zur Verfügung stellen muß. Ziel ist es, Beratung und Therapie dort anzubieten, wo der Lebensort des Kindes ist. Ich nenne nur Schlagworte dieser Fachdebatten: Lebensweltorientierung, Normalisierung, Individualisierung, Integration, Entspezialisierung.

Ein Positionspapier der von der Jugendminister- und Gesundheitsministerkonferenz eingesetzten Kommission beschreibt Richtlinien, in denen es um eine verbesserte Kooperation der Versorgungssysteme Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie geht (Positionspapier Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, Juni 1991). Die sehr kontroverse Fachdiskussion ist in Veröffentlichungen nachzulesen (Gintzel, Schone 1990; Köttgen, Kretzer, Richter 1991, Cobus-Schwertner, AFET 1994).

Etwas provokativ möchte ich uns Fachleuten sagen: **Bei der Diskussion zum „Wohle“ des Kindes geht es - wie so oft - vor allem um das Wohl der Interessenvertretungen.**

2. Was bedeutet „seelische Behinderung“ in der Jugendhilfe?

Zum Begriff „seelische Behinderung“ - wer definiert wen?

Die Psychiatrie definiert zur Zeit, wen sie für „krank“ und „gesund“ hält. Nach wie vor liegt die Definiationsmacht bei den Universitäten. Publikationen zum Thema „Seelische Behinderung § 35a“ liegen zur Zeit überwiegend von klinisch ausgerichteten Psychiatern vor (Lempp 1994, Fegert 1994). Daneben gibt es Stellungnahmen von Frau Dr. Cobus-Schwertner, der AFET und aus Brandenburg zur Frage, ob der § 35a gebraucht werde.

Im Rahmen der Jugendhilfe werden die meisten Kinder und ihre Familien betreut, bei denen es in hohem Maße im Laufe des Lebens zu sozialen, in Verbindung mit körperlichen und seelischen Verletzungen kommt. Seelische Verletzungen sind nicht gleichzusetzen mit „seelischer Behinderung“. Der

Begriff „Behinderung“ schreibt einen Zustand fest und berücksichtigt nicht, daß Entwicklungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen noch nicht abgeschlossen sind. Deshalb sollte dieser Begriff vermieden werden. **Besser wäre von seelischer Not oder Verletzung zu sprechen.** Der Begriff wurde - wie so vieles im Rahmen der Kinderpsychiatrie - aus der Erwachsenenpsychiatrie übernommen.

Nur wenige der Kinder, die die Jugendhilfe betreut, befinden sich in dem psychotherapeutischen ambulanten und stationären Versorgungssystem der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eher in Einrichtungen mit Anstaltscharakter, die sowohl im Bereich der Jugendhilfe als auch in der Jugendpsychiatrie existieren.

Ich möchte hier einen bildhaften Vergleich für seelische Vorgänge mit körperlichen Verletzungen wagen. Wenn ein Körperteil verletzt oder verwundet wird, so kann dieser heilen, eine Narbe mit oder ohne Folgen bilden, einen bleibenden Schmerz verursachen oder sogar bei Verlust von Gliedmaßen zu einer dauerhaften Behinderung führen, die aber durchaus kompensiert werden kann. Solche Verletzungen können kurzfristige Reaktionen, heftige Krisen, flüchtige Symptome oder aber eindeutige Krankheitsbilder auslösen.

Ursachen von seelischer Not und Verletzung (Behinderung?)

Bei frühzeitiger, fortgesetzter oder langandauernder Verletzung kann es zu einer Beeinträchtigung im Sinne einer Krankheit oder Behinderung kommen. Chronische Kränkung führt manchmal zur Krankheit. Kinder im Rahmen der Jugendhilfe, die früh einen Mangel an Förderung in ihrer Entwicklung erfahren haben, oder körperliche Gewalt, sexuellen Mißbrauch, Vernachlässigung, Abgeschoben-Werden aus dem Elternhaus, Verlust eines oder beider Elternteile, eine Schaukelerziehung, sind seelisch und körperlich auf vielfältige Weise Verletzte - keine Behinderten.

Sie sind Opfer von Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Drogenkonsum ihrer Eltern. Viele müssen den seelischen Spagat zwischen transkulturellen Normen vollziehen - ohne Unterstützung. Sie werden hin- und hergeschoben zwischen verschiedenen Bezugspersonen, Einrichtungen der „Hilfen zur Erziehung“ und der Psychiatrie. Je negativer ihre Ausgangssituation, desto eher erfolgen Abschie-

bungen, desto schlechter wird ihre Prognose. Schließlich sind sie beziehungsunfähig geworden, durchaus unter Mitwirkung von uns Helfern (DPWV 1988).

Ursache vieler Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit Devianz ist die Schwierigkeit, Vertrauen in andere Personen zu entwickeln, emotionale Beziehungen aufzubauen. Bindungs- und Beziehungsprobleme kennzeichnen auch die Arbeit der Erzieher in der Jugendarbeit.

Die Grundlage für positive emotionale Beziehungen wird in der frühen Kindheit gelegt, und diese Bindungen sind ein Basisbedürfnis eines jeden Kindes. Verletzungen, Beziehungsverluste und der Abbruch wichtiger Beziehungen tragen zu Ängsten in neuen Beziehungen bei. Schließlich stellen manche dieser Kinder jede neue Bezugsperson derart auf die Probe, daß ein erneuter Abbruch provoziert wird, obwohl das Kind nur sichern will, daß diese Bezugsperson verlässlicher ist als die vorherige.

Nach wiederholten negativen Erfahrungen mit wechselnden Beziehungen wird schließlich die Beziehung zur Umwelt insgesamt gestört. Dahinter stehen Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit. Der demonstrierte Selbstschutz erscheint nach außen entweder selbst- oder fremdzerstörerisch. Übersetzt kann das heißen: Ich darf nicht tangierbar sein, nur keine Schwäche zeigen. Lieber bin ich aggressiv. Ich panzere mich, damit ich nichts spüre, wenn ich traurig bin. Dann sterbe ich vielleicht; also nur nicht raurig sein...

Bei fast jedem Kind, das das Elternhaus verlassen muß, ist eine seelische Verletzung in diesem Sinne anzunehmen, Denn es muß die wohl grundlegendste und schmerzlichste Erfahrung sein, die vorzeitige Trennung von den wichtigsten Bezugspersonen - den eigenen Eltern - durchleben zu müssen. Das betrifft alle Kinder, die außerhalb der Familie untergebracht wurden. Bei Kindern sollen die pädagogisch-therapeutische Hilfemaßnahmen die Entwicklung möglichst positiv beeinflussen. Manche schwere Verletzung ist als Erinnerung jedoch nicht auszulöschen.

Eine psychiatrische oder andere Diagnose, die losgelöst vom sozialen Kontext der betreffenden Person vorgibt, objektive und eindeutige prognostische Aussagekraft zu besitzen, gibt es nicht. Der Glaube mag bei einem entzündeten Blinddarm folgenlos sein. Schon bei der Diagnose „Psychose“ führt eine solcher Glaube in die Irre.

Die Ursachen von Psychosen - zum Beispiel der Schizophrenie - sind trotz des Jahrhunderte währenden Theorienstreites nach wie vor ungeklärt. Es gibt auch keine alleinige verbindliche Therapie und keinen eindeutigen, allgemein gültigen Krankheitsverlauf. Es gibt vielmehr eine Fülle von Lehrmeinungen und - das muß man der Ehrlichkeit halber sagen - viele Glaubensrichtungen in der Psychiatrie (Bleuler 1972, Ciompi 1974, u. a.). Hinzu kommt für viele Patienten, daß sich lange Klinikaufenthalte wegen der Hospitalisierung negativ auswirken - ganz abgesehen von dem Stigma, ein „Psychiatriefall“ zu sein. Um so bedenklicher ist es, wenn mit Diagnosen weit verbreitete Vorurteile dauerhaft fixiert werden (Bleuler 1985).

Mögliche Folgen von Psychiatrieaufenthalten

Jahre später müssen viele ehemalige Patienten erfahren, daß sie trotz erfolgter Therapie vom Eintritt in eine Versicherung, von Berufswünschen ausgeschlossen, oft nicht einmal zu einer Ausbildung zugelassen werden. Langfristige ambulante therapeutische Begleitung gehört nur ausnahmsweise zum Behandlungssetting einer Jugendpsychiatrie. Etwa 40 Prozent der Jugendlichen aus der Jugendpsychiatrie in Hamburg kamen nach Behandlung - ohne therapeutisches Netz - in Einrichtungen der Jugendhilfe. Auch jene, die einen psychosomatischen Zusammenbruch hatten. Erfahrungsgemäß sind sie nach ihren Klinikaufenthalten nicht frei von Symptomen, Sie sind aber eher in der Lage, mit Unterstützung möglichst normal zu leben, je normaler der poststationäre Lebensort gestaltet ist.

Aber auch in der Jugendhilfe gibt es Vorurteile und Tendenzen zur Stigmatisierung: Kinder werden mitunter mit der Begründung abgelehnt, es handle sich um einen „Psychiatriefall“. Es gibt eine Hierarchie des Stigmatisierens, die keineswegs vor den professionellen Helfern Halt macht. Kein Kind ist dauerhaft ein Psychiatriefall. Kinder haben - wenn nötig - Anspruch auf Familie oder Ersatzfamilie, das heißt auf Hilfe vor, während und nach psychischen Krisen.

Das ist geltendes Recht, wenn auch noch nicht allgemein gültige Praxis. Gerät ein Kind in eine psychische Krise - mit Gefahr für sich und andere - soll es nach dem Psychiatrischen Krankengesetz in der Psychiatrie Aufnahme zu seinem Schutz finden. Langfristige Behandlungen - medikamentös oder

psychotherapeutisch - sollten sobald wie möglich ambulant durchgeführt werden. Die Umstellung der Versorgungssysteme auf eine solche Praxis muß fachpolitisch gewollt und durchgesetzt werden.

3. Symptome seelischer Behinderungen in der Jugendhilfe

Bewertung der verschiedenen Symptome

Anders als beispielsweise bei Symptomen wie Depression, Psychose, Neurose und Magersucht, die als Krankheit unzweifelhaft Akzeptanz finden, werden nach außen gerichtete, mitunter störende Verhaltensweisen des Jugendhilfeklientels moralisch be- und abgewertet; verwahrlost, dissozial, delinquent, aggressiv, um nur einige der gängigen Begriffe zu nennen.

Jeder kennt Akten, in denen Kinder als Monster geschildert werden. Zwar findet deren Lebensgeschichte, die ihre Ursachen oft in Vernachlässigung oder Gewalt hat, durchaus Beachtung in biographischen Fakten. Seltener werden die Verhaltensweisen, die sich auch im Kontext biographischer Erlebnisse ergeben, ähnlich neutral bewertet wie Krankheitssymptome.

Ähnlich wie bei psychisch Kranken handelt es sich oft um das letztendliche Scheitern dieses Kindes, nachdem es sich um Anpassung an die Normalität - meist lebt es zwischen mehreren widersprüchlichen Normalitäten - bemüht hat. Während gut geförderte Mittelschichtkinder jahrelang psychotherapeutische Behandlung und Unterstützung bekommen, fallen benachteiligte Kinder und Jugendliche eher unter die Rubrik „schlecht“, „schuldig“. Ein Leidensdruck wird nicht anerkannt. Hinter störenden, demonstrativen Verhaltensweisen werden ihre Hilfeschreie nicht rechtzeitig gehört, oft nicht verstanden, obendrein bestraft. Werden Kindern nach sexueller oder anderer Gewalt aus ihrer Familie herausgenommen und bleibt der Täter - wie es oft geschieht - in der Familie, so fühlen sich die Kinder erneut verurteilt und bestraft.

Angesichts dieser unterschiedlichen Bewertungen der auffälligen Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen - je nachdem, welches ihre soziale Ausgangssituation ist - braucht die Jugendhilfe ein anderes als das diagnostische Defizitverständnis. Die Jugendhilfe braucht für ihr Klientel mit typischen Verhaltensmustern eine eigene Sprache, Interpretation und vor

allem eine Bewertung, wenn die Konzepte der sogenannten Lebenswelt und Pädagogikorientierung an Grenzen stoßen.

Zu der Bedeutung einiger Verhaltensweisen des Jugendhilfeklientels

Aggressionen: Dahinter kann sich der Kampf gegen große Angst, Trauer und Ohnmacht verbergen. Gefühle, die vorbewußt in der Säuglingszeit oder später entstanden sein können, werden erst später reaktiviert. Das Kind oder der Heranwachsende erlebt sie mit der gleichen existentiellen Bedrohlichkeit wie damals als Kleinkind oder Säugling. Viele Verhaltensweisen erklären sich dadurch, daß Kinder unbewußt agieren, wie als Kleinkinder. Das wird besonders bedrohlich, wenn das betreffende Kind 13 Jahre und älter wird, kräftig ist und ebenso wahllos um sich schlägt wie der Säugling, bei dem das folgenlos ist. Solche wiederbelebten Gefühle sind der Rationalität nicht zugänglich. Der Betreffende kann oft nicht seiner Einsicht gemäß handeln.

Unzuverlässigkeit, Zerstörung von Beziehungen, Weglaufen: Mit diesen Verhaltensweisen wiederholen viele Kinder die selbstdurchlittenen Erfahrungen von Im-Stich-gelassen-Werden, Vernachlässigung und Abbruch von Beziehungen in ihrer eigenen Vorgeschichte. Sie provozieren die wichtigsten und am meisten geliebten Bezugspersonen. Sie testen deren Zuverlässigkeit und prüfen deren Glaubwürdigkeit aus Angst, auch diese würden sie wieder verlassen. Das macht das Zusammenleben mit den in ihrer Beziehung verletzten Kindern so schwierig.

Selbsterstörung: Kinder, die Gewalt und sexuellen Mißbrauch erlebt haben - also eine Nichtachtung ihrer eigenen körperlichen Integrität -, neigen manchmal zu Selbstschädigungen, in dem unbewußten Drang, auf diese Weise sichtbar zu machen, was sie selbst erfahren haben.

Prostitution, pädophile Stricher: Kinder, die sich freiwillig in ein Prostitutionsmilieu begeben, haben sehr oft Erfahrungen mit sexuellem Mißbrauch in der Kindheit oder haben Gewalt erlebt. Sie waren körperlich nicht geschützt. Unbewußt suchen viele von ihnen nach dem verlässlichen, guten Elternteil, wenn sie den Versprechen von Freiern nachgeben. Sie hoffen auf Zuneigung und verkennen zunächst den erneuten Mißbrauch in dem notorischen Wunsch, alte Verletzungen ungeschehen zu machen. Sie glauben,

diesmal Herr über den eigenen und den Körper des Erwachsenen zu sein und sie lassen sich wieder mit Geschenken und Geld zum Stillschweigen und Stillhalten verführen - wie früher, als sie mitunter von eigenen Familienangehörigen mißbraucht wurden.

Kinder und Jugendliche demonstrieren auf diese Weise ihr Symptom. Sie wiederholen frühkindliche Erfahrungen und geraten unbewußt in Situationen, in denen sie diesen Konflikt ausleben müssen. Denn meistens haben sie keine Sprache dafür entwickeln können. Mit sexualisierten Verhaltensweisen machen diese Kinder auf ihre Not aufmerksam. So wie die Beziehung zu den nicht schützenden oder gar mißbrauchenden Eltern zwiespältig ist, so gestalten diese Kinder ihre Kontakte zum Prostitutionsmilieu.

Zerstörung: In Identifikation mit dem Aggressor wird eine einstmals erlebte Ohnmacht und Hilflosigkeit jetzt umgewandelt. Der Heranwachsende übt seinerseits Gewalt gegen Schwächere aus. Er prügelt - symbolisch gesehen - nicht selten die eigene verhaßte Ohnmacht, die ihn als Kinder so ausgeliefert hat.

So ist der Haß mancher Jungen auf Männer, aber auch auf Frauen verständlich, denn auch Mütter prügeln und vernachlässigen Kinder. Viele schmerzliche Erfahrungen setzen sich in dieser Weise fort. Manche Opfer werden Täter ohne es zu wollen; schlimmer, ohne es steuern zu können. Es ist ein Verhaltenssymptom geworden. **Andere Verhaltenssymptome sind: Alkohol, Drogenkonsum, Schuleschwänzen, Weglaufen, Stehlen, Lügen, Autoraserei, Gewalt und Depression im Wechsel** (oder auch Größenwahn und Selbstentwertung) sowie **EB- und psychosomatische Störungen** und eine Tendenz, Beziehungen aus Furcht vor erneuter Enttäuschung mit einem Partner dauernd zu wechseln.

Hinter dem konkreten Agieren steckt also oft die Wiederbelebung, die Aktualisierung traumatischer Erlebnisse. Diese drücken unbewußte Kindheitserlebnisse aus, Gefühle, die so verletzend gewesen sind, daß Verdrängung wie ein Schutzfilter vor der Erinnerung liegt. Die Situation war für das Kind oft lebensbedrohlich - wie Prügeln in Alkoholexzessen, bei Vernachlässigung oder beim Verlust geliebter Bezugspersonen. Deshalb kann Verdrängung des Schmerzes lebensnotwendig sein, um überhaupt weiterhin funktionieren zu können. Das wissen wir auch aus Berichten von Kindern mit KZ-Erfahrungen.

Verletzungen bleiben im Unterbewußtsein als Erinnerung bestehen. Sie brechen irgendwann auf. Oft in Verbindung mit erneuten Trennungen, Beziehungsverlusten, neuen Aufgaben oder sexuellen Erlebnissen. Sie äußern sich in störenden oder selbstdestruktiven Aktionen; seltener still und nach innen gerichtet.

Die Aufgabe von Psychologen und Ärzten besteht darin, Verhaltensweisen aufzuschlüsseln und verstehbar zu machen, Übersetzer seelischer Vorgänge zu sein, die Logik der verletzten Gefühle zu entschlüsseln, diese aus dem biographischen Kontext abzuleiten, falls die Heranwachsenden dafür keine Sprache haben. Wegen dieser Sprachlosigkeit werden Kinder oder Jugendliche nicht in klassische Therapiesettings aufgenommen, sie gelten als beziehungsunfähig oder nicht therapierbar!?

Aus nonverbalen Äußerungen und Verhaltensweisen und in Kenntnis der Biographie ist es Aufgabe der Therapeuten, zum Verständnis für das Zusammenleben mit Erziehern beizutragen. Das hilft, die Erziehungsarbeit im Alltag zu erleichtern. Meist wird das ein langer Prozeß sein, bei dem alle Beteiligten an eigenen Konflikten arbeiten müssen.

Ein Fallbeispiel: Ein Kind kotet ein, ist aggressiv, zerstört willkürlich Gegenstände. In einer Einzelbetreuung ist es unauffällig. Es braucht eine konstante Bezugsperson und erträgt noch nicht, diese mit vielen anderen zu teilen - wie oft im Heim. Es fürchtet, man wolle es wieder abschieben. Es agiert mit Drogen oder denkt an Selbstmord ... Erst wenn die Erzieher diese Not verstehen, hört das Agieren auf.

Kontraproduktive Hilfe der Fachsysteme

Ein Kind macht riskante U-Bahn-Surfaktionen, dann stiehlt es Autos. Es wird in der Schule als „Schwänzer“ und „leistungsschwach“ ausgegrenzt. Der Psychiater diagnostiziert dissoziale, delinquente Verhaltensweisen; das Kind sei nicht therapiemotiviert. Die Prognose sei schlecht. Die Polizei wartet, bis der 13-jährige strafmündig ist, die Justiz stellt die Schuldhaftigkeit fest. Der Erzieher, der gelegentlich im Zusammenleben - hinter all dem Agieren - die Verzweiflung sieht, wird verantwortlich gemacht, das Kind nicht ausreichend aus dem Verkehr gezogen zu haben. Bei einer solchen Betrachtungsweise jedoch werden Ursachen und Wirkungen verdreht. Trotzdem wissen wir:

Kinder brauchen bis zum Erreichen der Mündigkeit fördernde, konstante und schützende Bezugspersonen. Fallen die Eltern aus, brauchen sie Ersatzpersonen. Kinder müssen sich verlassen können, nur auf dieser Basis können sie stabile Mitglieder einer Gesellschaft werden. Dazu müssen auch die psychologisch, psychiatrischen Helfer im Sinne des § 27 KJHG und BSG VIII beitragen. Dafür müssen Ärzte und Psychologen in ausreichender Anzahl vorhanden, ausgebildet und auf dieses Klientel vorbereitet sein. Nicht alle alten Krisen können aufgelöst werden. Das Vorhandensein alter Wunden muß mitunter sogar ertragen werden. Alles in allem sind wir konfrontiert mit einem mühsamen Weg zur Versöhnung mit einer für Kinder oft unerträglichen Realität. Es gibt jedoch zu jedem Zeitpunkt noch Möglichkeiten zu einer „Korrektur“ hin zum Positiven.

4. Braucht die Jugendhilfe ein eigenes Therapieverständnis?

Beratungs- und Therapiemethoden

Die Hauptarbeit mit Kindern und Jugendlichen vor und nach der Trennung von den Eltern leisten im Bundesgebiet Erzieher und Sozialpädagogen - nicht die besser bezahlten Therapeuten, Ärzte und Psychologen. Das ist übrigens auch in den kinderpsychiatrischen Kliniken so. Erzieher begleiten Heranwachsende bei Trennungsschmerzen, Krisen, Wutausbrüchen, Fehlschlägen und Zerstörungswut. Sie beantworten Wünsche nach Nähe und Grenzen und sind vielen konstante Bezugspersonen. Erziehern werden Fehlschläge persönlich angelastet, obwohl der Grund in der geschädigten Biographie eines Kindes liegen kann. Für diese emotional belastende Arbeit wird unterstützende Hilfe gebraucht. Hilfreich sind diejenigen Berater, die das Jugendhilfeklientel sowie das Umfeld kennen.

Die klassische, psychotherapeutische Ausbildung allein reicht für diese Beratungsarbeit nur begrenzt aus. Das Jugendhilfeklientel wird oft, wenn es um die Frage therapierbar geht, abgelehnt. Eine spezifische Ausbildung fehlt. Beratung, Analyse und Diagnostik schließen ein überaus kompliziertes Beziehungsgeflecht von Kind/Eltern/Ersatzeltern/Betreuern/Schule/Kindergarten/Institution mit ein. Kinder geraten in erhebliche Loyalitätskonflikte zwischen mehreren wichtigen Bezugspersonen. Die Interaktionen und emotionalen Verflechtungen können Krisen auslösen, die schwer zu entwirren sind. Der

Adressat der Hilfe ist oft die langfristige Bezugsperson, sind Betreuer oder Eltern; manchmal auch die Institution. Deshalb müssen die beratenden Fachkräfte die institutionelle Bedingungen im Versorgungsnetz gut kennen.

Ein Beispiel: Ein Kind ist aggressiv - zu Hause, aber auch in der Schule, bringt schlechte Leistungen und stört. Es stellt sich in langen Gesprächen heraus, daß die Eltern einmal geäußert haben, es müsse in ein Heim, wenn es sich nicht bessere. Das Kind provoziert aus Angst vor dieser Abschiebung. Strafen und Schulentlassungen haben den Konflikt immer weiter verschärft. Es kommt zu Suizidhandlungen. Jetzt wird der Konflikt mit den Eltern geklärt. Das Kind erfährt, daß die Abschiebung nicht mehr bevorsteht. Die Angst läßt nach, die Konflikte entschärfen sich, das Problem wird auch in der Schule und zu Hause erträglicher. Zunächst einmal haben die Eltern die Not des Kindes begriffen. Dann ist die Angst für alle Beteiligten erträglicher geworden. Dadurch hat sich das Verhalten unbemerkt verändert.

Die Beratung der Fachleute konzentriert sich auf eine kurzfristige oder langfristige beraterisch-therapeutische Begleitung der Bezugspersonen eines Kindes mit Problemen. Zusammenhänge, in denen Konflikte auftreten und eskalieren, sind aufzuschlüsseln. Je erfahrener Fachleute sind, desto sparsamer, aber auch hilfreicher kann dieser Multiplikatorenansatz sein.

Krisen sind grundsätzlich als Signal oder Symptom eines Kommunikationsproblems aufzufassen. Sie sind nicht Ausdruck von Scheitern, auch wenn das in dramatischen Krisensituationen häufig so erscheint. Einzeltherapien können diese Arbeit nicht ersetzen. Supervisoren müssen auf die Einbeziehung der unterschiedlichsten Einflüsse, denen Kinder ausgesetzt wird, eingestellt sein. In diesem Sinne geschulte Fachleute sind immer dann gefragt, wenn die Normalität des Jugendhilfe-Alltagslebens nicht ausreicht, um schwierige Verhaltensweisen von Kindern abzubauen.

5. Voraussetzung für beraterische und psychotherapeutische Hilfen

Arbeit in multiprofessionellen Teams

Zusätzlich zu einem Grundstudium und einer klassischen Therapieausbildung halte ich es für Fachleute im Rahmen der Jugendhilfe für unabdingbar, daß

sie Erfahrungen mit dem Klientel der Jugendhilfe haben. Sie sollten sich im Umgang mit Kindern, die sich durch Gewalt und durch dissoziale Verhaltensweisen bemerkbar machen, auskennen. Klassisch ausgebildete Fachleute neigen zu Angst und Befremden angesichts der oft riskanten, Grenzen sprengenden Verhaltensweisen Heranwachsender. Es sollte keine Dominanz einzelner Berufsgruppen und ihrer Lobby geben. Die persönliche Angst ist in der Therapie ein schlechter Ratgeber. Sie kann ausagiert werden, zu negativen Prognosen beitragen, Schaden anrichten. Berater in diesem Arbeitsfeld müssen ohne klinische Mauern und Medikamente auskommen. Sie brauchen eine allseits ausgerichtete Einfühlung/Emphatie für die verschiedenen „Zuständigen“ eines Kindes. Sie sollten analysieren, auf welcher Ebene der Hierarchie und der Beziehungen ein Konflikt entsteht.

Es gibt spezifische Konflikte, die bei Kindern auftreten, die zwischen mehreren Bezugspersonen leben müssen. Dazu gehören Loyalitätskonflikte zu den Ursprungseltern und negative Übertragungen zu den Ersatzeltern bei gleichzeitigem Wunsch, diese zu behalten. Die Berater müssen die institutionellen Bedingungen in der Psychiatrie sowie in der Jugendhilfe kennen, auch die Möglichkeiten und Grenzen dieser Institutionen und ihrer Fachleute. Ein Versorgungsstandard im Hinblick auf den Personal- und Ausbildungsstatus existiert bisher für diesen gesellschaftlich hochbrisanten Bereich einer besonders schwierigen Klientel nicht.

Familiäre und andere Betreuungsformen von Kindern könnten erhalten bleiben, würde auf diese Arbeit mehr Gewicht gelegt. Gute Beratungsarbeit führt zu weniger Krisen. Fehlende oder schlechte Beratungsarbeit führt zu Eskalation von Krisen und zum Ruf nach geschlossener Unterbringung.

6. Die Versorgungssituation

Obwohl es seit 25 Jahren deutlich weniger Kinder gibt, haben die Fachdienste zugenommen. Jeder Bereich verfügt über eine berufsgruppenspezifische Dominanz: Kliniken - Ärzte; Erziehungsberatungsstellen - Psychologen; Jugendhilfeeinrichtungen - Sozialpädagogen. Berufsgruppenspezifische Interessen bestimmen folgerichtig den Fachdialog. Oft geht es um den Erhalt von Verbänden und Berufslobbies. Die Kinder werden rar, also geht es um mehr Konkurrenz, denn schließlich leben viele von den gestörten Kindern.

Den vielen Fachleuten geht es bei ihrem Konkurrenzkampf auch, aber nicht nur um das Wohl aller Kinder. Zu oft geht es um das **Wohl der sozial erwünschten Kinder** sowie um den Erhalt der meistens mittelschichtorientierten Institutionen und um die Ausdehnung deren Einflußsphären und Macht.

Selbst wenn alle Mehrforderungen nach Therapeuten und Einrichtungen erfüllt wären, hätte das keineswegs zur Folge, daß die besonders belasteten Kinder tatsächlich wirklich bessere Behandlungsorte fänden. Kritisch möchte ich vielmehr anmerken, daß die Mehrzahl der Dienste es verstanden hat, sich ihre Konzepte auf ein erwünschtes Klientels hin zu definieren. Dies betrifft Kliniken, Beratungsstellen, Ambulanzen und Jugendhilfeeinrichtungen.

Gleichzeitig wird das „schwierige“ Klientel - ich behaupte sogar zunehmend - ausgegrenzt. **Typische Kriterien, die ausgrenzen**, sind: **Freiwilligkeit**, hohe **Therapiemotivation** und **Verbalisierungsfähigkeit**, vor allem die „**Komm-Struktur**“ - der Klient oder Patient muß kommen.

Das Klientel der Jugendhilfe kommt in der Regel nicht zur Therapie. Es leidet oft an seiner Sprachlosigkeit; oft spricht es einfach die falsche Sprache. Eine Therapiemotivation hat es primär nicht, weil es Therapie nicht kennt. Bei zugehender Hilfestellung sind Veränderungen insbesondere dann erreichbar, wenn die Erzieher - gegebenenfalls mit Unterstützung von Supervisoren - die Hintergründe der Problematik besser verstehen oder entschlüsseln.

So wird für bestimmte gesellschaftliche Lebenslagen durchaus ein Angebot im Hilfesystem gemacht. Andere Kinder und Jugendliche aber werden ausgeschlossen, sie werden in Randgruppen abgedrängt, ihnen droht ein Leben in einer Ghettoexistenz (Wolf, R.).

Vor allem vielen Fachleuten fehlt es bisher an Motivation, mit diesem Klientel therapeutisch zu arbeiten. Das Jugendamt sollte sich deshalb selbst verpflichten, Fachkräfte für Beratung und Therapie im Bereich der Jugendhilfe einzustellen.

Dienste wie die Erziehungsberatung und andere könnten stärker motiviert, umstrukturiert sowie ihre spezielle Zuständigkeit auf Benachteiligte ausgedehnt werden. Die Versorgung eines mittelschichtorientierten Klientels wird sich infolge des neuen Psychotherapeutengesetzes und der künftigen

Ausbildung zum Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie eher noch zuungunsten der Jugendhilfe konsolidieren.

7. Schlußfolgerungen

Die Bedeutung für den Hilfeauftrag der Jugendhilfe

Ein Ende des Anwachsens der Armut, Arbeitslosigkeit, Immigration und der Folgen von Krieg ist nicht in Sicht. Ein Teil des besonders problembelasteten Klientels der Jugendhilfe wird auch in Zukunft nur ausnahmsweise von dem expandierenden Psychotherapeutenmarkt erreicht. Die derzeitigen psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsmethoden sind zu wenig oder gar nicht auf das Jugendhilfeklientel eingestellt. Soziale Problemlagen werden teilweise direkt von therapeutischen Leistungen ausgeschlossen (siehe Psychotherapeutengesetz, Entwurf Februar 1995).

Der § 35a soll nicht dazu verführen, dem einzelnen Kind mit Problemen das Stigma „seelisch oder drohend seelisch behindert“ aufzudrücken. Diese Gefahr besteht. Die Dienste sollten multiprofessionell für beraterische und psychotherapeutische Hilfen ausgestattet sein. Das ist in anderen Bereichen psychosozialer Versorgung seit langer Zeit üblich und hat sich bewährt.

Ich habe versucht, deutlich zu machen, daß seelische Verletzungen im Jugendhilfebereich häufig genug vorkommen, was aber nicht gleichbedeutend ist mit seelischer Behinderung. Bei rechtzeitiger Hilfe können Krankheiten und seelische Behinderungen verhindert werden. Die Jugendhilfe trägt zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Verletzungen bei, wenn sie als Verschiebehahnhof besonders schwieriger Kinder fungiert. Das ist auch dann der Fall, wenn schlechte Kooperation und ein Mangel an Verständigungen zwischen den Institutionen Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Jugendgerichtshilfe besteht. Dies kann sogar zu weiteren Beziehungsabbrüchen führen.

Mit der Teilnahme von Kinderpsychiatern und psychotherapeutischen Fachkräften an Erziehungskonferenzen zur Hilfeplanung ist die Chance gegeben, nicht nur über Akten wegen neuer Hilfsmaßnahmen zu kommunizieren. Vielmehr muß das dazu führen, daß gemeinsam Verantwortung übernommen wird.

Es gibt eine Diskrepanz zwischen der Ausstattung mit gut bezahlten Fachleuten im Bereich der stationären Jugendhilfe und der stationären Jugendpsychiatrie. Der Unterschied ist nicht gerechtfertigt (Köttgen 1994). Im Rahmen der stationären Jugendhilfe ist nahezu bei jedem Kind eine schwere seelische Verletzung vorausgegangen.

Die Jugendhilfe benötigt Fachleute, die sich neben den klinischen oder den klassischen, psychotherapeutisch anerkannten Methoden Erfahrungen mit dem Jugendhilfeklientel angeeignet haben; möglichst mit beiden Systemen, mit der Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe. Dazu gehören Kenntnisse früher Störungen bei Kindern und Jugendlichen, deren Auswirkungen, die Fähigkeit, Verhaltensweisen zu übersetzen und zu deuten, aber auch Kenntnisse der institutionellen Bedingungen; Fähigkeiten zur Zusammenarbeit mit Mitarbeitern unterschiedlicher Systeme sowie das Motivieren von nicht therapiewilligem Klientel.

Jugendhilfe benötigt einen Um- und Ausbau in folgender Weise:

Nötig sind beraterische und therapeutische Teams, die multiprofessionell zusammengesetzt sind und nicht von einer Berufsgruppe dominiert werden. Diese sollen für Krisenintervention, Multiplikatorenarbeit mit Erziehern und anderen Betreuungsteams, für Supervisionen der Mitarbeiter sowie für die Beteiligung an der Entwicklung von Jugendhilfekzepten zuständig sein. Sie hätten die Aufgabe, sich an Fall- und Erziehungskonferenzen zu beteiligen, sich in Elternarbeit - Trennungsarbeit - zu schulen und sich gegebenenfalls an den Lebensort des Kindes zu begeben, um so das Umfeld dieses Kindes in den Hilfeprozeß besser einbringen zu können.

Voraussetzungen für die Hilfe

Bei der Fort- und Weiterbildung ist zu beachten, daß Inhalte, die für die oben beschriebene Arbeit vermittelt werden können, erst entwickelt werden müssen. Dazu bedarf es einer Zusammenarbeit mit Fach- und Hochschulen. Die Entwicklung solcher Fort- und Weiterbildungsinhalte sollte durch erfahrene Fachkräfte aus der Jugendhilfepraxis erfolgen. Wir brauchen Curricula, Seminare, Falldarstellungen und Tagungen zu speziellen Themen.

Notwendig erscheint eine verstärkte Forschungsarbeit. Diagnostikkriterien seelischer Störungen im Jugendhilfebereich sollten vor allem von Fachleuten, die im Rahmen der Jugendhilfe arbeiten, entwickelt werden. Die klinische psychiatrische Forschung ist für die Jugendhilfe wenig hilfreich. Es fehlt an Langzeituntersuchungen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im System der Jugendhilfe. Ebenso wichtig ist die Erforschung erfolgreicher Beratungs- und Betreuungsarbeit. Zudem brauchen wir eine Verbundforschung, die die projektorientierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und Fachrichtungen zum Gegenstand hat (siehe auch Positionspapier Jugendhilfe/Jugendpsychiatrie 1991).

Umstrukturierung und Umbau im Versorgungssystem

Bedarf besteht an einer besseren Koordination der vorhandenen Dienste, insbesondere der Erziehungsberatungsstellen, der jugendpsychiatrischen Dienste und der Schülerhilfen. Es fehlt generell eine stärkere Verpflichtung zu einer engen Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten und den Jugendämtern.

Die Dienste für Kinder und Jugendliche im ambulanten Bereich sollten auf die „Komm-Struktur“, auf das Prinzip der Freiwilligkeit und auf eine Therapiemotivation verzichten. Die Fachleute in diesen Diensten sollten vielmehr flexible Formen des Zugangs und der Motivationsförderung für dieses Klientel entwickeln; Geh-Struktur, Multiplikatorenarbeit, Kooperation mit den Regeleinrichtungen für Kinder und Jugendliche wie Schule, Kindergärten und Freizeitstätten.

Versorgungsverpflichtung und Kooperationsverträge

In Hamburg erleben wir immer wieder, daß insbesondere das Jugendhilfeklientel in Krisensituationen von den Jugendpsychiatrien abgelehnt wird. Dabei wird deutlich, daß Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ganz dringend eine Versorgungsverpflichtung und gleichrangige Kooperationsverträge benötigen. Jede Region sollte mit einer kleinen stationären Einrichtung versorgt sein, die auch für Krisen des Jugendhilfeklientels zuständig ist. Weiterhin sollte es eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der

Jugendhilfe in Form von Erziehungskonferenzen und Fallkonferenzen geben, sobald eine Psychatrieeinweisung erfolgt und klar ist, daß das jeweilige Kind nicht mehr zu Hause leben kann. Denn bleibt der Jugendhilfeträger, so bleibt dieser in der Verantwortung.

Methoden in der beraterischen, therapeutischen Arbeit der Jugendhilfe

Es geht künftig um die Interpretation des § 27 KJHG „Anspruch auf Hilfen zur Erziehung“ und darum, wie sich die Versorgungssysteme verpflichten, die Arbeit den Bedürfnissen ihres Klientels anzupassen, damit das Klientel sich nicht immer stärker den Methoden und Eingangsvoraussetzungen der Einrichtungen anpassen muß und „schwierige“ Kinder durch die Maschen des Hilfenetzes fallen.

Die Jugendhilfe braucht - anders als das mehr auf die Mittelschicht orientierte Versorgungsnetz - auch eigene Methoden, die vor allen Dingen ganzheitlich die Lebenswelt einbeziehen. Zu deren Unterstützung können psychodynamische, systemische, nonverbale, körperorientierte Sichtweisen sehr hilfreich sein, sofern sie fachgerecht angewendet werden. Beratung und Therapie im Rahmen der Jugendhilfe sollten in der Lage sein, das Lebensumfeld sowie die Bezugspersonen zu stützen. Das können auch kurzfristige oder längerfristige Therapien für einen Erzieher, für ein Kind, für einen Jugendlichen oder für eine Person aus dem Bezugfeld sein. Die vorhandenen Dienste im Rahmen der Jugendhilfe können diesen Bedarf bei weitem nicht abdecken. Und die vorhandenen niedergelassenen Therapeuten sind für dieses Klientel nicht speziell ausgebildet.

Zur Bewertung des § 35a KJHG

Der § 35a in seiner Neufassung des SGB VIII widerspricht seinem eigenen Anspruch auf ganzheitliche Hilfe, wenn damit Eingliederungshilfe von pädagogischen Leistungen getrennt wird (Cobus-Schwertner 1995). Eine Zuordnung zum Personenkreis der „seelisch Behinderten“ sollte vermieden werden. Es sollen keine neuen Spezialeinrichtungen geschaffen werden, zumal die §§ 27 ff. und der § 34 SGB VIII hinreichende und das Jugendamt verpflichtende Rechtsgrundlagen auch für therapeutische Hilfen darstellen.

Diese Grundeinstellung ist besonders vor dem Hintergrund der Sparmaßnahmen zu beachten, da sonst die Diagnose „seelische Behinderung“ zur Finanzierung wichtiger Hilfeplanungen dient. Entsprechende Anträge liegen beispielsweise den jugendpsychiatrischen und -psychologischen Diensten des Amtes für Jugend in Hamburg bereits vor.

Der § 35a sollte - wenn er denn nun besteht - dazu dienen, die Jugendhilfe insgesamt angemessen mit qualifiziertem Personal auszustatten. Dazu gehören Fachleute, die Erfahrungen mit der Problematik des Klientels haben, für das die Jugendhilfe zuständig ist.

Der § 35a sollte keineswegs die Funktion erhalten, einzelne Kinder zu „Behinderten“ zu stempeln, um Hilfen zu finanzieren, für die auch auf der Basis der §§ 27 bis 34 KJHG ein Rechtsanspruch besteht. Langfristig sollte ohnehin die „große rechtliche Lösung“ angestrebt und gesetzlich verankert werden. Denn jedes Kind ist in erster Linie Kind und braucht für seine Entwicklung die dazu nötige Förderung im Rahmen der Jugendhilfe beziehungsweise seiner Familie.

Der § 35a wirft eine Menge Fragen auf, die nach wie vor ungelöst sind. Vor allen Dingen hat der Gesetzgeber durch die Unterscheidung im § 10 KJHG zwischen „seelischer“ gegenüber „körperlicher und geistiger Behinderung“ bei Kindern und Jugendlichen viele neue Abgrenzungsprobleme geschaffen, die fachlich nicht gewollt sein konnten.

Literatur

AFET: „Empfehlungen zum Umgang mit § 35a KJHG“, Mitgliederrundbrief 2/94.

Bleuler, M.: „Die schizophrene Geisteskrankheit im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten“, Thieme Verlag, Stuttgart 1972.

Bleuler, M.: „Schizophrenie als besondere Entwicklung“, in: „Neue Praxis braucht neue Theorien“ Jakob von Hodis Verlag, Gütersloh 1987.

Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit: „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Bereich“, Bonn 1988.

Ciampi, L., Müller, Ch.: „Lebensweg und -alter der Schizophrenen“, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1976.

Cobus-Schwertner, I.: „Brauchen wir den § 35a SGB VIII?“, Jugendamt II/95.

Deutscher Bildungsrat: „Empfehlungen zur Bildungskommission zur pädagogischen Förderung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“, Stuttgart 1974.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV): „Verschiebebahnhof Jugendhilfe?“, Tagungsdokumentation, Düsseldorf 1988.

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

Gintzel, U.; Schone, R.: „Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie“, Votum Verlag, Münster 1990.

Institut für Soziale Arbeit e. V.: „Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie“, Votum Verlag, Münster 1989.
Jugend- und Gesundheitsminister-Konferenz: „Gemeinsames Positionspapier Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“, 1991.

Köttgen, Ch.: „Ist die kindliche Seele unendlich teilbar?“, in: Gintzel, U.; Schone, R. (Hrsg.): „Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie“, Votum Verlag, Münster 1990.

Köttgen Ch.; Kretzger, D.; Richter, S.: „Aus dem Rahmen fallen“, Psychiatrie- Verlag, Bonn 1990.

Köttgen, Ch.: „Psychiatisierung verhindern“, Spektrum Nr. 6, 1988, Leberbriefreaktionen im Spektrum, 1989, Heft 1 - 3.

Lemmp, R.: „ Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. § 35a SGB VIII“, Boorberg Verlag, Stuttgart 1994.

Ministerium für Bildung, Jugend, Sport des Landes Brandenburg: „Empfehlungen zum Verhältnis der Hilfen zur Erziehung zu den Eingliederungshilfen gemäß § 35a SGB VIII“, Potsdam 1995.

Wolf, K.: „Zusammenwirken von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie“, Evangelischer Erziehungsverband (EREV), Nr. 3/90.

Wolf, R.: „Gewalt in der Familie“, in: Feldmann-Bange, G. (Hrsg.) „Gewalt und Erziehung“, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1986.

Einbeziehung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe - Last oder neue Herausforderung für die Jugendämter?

DR. INGE COBUS-SCHWERTNER

Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam

Ich versuche jetzt, die vielfach geäußerten Harmoniewünsche ein wenig zu behindern und der jugendpsychiatrischen Sichtweise von Herrn Dr. Fegert eine kritische Alternative entgegenzusetzen. Mein Thema ist es, aus meinen Erfahrungen darüber zu urteilen, ob und wie die Jugendhilfe die neue Aufgabe bewältigen kann und auch muß.

1. Zuordnung zur Jugendhilfe, Vor- und Nachteile, Grenzen

Lange wurde über die Neuordnung der Zuständigkeit für behinderte Kinder und Jugendliche debattiert. Die Jugendhilfe hatte immer wieder ihre Zuständigkeit für alle Minderjährigen eingefordert und gegen den Ausschluß behinderter Kinder aus ihrem Zuständigkeitsbereich argumentiert, weil Sozialisations- und Erziehungsaufgaben auch bei der Hilfe für behinderte Kinder und Jugendliche dominieren und diesem Ansatz in der derzeitigen Zuordnung nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann.

Die Jugendhilfe orientiert sich in ihren Hilfeformen an der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen. Dies muß auch für Kinder mit Behinderungen gelten, denn auch behinderte Kinder sind in erster Linie Kinder und als solche so normal wie möglich zu behandeln, zu erziehen und zu fördern.

Die Diskussion um die Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen ist mit der Verabschiedung des SGB VIII (§ 10) entschieden, in welchem der Gesetzgeber die Zuordnung der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen zum SGB VIII vorgenommen hat. Auch aus der Sicht vieler Jugendhilfefachleute ist dies nur ein erster Schritt zur Anerkennung der Tatsache, daß Kinder, ob sie behindert sind oder nicht, zum Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe gehören. Es ist notwendig, hierüber weiterhin zu diskutieren, damit alle Hilfen für behinderte Kinder

und Jugendliche im Rahmen der fachlichen Orientierungen der Jugendhilfe und ihren pädagogischen Erkenntnissen gegeben werden können.

Positiv ist, daß mit der Neuordnung der Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder nunmehr im Einzelfall nicht mehr eine Trennlinie gezogen werden muß zwischen verhaltensauffälligen und in der seelischen Entwicklung gefährdeten Kindern - bisher in der Zuständigkeit der Jugendhilfe - und den wesentlich behinderten Kindern - bisher in der Zuständigkeit der Sozialhilfe.

2. Die Novellierung - wie und warum?

Über die Neuordnung der Zuständigkeit wurde heute im Plenum schon recht viel gesagt. Deshalb beschränke ich mich vor allem auf das, was mir an der Novellierung wichtig erscheint. Vorausschicken möchte ich, daß all die grundsätzlichen Probleme, die ich im folgenden benennen werde, in Deutschland systemhistorisch gleichermaßen entwickelt sind. Das bedeutet, kein anderes europäisches Land hatte für die Problemlösungen eine Alternative, die besser funktionierte als in Deutschland. Unterschiede hat es in der Praxis natürlich gegeben, vorwiegend bei der Finanzierung von Hilfen.

Das noch recht junge Kinder- und Jugendhilfegesetz hat bereits sehr früh eine Novellierung erfahren. Nachdem zuerst die Zuordnung der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen in § 27 Abs. 4 vorgenommen worden war, hat der Gesetzgeber mit der Novellierung die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendhilfe in einem selbständigen Leistungstatbestand in dem § 35a geregelt.

In der ersten Fassung des SGB VIII wurden die Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder als Teil der Hilfen zur Erziehung betrachtet. Man ging davon aus, daß der Hilfebedarf für die seelisch behinderten Kinder über das differenzierte Instrumentarium der Hilfe zur Erziehung ausreichend erfüllt werden könne.¹ Diese Sichtweise veränderte sich mit der Novellierung. Nun wurde argumentiert, daß mit der vorherigen Fassung seelisch

¹ Diesem Gedanken entsprach die gesetzliche Regelung in § 10 und in § 27, 4 SGB VIII, nach der Hilfen zur Erziehung auch die Maßnahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 40 BSHG umfaßten.

behinderte Kinder und Jugendliche ohne Anspruch auf Hilfe zur Erziehung keine Leistungen in Anspruch hätten nehmen können. Das heißt, der § 35a Absatz 1, Satz 2, SGB VIII geht jetzt davon aus, daß es auch Hilfen nach diesem Paragraphen gibt, die unabhängig von einer Hilfe zur Erziehung geleistet werden. Dr. Charlotte Köttgen hat bereits darauf hingewiesen, daß es im Rahmen der Neuregelung sicherlich auch von Bedeutung war, daß mit dem neu geschaffenen § 35a SGB VIII der Besorgnis der Einrichtungsträger Rechnung getragen wurde, die Plätze auf der Basis des § 40 BSHG vorhielten und die nun um ihre Weiterfinanzierung nach den Regelungen der Jugendhilfe bangten.

3. Probleme bei der Novellierung

Die Novellierung beschert uns Probleme, die die Jugendhilfe erheblich herausfordern:

a) Die Abtrennung der Hilfe nach § 35a SGB VIII von der Hilfe zur Erziehung suggeriert, daß pädagogische und therapeutische Hilfen für Kinder fachlich und methodisch voneinander abgegrenzt werden könnten. Die Jugendhilfe muß grundsätzlich einen ganzheitlichen Hilfeansatz garantieren.² Dies wird nicht mehr möglich, wenn der Anspruch auf Eingliederungshilfe von pädagogischen Maßnahmen der Hilfe zur Erziehung abgegrenzt wird. Insofern bedaure ich, daß es nicht bei der Vorschrift des § 27 Abs. 4 SGB VIII vor der Novellierung blieb. Meines Erachtens wurde damit ausreichend sichergestellt, daß der Maßnahmenkatalog des § 40 BSHG in Verbindung mit der Verordnung nach § 47 BSHG auch für diese Kinder und Jugendlichen als Leistung der Jugendhilfe erhalten bleibt (siehe dazu auch BT-Ds. 11/5948 S.69). Insofern ordne ich mich der Jugendhilfe - Fraktion zu, die sich gegen eine Überhöhung des Etiketts „seelische Behinderung“ ausspricht.

b) Der § 35a SGB VIII zieht die Frage nach sich, ob wir besondere Einrichtungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche benötigen. Dies ist auf jeden Fall zu vermeiden. Sondereinrichtungen zur Rehabilitation und

² So betont zum Beispiel auch das gemeinsame Positionspapier der Jugendministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz der Sitzung im Juni 1991 in Mainz sowie im November 1990 den Auftrag der Jugendhilfe, einen ganzheitlichen Hilfeansatz zu garantieren.

Therapie seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher, wie sie nach den Formulierungen des § 35a SGB VIII konzipiert werden könnten, nützen den betroffenen Minderjährigen nicht. Schwierige und subjektiv geprägte Definitionsleistungen müßten jeder Rehabilitation und Therapie vorausgehen und zugleich könnte auch dem psychosozialen Grundsatz der Normalisierung nicht Rechnung getragen werden.

4. Definitions- und Zuordnungsprobleme

Die Zuordnung von Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Verhaltensweisen zum Personenkreis der seelisch Behinderten ist außerordentlich schwierig. Wir stehen vor einem grundsätzlichen Problem aus Sicht der Jugendhilfe: Es gibt keinen allgemeingültigen Begriff der seelischen Behinderung. Jede Fachdisziplin nähert sich dem Begriff der Behinderung aus einem anderen Blickwinkel und entwickelt für seine Beschreibung eine eigene Begrifflichkeit. Drei wesentliche Betrachtungsperspektiven will ich kurz skizzieren:

a) Die medizinische Perspektive

Die Medizin hat die längste Tradition und wird am häufigsten in der Praxis für die Beschreibung von seelischer Krankheit und Behinderung herangezogen. Seelische Krankheit und Behinderung sind traditionell in der Zuständigkeit der medizinisch-psychiatrischen Institutionen und fallen bezüglich vieler Hilfeformen unter die Eingliederungshilfeverordnung. In der Folge davon ist beispielsweise in der psychosozialen Versorgung die vorherrschende Perspektive auch am medizinischen Modell von Normalität und Abweichung orientiert. Das heißt:

- Anatomie und Pathologie sind die Grundlage für die Beurteilung abweichenden Verhaltens.
- Krankheit und Gesundheit erscheinen danach als naturgegebene Maßstäbe unabhängig von sozialen und kulturellen Normen.
- Die Organisation der Versorgung ist individuums- und diagnoseorientiert.
- Jede Krankheit erzeugt sichtbare Zeichen, Symptome, die sich zu Syndromen zusammenfassen lassen.

Man spricht hier vom medizinischen Paradigma. Dieses medizinische Paradigma skizziert ganz wesentliche Orientierungsdifferenzen zwischen den Hilfesystemen und den Berufsgruppen in der Jugendhilfe. Es ist ein eigener „ganzheitlicher“ Zugriff des medizinischen Denkens, welches keine Entsprechung in der Jugendhilfe hat.

Die Diagnose hat grundsätzlich einen hohen Stellenwert in allen medizinischen Disziplinen und in der Jugendhilfe, weil ihr in der Regel unterstellt wird, sie ziehe automatisch die richtige Therapie nach sich. Eine Übertragung des somatischen Ansatzes der allgemeinen Medizin auf die Jugendhilfe ist jedoch nicht möglich. Aber auch der Krankheitsbegriff der Psychiatrie ist für die Erklärung abweichenden Verhaltens bei Kindern untauglich. Die psychiatrischen Diagnosen werden bei Kindern und Jugendlichen meistens nach dem Muster der Erwachsenenpsychiatrie erstellt und können die besonderen Probleme der Minderjährigen nicht erfassen.

Diese Erkenntnis ist nun nicht der Jugendhilfe oder den Sozialwissenschaften allein geschuldet, sondern sie gilt auch unter Kinder- und Jugendpsychiatern längst als abgesichertes Wissen. Dr. Charlotte Köttgen hat dies als Psychiaterin gerade auch deutlich gemacht. Daß trotzdem diese Diagnosen noch angewendet werden, liegt vor allem daran, daß nur über die Diagnosen die Krankenkassenfinanzierung oder die des Sozialhilfeträgers erreicht wurde. Damit wurden die Hilfen für das betroffene Kind erst finanzierbar. Die ökonomische Basis der Behandlungsinstitution konnte so gesichert werden. Dem betroffenen Kind aber nutzen derartige Diagnosen - auch der Diagnosenstreit selbst - überhaupt nichts.

b) Die Perspektive der Eingliederungshilfeverordnung

Die Perspektive der Eingliederungshilfeverordnung lehnt eng an die medizinische Perspektive an. Die Eingliederungshilfeverordnung ist an Erwachsenen ausgerichtet und paßt auf Kinder und Jugendliche nicht. Keine Behinderung im Kindes- und Jugendalter läßt sich ausschließlich auf einen Funktionsbereich festlegen. Der Behinderungsbegriff entzieht sich zudem jeder abgrenzenden Definition. Die Feststellung einer Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung geht von der Voraussetzung aus, daß der Zustand der Behinderung bereits verfestigt ist. Dies ist ja aufgrund der

dynamischen und entwicklungs-offenen Situation bei Kindern und Jugendlichen nicht vorzusetzen. Hier besteht auch ein deutlicher Unterschied zwischen der Feststellung einer körperlichen oder geistigen Behinderung zur seelischen Behinderung.

Der Kinder- und Jugendpsychiater Lempp spricht davon, daß es bei Kindern nicht um Rehabilitation, sondern um Habilitation, das heißt um den Erwerb von Fähigkeiten und nicht um den Wiedererwerb von Fähigkeiten gehe. Dr. Charlotte Köttgen hat ganz zu Recht darauf hingewiesen, daß seelische Verletzungen nicht gleichzusetzen sind mit seelischen Behinderungen. Und ihre Darstellung der sozialen und familiären Bedingungen, die seelisch verletzen, ist sehr überzeugend.

Hinzu kommt, daß aus juristischer Sicht davon gesprochen wird, daß eine Behinderung, bei der das Übergewicht der zu ergreifenden Maßnahmen auf dem erzieherischen Gebiet liegt, auch keine Rehabilitationsmaßnahme auslöst. Diese erzieherischen Maßnahmen der Jugendhilfe gehen dann als speziellere und weiterreichende Vorschrift aus Sicht des Gesetzgebers vor.

Die Definition der seelischen Behinderung als anspruchsbegründender Leistungsfiler und als diagnostische Zuordnung ist stets sehr kritisch zu betrachten. Da der Begriff der seelischen Behinderung als diagnostische Zuordnung auch an der Definition der Eingliederungshilfeverordnung entsprechend des medizinischen Denkmodells ausgerichtet ist, bei Minderjährigen Entwicklungs- und Erziehungsaspekte aber eine zentrale Bedeutung haben und von der Verfestigung eines Zustandes als Voraussetzung für die Feststellung einer Behinderung nicht ausgegangen werden kann, ist diese Art der Leistungsbegründung in der Jugendhilfe ein fachliches Unding.

c) Das normative Paradigma

Eine andere Perspektive bei der fachlichen Auseinandersetzung mit seelischer Behinderung ist das normative Paradigma. Danach zeigt sich das, was wir als seelische Behinderung bezeichnen, als Form abweichenden Verhaltens. Gerade die Probleme, die uns die Kinder und Jugendlichen machen und die sie haben, sind Formen abweichenden Verhaltens. Dem medizinischen Krankheitsbegriff wird ein soziologischer Begriff von Regelverletzung und Verhal-

tensabweichung entgegengesetzt. Es ist das besondere Verdienst dieses Ansatzes, daß die normative Struktur und die Kontrollinstanzen in die Erklärung abweichenden Verhaltens einbezogen werden.

Auf der Basis dieses Ansatzes ist abweichendes Verhalten erst auf der Basis legitimer und durchsetzbarer Normen als konform oder abweichend zu bezeichnen. Die Klassifikation eines Verhaltens als abweichend wird als Produkt eines gesellschaftlichen Definitions- und Zuschreibungsprozesses betrachtet; als Ergebnis der Anwendung von Regeln durch Personen und Institutionen, die mit Macht ausgestattet sind. Dieser theoretische Ansatz hat für die kritische Analyse der Tätigkeit von Institutionen und für die Einschätzung abweichenden Verhaltens wichtige Ansatzpunkte zur Verfügung gestellt und psychische Devianz als soziales Problem erkennbar gemacht.

Diagnosen sind aus dieser Perspektive ein Etikett, das Menschen mit abweichendem Verhalten, die sich den vorherrschenden Normen der Gesellschaft nicht einfügen, die sich ihnen nicht anpassen können oder wollen, angeheftet wird, um ihre Ausgrenzung und Behandlung oder Verwahrung in besonderen Einrichtungen zu rechtfertigen. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, daß diagnostische Etiketten zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen werden.

Am drastischsten wurde die geringe Reliabilität und Validität der psychiatrischen Klassifikationssysteme dadurch belegt, daß im Rahmen von Forschungsvorhaben Pseudopatienten in psychiatrische Kliniken eingeschleust wurden, die dann vom Fachpersonal nicht von den Kranken unterschieden werden konnten (siehe auch Szasz, T. S., „Geisteskrankheit - ein moderner Mythos?“, Olten Verlag, Freiburg 1997).

Aus soziologischen und sozialmedizinischen Forschungen wissen wir, daß eine medizinisch-psychiatrische Diagnose die erheblichen psychischen Beschädigungen, die aus der materiellen und sozialen Deprivation resultieren, nur unzureichend erfaßt. Aus dieser Sichtweise werden soziale und ökonomische Faktoren, die zu sozial unerwünschtem Verhalten führen, nicht wahrgenommen.

Der Rückgriff auf ein an der medizinischen Sichtweise ausgerichtetes Verständnis von seelischer Behinderung verstellt uns damit den Blick auf die sozialen Zusammenhänge von abweichendem Verhalten. Das heißt, wenn wir

abweichendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit einer medizinischen Diagnose begrifflich fassen, wird der soziale Kontext der Entstehung der Verhaltensweisen nicht mehr ausreichend betrachtet.

Mit diesem Problem müßten sich Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Jugendpsychologie gleichermaßen auseinandersetzen, denn zwischen Therapie und Erziehung gibt es keine scharfe Abgrenzung, und es ist kein grundsätzlicher Unterschied im Handeln sichtbar. Längst benutzen zur Bezeichnung devianter Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen nicht nur Mediziner, sondern auch Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Erzieher sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Sprache, die mit Begriffen der Psychiatrie und Medizin durchsetzt ist.

Heute hat sich der pädagogische Bereich stark ausdifferenziert, und er hat sich unterschiedlichsten therapeutischen Ansätzen theoretisch und praktisch geöffnet. Pointiert formuliert läßt sich von einer Therapeutisierung der Pädagogik sprechen (vgl. Speck 1984). Institutionen der Jugendhilfe holen häufig psychologische Gutachten ein und vermitteln die Einweisung in psychiatrische Kliniken zur Begutachtung, Diagnostik und Behandlung (vgl. Peters 1979).

Aber es darf nicht übersehen werden, daß mit der Öffnung der Jugendhilfe in die benachbarten Disziplinen Medizin und Psychiatrie sich auch die Chance eröffnet hat, in multiprofessioneller Zusammenarbeit die jeweils beste Hilfe auch für das seelisch behinderte Kind zu finden. Die therapeutische Kompetenz innerhalb der Jugendhilfe ist und bleibt - trotz aller Kritik an der medizinisch eingeeengten Betrachtungsweise - eine wichtige Grundlage für die Gestaltung ganzheitlicher Hilfeangebote für diesen Personenkreis.

5. Schlußfolgerungen zum Problem der Diagnostik

Angesichts der erheblichen Probleme bei der Diagnostik müssen wir uns fragen, ob eine Zurodnung zum Personenkreis des § 35a SGB VIII überhaupt erforderlich ist, um dem Kind und seiner Familie die notwendigen Hilfen zu geben. Mir erscheint der § 35 SGB VIII verzichtbar, weil selbst etablierte Kinderpsychiater - zum Beispiel Prof. Dr. Lempp - bei Hilfen für Kinder mit psychiatrischen Problemen im wesentlichen auf die §§ 28 bis 36 SGB VIII

verweisen. Ich teile die Ansicht Dr. Reinhard Wiesners nicht, daß damit Ansprüche auf Hilfeformen und Möglichkeiten leichtfertig aufgegeben werden und aufgrund von Sparzwängen den Kämmerern quasi ohne Not in den Rachen geworfen werden.

Die Hilfen des SGB VIII stellen den gesamten Rahmen auch für Kinder mit seelischen Problemen und damit die verpflichtende Rechtsgrundlage bei der Ausgestaltung spezifischer therapeutischer und heilpädagogischer Maßnahmen dar. Der kontraproduktiven Wirkung von finanzierungsbegründender Etikettierung und ihrer individuell subjektiv verwendeten Form entspricht meine Beobachtung, daß sich manchmal Einrichtungsträger und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Jugendhilfeeinrichtungen dazu verleiten lassen, etikettierende und finanzierungsbegründende Begrifflichkeiten - hierzu gehört der Begriff der seelischen Behinderung - aus Zweckmäßigkeitsgründen einzusetzen, um die materielle Situation in den Einrichtungen zu verbessern. Ein Risiko, das gerade heute vor dem Hintergrund knapper öffentlicher Haushalte und zum Teil restriktiver Eingriffe in die Sozialhilfe sowie in die Jugendhilfeeats besonders zu beachten ist.

Die Jugendhilfe hat mit der Übertragung der Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Verantwortung dafür übernommen, daß unter ihrer Federführung die erforderlichen Fachleute anderer - psychologischer, psychiatrischer, heilpädagogischer und medizinischer - Disziplinen hinzugezogen werden. Sie kann und darf sich dabei nicht durch die Delegation des Problems in einen anderen Fachbereich entlasten.

6. Das Problem der Entscheidung über die richtige Hilfe

Welche Antworten habe ich nun auf die konkreten Probleme? Eine ganz dominierende Frage ist die der Diagnostik der seelischen Behinderung und der Entscheidung über die richtige Hilfe.

Es gibt gegenwärtig keine Möglichkeit, seelische Behinderungen einfach und klar zu bestimmen. Warum dies so ist, habe ich in meinen bisherigen Ausführungen zu erläutern versucht. Hinter dem Begriff der seelischen Behinderung verbergen sich eine Vielzahl von Auffälligkeiten, die immer schon auch ein Merkmal der Kinder und Jugendlichen sind, um die sich die

Jugendhilfe mit ihren vielfältigen Hilfe-, Betreuungs- und Förderangeboten kümmert.³

Wenn Entscheidungen über die notwendigen Hilfen für Kinder zu treffen sind, sollte man nicht vergessen, daß die gleichen Probleme und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen je nach Fachdisziplin unterschiedlich benannt werden. Wenn dabei die Sozialpädagogen eher von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen sprechen, ärztliche und psychiatrische Fachkräfte Begriffe wie neurotische Störung oder Störung der Persönlichkeitsentwicklung benutzen, wird nur um so mehr deutlich, daß allein durch die Verwendung eines entsprechenden Begriffes innerhalb der Jugendhilfe die Entscheidung über die erforderliche Hilfe nicht einfacher wird.

Vor dem Hintergrund der hohen Stigmatisierungswirkung des § 35a SGB VIII wird die explizite Zuordnung zum Personenkreis der seelisch Behinderten höchst sensibel einzusetzen sein, zumal der § 27 ff. SGB VIII eine hinreichende und das Jugendamt verpflichtende Rechtsgrundlage auch für therapeutische und heilpädagogische Hilfen darstellen. In diesem Rahmen werden dann auch fachlich richtige und notwendige Hilfen für seelische behinderte Minderjährige unter Einbeziehung der Eltern, des sozialen Umfeldes und der Verpflichtung zur Erstellung eines Hilfeplanes vorzunehmen sein.

Einige Bundesländer haben sich bereits darum bemüht, Empfehlungen für die Abgrenzung der Zuständigkeitsfragen den Jugendämtern und begutachtenden Ärzten zur Verfügung zu stellen. Ich will hier nur einige Aspekte anführen, die meines Erachtens die schwierige Situation der Praktiker widerspiegeln.

In den meisten Richtlinien werden keine qualitativ neuen Hilfestellungen für den Umgang mit der neuen Aufgabe für die Jugendhilfefachleute zur Verfügung gestellt, sondern das traditionelle Denkmodell der Medizin und der Eingliederungshilfeverordnung wird zur Anwendung gebracht. Einzelne Auffälligkeiten und Abweichungen aus der normalen Entwicklung eines Kindes wie Lernbehinderung, Autismus, Eßstörungen, MCD und Teillei-

³ Juristisch gesehen wird für die Bestimmung des Personenkreises nach § 35a SGB VIII der § 39 BSHG sowie die §§ der Verordnung nach § 47 BSHG heranzuziehen sein. Insofern gelten zum Personenkreis alle Kinder und Jugendlichen, die bereits vor der Geltung des § 35a SGB VIII nach den §§ 39 BSHG ff. anspruchsberechtigt waren.

stungsstörungen werden eindeutig der Jugendhilfe, der schulischen Förderung oder dem Sozialhilfeträger zugeordnet.

Die Ausschlußbereiche legen die Vermutung nahe, daß die Problemlage der unklaren Begrifflichkeiten und das Risiko jedweden Verhaltens als Ausdruck einer seelischen Behinderung sehr wohl bewußt ist und daß verhindert werden soll, daß es zu einer inflationären Verwendung des Etiketts der seelischen Behinderung mit gravierenden Kostenfolgen kommt. In Unsicherheit der gesamten Rezeption der neuen Aufgabe in der Jugendhilfe verzichtet man auf die eindeutige Abgrenzung und Kritik am und zum medizinischen Denkmodell. Gleichwohl wird in einigen Empfehlungen in eindeutiger Weise der Jugendhilfegedanke betont, so in der Empfehlung zum Verhältnis der Hilfen zur Erziehung zu den Eingliederungshilfen gemäß § 35a SGB VIII des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg vom 28. Februar 1995.

7. Braucht die Jugendhilfe besondere Einrichtungen?

Eine weitere Frage zielt darauf ab, ob wir innerhalb der Jugendhilfe besondere Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen benötigen? Ich bin der Meinung, daß nicht nur die diagnostische Zuordnung zum Personenkreis der seelisch Behinderten soweit wie möglich vermieden werden sollte, sondern es sollten auch keine speziellen Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche entwickelt werden.

Sondereinrichtungen zur Rehabilitation und Therapie seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher, wie sie nach den Formulierungen des § 35a SGB VIII konzipiert werden könnten, nützen den betroffenen Minderjährigen nicht. Dem Dilemma der subjektiven Definitionen zur Begründung der Hilfen ist nicht zu entkommen. Die Normalisierung wird erschwert.

Wenn bei verschiedenen psychiatrischen Erscheinungsbildern eine qualifizierte fachpsychiatrische Hilfe erforderlich ist, die dem medizinischen Kontext zuzuordnen ist, tritt eine Finanzierung durch Krankenkassenleistungen ein. Hier hat die Jugendhilfe gegenüber den kassenfinanzierten Leistungen einen Nachrang (siehe auch Prof. Dr. Lempp 1994).

Mit dem Verzicht auf besondere, spezialisierte Einrichtungen verbunden ist aber die Selbstverpflichtung der Träger der Jugendhilfe, in ihren Einrichtungen die Bedingungen zu schaffen, die die Betreuung und Förderung auch besonders schwieriger Kinder und Jugendlichen ermöglichen.

Dazu gehört ein differenziertes und bedarfsgerechtes ambulantes, teilstationäres und stationäres Jugendhilfeangebot, eine flexible Hilfeplanung und Hilfestaltung sowie die Öffnung für heil- und sonderpädagogische und therapeutische Ansätze im Rahmen der pädagogischen Arbeit in Jugendhilfeeinrichtungen.

8. Zur Frage der Entscheidung und der Kompetenz

Grundsätzlich gestaltet sich die Entscheidung über Hilfen nach § 35a SGB VIII genauso wie die Entscheidung über alle Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz. Es ist ein Hilfeplan zu erstellen. Über die Hilfe soll im Rahmen einer Beteiligung mehrerer Fachkräfte und unter Beteiligung des Betroffenen und seiner Erziehungsberechtigten entschieden werden. Dies alles muß unter der Verantwortung des Jugendamtes organisiert werden. Zuständig ist allein das örtliche Jugendamt.

Ich bin der Meinung, daß es im Prozeß der Problemanalyse und der Entscheidung über die erforderliche Hilfe hilfreich ist, wenn ein Arzt, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche verfügt, mitwirkt. Deshalb empfiehlt sich die enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst für Kinder und Jugendliche, bei besonderen Problemlagen auch die Mitwirkung eines niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Daß dabei das Jugendamt seine fachliche Kompetenz erweitern muß und besonders auf einen Ausgleich zwischen den fachspezifisch geprägten „blinden“ Flecken der einzelnen Fachdisziplinen schauen muß, liegt auf der Hand.

Wie Dr. Reinhard Wiesner sagt, muß das Jugendamt der Gutachtenfülle nicht hilflos ausgeliefert bleiben, sondern es hat eigene Gestaltungsmöglichkeiten, die es nutzen sollte.

Wer ist Antragsteller für eine Hilfe nach § 35a SGB VIII?

Zu beachten ist, daß es nach § 27 SGB VIII die Personensorgeberechtigten, bei Hilfen nach § 35 a SGB VIII die Kinder- und Jugendlichen selbst sind. Wichtig erscheinen mir unter diesem Aspekt die Ausführungen dazu in den Brandenburger Empfehlungen, die darauf hinweisen, daß diese Regelung für den Hilfeantrag selbst kaum Bedeutung hat.

Ich zitiere: „...da Kinder derartige Anträge nicht selbst stellen können und deshalb eine Leistung nach § 35a SGB VIII nur möglich ist, wenn die Personensorgeberechtigten sie beantragen. Für Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, besteht nach § 36 SGB I das Recht, die Eingliederungshilfeleistung selbst zu beantragen. Für die Praxis der Hilfestellung bei Jugendlichen dürfte dies allerdings kaum eine wesentliche Rolle spielen, da das Personensorgerecht der Eltern durch eine entsprechende Hilfestellung nicht eingeschränkt werden kann. Das heißt, daß eine Hilfe kaum gegen den Willen der Eltern durchgesetzt werden kann.“ (Empfehlungen zum Verhältnis der Hilfen zur Erziehung zu den Eingliederungshilfen gemäß § 35a SGB VIII, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Land Brandenburg, vom 28. Februar 1995, S. 5)

Ganz unmißverständlich wird auch festgestellt, daß Anträge von Einrichtungen zur Feststellung der Zugehörigkeit der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen zu diesem Personenkreis mit Hilfe von anderen Ämtern - zum Beispiel dem Gesundheitsamt - nicht rechtens sind.

Welche Qualifikationen brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes für die Entscheidung und für die Durchführung der Hilfen für seelisch behinderte Kinder?

Sozialpädagogische Fachkräfte, die Hilfen nach den §§ 27 ff. SGB VIII leisten, sollten über behinderungsspezifische Qualifikationen und Kompetenzen verfügen und befähigt werden, spezifische therapeutische und heilpädagogische Aspekte in ihre Arbeit einzuschließen. Die Jugendhilfefachkräfte brauchen Fähigkeiten zum vernetzten Arbeiten, zur selbstbewußten und selbstkritischen Fachlichkeit der eigenen wie auch anderen Professionen gegenüber. Unter Beachtung der vorhandenen Versorgungsstruktur sollte

geprüft werden, inwieweit neue Fachkompetenz durch die Einstellung von medizinischem und gegebenenfalls therapeutischem Personal im Jugendamt geschaffen werden sollten.

9. Allgemeine Schlußfolgerungen

Die Regelungen des § 35a SGB VIII ergänzen nicht die Jugendhilfe um ein ihr bislang fremdes Hilfeangebot, sondern sie beschreiben die Form der Hilfe so, wie sie die Jugendhilfe bereits in ihrem Leistungskatalog vorsieht und anbietet. Mit Recht, meine ich, denn zur Jugendhilfe gehört ein breit gefächertes System von beratenden und unterstützenden Leistungen für unterschiedliche Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Dazu gehören auch spezielle Hilfen für Minderjährige in Krisen und Krankheitssituationen sowie therapeutische Hilfen.

Für die Organisation der Hilfen und die Ausgestaltung des SGB VIII bedeutet dies zusammengefaßt in der Konsequenz folgendes:

- Das Jugendamt muß im Rahmen seiner Entscheidungskompetenz über Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes und über die Heranziehung von Fachkompetenz - einschließlich ärztlicher Unterstützung - die erforderlichen Hilfen organisieren. Bei der Diagnosefindung müssen im Einzelfall die erforderlichen Hilfen möglichst genau bestimmt werden. Eine expandierende Verwendung der Diagnose nach § 35a SGB VIII ist zu verhindern!
- Therapien müssen in Erziehungshilfemaßnahmen eingebettet werden beziehungsweise bleiben. Sie können die Erziehungshilfe nicht ersetzen, nur ergänzen.
- Bei der Hilfe sollen die pädagogischen Aspekte der Förderung des Kindes oder des Jugendlichen im Mittelpunkt stehen und den familiären und sozialen Kontext einbeziehen. Es sind alle Hilfen für Kinder in schwierigen Lebenssituationen auszuschöpfen, die das Kinder- und Jugendhilfegesetz vorsieht, vor allem §§ 27 ff. SGB VIII.
- Die Zuständigkeitsstreitigkeiten lassen sich nur beenden, wenn alle behinderten Kinder und Jugendlichen der Jugendhilfe zugeordnet werden. Dies würde auch die Handlungssicherheit der Experten im Interesse der Betroffenen erhöhen.

10. Last oder neue Herausforderung?

Last not least: Die Frage nach der Herausforderung oder nach der Last für die Jugendämter will ich so beantworten: Es ist beides! Die Herausforderung ist Ihnen allen schon sehr deutlich geworden. Dafür spricht die große Nachfrage nach solchen Veranstaltungen wie dieser Fachtagung. Dafür spricht, was sich zur Zeit in vielen Jugendämtern abspielt bezüglich der Bemühungen, mit der neuen Zuständigkeit fachlich vernünftig umzugehen. Eine Herausforderung besteht zusätzlich darin, für die Verbesserung der materiellen Ausstattung der Jugendämter zu kämpfen.

Eine Herausforderung ist die neue Fachlichkeit für das Jugendamt, weil aus dieser ein neues, verbessertes Selbstbewußtsein wachsen muß gegenüber den die Jugendhilfe ergänzenden Diensten. Der Maßstab ist und bleibt die Entscheidung über die notwendige Hilfe für ein Kind oder einen Jugendlichen.

Es ist zugleich eine Herausforderung, die besorgten Eltern zur Mitarbeit zu gewinnen und zur Teilhabe an sozialer und materieller Mitverantwortung für die Probleme ihres Kindes, zu einer Mitverantwortung auch für die Verhaltensweisen, mit denen Kinder und Jugendliche auf die negativen und belastenden Lebensumstände reagieren.

Eine Last ist die neue Verantwortung vor allem deshalb, weil die Jugendhilfe heute - Dr. Reinhard Wiesner hat das in seinem Referat sehr deutlich gemacht - mit Hoffnungen ausgesprochen überhäuft wird. Fehlentwicklungen, die seit nahezu einhundert Jahren andauern und die die Organisation der Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen betreffen, sind heute zu beheben und nicht erst in einhundert Jahren.

Nachrang der Jugendhilfe und das Verhältnis zu anderen Sozialleistungsträgern

SYBILLE RINGEL

*Stellvertretende Referatsleiterin im Landessozialamt
des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern*

Vorausschicken möchte ich, daß mich das Thema „Nachrang der Jugendhilfe“ zunächst verunsichert hat. Ist es doch die erste Pflicht des Sozialhilfeträgers, den Nachrang der Sozialhilfe durchzusetzen, und zwar auch gegenüber der Jugendhilfe. Den Jugendhilfeträger betrachten wir deshalb naturgemäß nicht unter dem Gesichtspunkt des Nachranges, sondern unter dem des Vorranges.

Auf den zweiten Blick war dann aber klar, daß es im Kontext dieser Veranstaltung nicht darum gehen kann, das Vorrang- und Nachrangverhältnis zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe zu problematisieren, sondern vielmehr darum, die Erfahrungen des Sozialhilfeträgers im Zusammenhang mit der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte Ihnen als mit dieser Aufgabe neu befaßten Jugendhilfeträgern zu vermitteln.

Durch das 1. Gesetz zur Änderung des SGB VIII vom 16. Februar 1993 (BGBL I S. 239) ist die Zuständigkeit der Jugendhilfe für die Gewährung von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche geschaffen worden. Sie ist unabhängig davon gegeben, ob gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten ist. Diese Zuständigkeitsverteilung sollte grundsätzlich zum 1. Januar 1995 in Kraft treten. Nach Artikel 11 KJHG konnten die Länder jedoch den Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Zuständigkeitsregelung landesgesetzlich abweichend regeln und auch bezüglich der Zuständigkeit für die Frühförderung abweichende Regelungen vorsehen.

Dies hat zur Folge, daß in verschiedenen Ländern schon vor dem 1. Januar 1995 die Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche besteht, so in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen und Thüringen. Die Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung wurde bisher in der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers belassen - in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und im Saarland.

Aufgaben der Eingliederungshilfe

Was beinhaltet nun die Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche? Um diese Frage beantworten zu können, bedarf es zunächst der Klärung, welche Aufgabe die Eingliederungshilfe zu erfüllen hat und welche Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte in Betracht kommen.

Nach § 35a Abs. 1 Satz 3 SGB VIII gelten für Aufgabe und Ziel der Hilfe, für die Bestimmung des Personenkreises sowie für die Art der Maßnahmen § 39 Absatz 3 und § 40 BSHG in Verbindung mit der Eingliederungshilfeverordnung - Verordnung nach § 47 BSHG -, soweit die einzelnen Vorschriften auf seelisch Behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden. Die wesentliche seelische Behinderung ist in § 3 der Eingliederungshilfeverordnung definiert. Seelisch wesentlich behindert sind danach Personen, bei denen infolge seelischer Störungen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.

Seelische Störungen, die eine Behinderung in diesem Sinne zur Folge haben können, sind

- körperlich nicht begründbare Psychosen,
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Von einer (seelischen) Behinderung bedroht sind nach § 5 der Eingliederungshilfeverordnung Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Der Anspruch setzt keine wesentliche seelische Behinderung voraus

Zu beachten ist, daß der Anspruch nach § 35a SGB VIII keine wesentliche seelische Behinderung voraussetzt. Der Jugendhilfeträger hat auch für nicht

wesentlich seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Eingliederungshilfe zu gewähren. Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 39 Absatz 3 ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Maßnahmen zur Erfüllung dieser Aufgabe sind in § 40 Absatz 1 BSHG beispielhaft und nicht abschließend aufgezählt.

Vertiefen möchte ich an dieser Stelle die Abgrenzung zwischen medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation für psychisch Kranke von solchen der sogenannten sozialen Rehabilitation. Hier dürften die größten Abgrenzungsprobleme entstehen, vor allem im Hinblick auf den Nachrang, denn ebenso wie der Sozialhilfeträger muß die Jugendhilfe nach § 10 SGB VIII nur leisten, wenn kein anderer Sozialleistungsträger zur Leistung verpflichtet ist.

Entgegen einer verbreiteten Meinung bedeutet Nachrang des Jugendhilfe- oder des Sozialhilfeträgers nicht, daß diese schon eintreten müssen, wenn ein vorrangiger Leistungsträger eine von ihm geschuldete Leistung nicht erbringt, weil er zum Beispiel ein entsprechendes Angebot (noch) nicht geschaffen hat. Nach § 17 SGB I sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß unter anderem die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

Die medizinische Versorgung psychisch kranker Versicherter gehört einschließlich der Rehabilitation auch zum Leistungskatalog der Krankenkassen nach §§ 27 ff. SGB V. Der diesbezügliche Versorgungsauftrag des Rentenversicherungsträgers spielt gegenüber psychisch kranken Kindern und Jugendlichen keine wesentliche Rolle.

Probleme im Rehabilitationsbereich

Während die Situation der psychisch Kranken und Behinderten im Bereich der stationären Akutversorgung durch die Krankenkassen vertretbar erscheint, gibt es erhebliche Versorgungsprobleme und Finanzierungslücken im ambulanten und stationären Rehabilitationsbereich. Dies liegt daran, daß die Krankenkassen als häufig in Betracht kommende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsprozeß bei psychisch Kranken beschränkt auf eine lediglich

medizinische Akutversorgung ansehen und den psychisch Kranken im übrigen im Rahmen einer sogenannten „sozialen Rehabilitation“ dem Sozialhilfeträger und nun auch dem Jugendhilfeträger überantworten.

Dabei wird verkannt, daß psychisch bedingte Störungen einer anderen Behandlung bedürfen als körperliche Leiden. Psychische Krankheiten und Behinderungen können nicht mit den Mitteln der ärztlichen Medizin allein bewältigt werden. Nirgendwo sonst ist es wichtiger, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Psychologen mit einzubeziehen, das heißt ein multiprofessionelles Team zur Verfügung zu stellen, das den psychisch Kranken nicht isoliert, sondern auch in seinen Umweltbezügen behandelt.

Obwohl zum Beispiel die Krankenversicherung nach § 27 SGB V verpflichtet ist, den Besonderheiten psychischer Krankheiten Rechnung zu tragen, wehrt sie sich gegen die Ausweitung des Therapiebegriffes im eben beschriebenen Sinne.

Dies ist schon rein wirtschaftlich unverständlich. Denn Tatsache ist, daß durch intensive Vorsorge und Nachbetreuung stationäre Aufenthalte verhindert oder verkürzt werden können und vor allem, daß die Rückfallgefahr erheblich vermindert werden kann und damit erhebliche Kosten erspart werden können.

Die Gesetzeslage rechtfertigt eine umfassendere Zuständigkeit

Aber nicht nur wirtschaftliche Gesichtspunkte sprechen gegen eine Beschränkung des medizinischen Therapiebegriffes. Auch die Gesetzeslage rechtfertigt eine sehr viel umfassendere Zuständigkeit insbesondere des Krankenversicherungsträgers, als dieser dies wahrhaben will.

Nach § 1 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Reha AnglG), das sich an alle Rehabilitationsträger ausschließlich der Sozialhilfe und der Jugendhilfe richtet, sind unter anderem die Krankenversicherungsträger verpflichtet, die medizinischen Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation im Sinne dieses Gesetzes darauf auszurichten, unter anderem seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Schon hieraus ergibt sich, daß auch medizinische

Maßnahmen gesellschaftliche Aspekte berücksichtigen dürfen und müssen und daß die gesellschaftliche Eingliederung auch Aufgabe der Träger der medizinischen Rehabilitation ist. Nach § 10 Reha AngIG sollen dementsprechend die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Nach § 5 Absatz 2 Reha AngIG hat schließlich jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit die nach Lage des Einzelfalles erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen, daß Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat schon seit 1982 (vgl. Urteile vom 12.08.82 - 11 RA 62/81-, vom 17.11.87 - 4 a RJ 5/87-, vom 15.11.89 - 5 RJ 1/89-, vom 05.12.89 - 5 RJ 76/88- und vom 21.01.93 - 13 RJ 53/91-) für die Abgrenzung medizinischer Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Sozialversicherungsträger von Maßnahmen der sogenannten sozialen Rehabilitation zu Lasten des Sozialhilfeträgers bei Suchtkranken und psychisch Kranken hieraus den Grundsatz entwickelt, daß es entscheidend darauf ankommt, welches Ziel die durchzuführenden Maßnahmen verfolgen.

Unter Berücksichtigung der Besonderheiten psychischer Erkrankungen ist nach dieser Rechtsprechung von einer medizinischen Leistung auszugehen, wenn das Ziel der Maßnahme Einflußnahme auf das psychische Krankheitsbild ist.

Zur Erreichung dieses Zieles können auch Mittel eingesetzt werden, die auf den ersten Blick nicht vorwiegend medizinisch zu sein scheinen. Denn die ärztliche Behandlung ist nur ein Unterfall der medizinischen Leistung. Entsprechend der finalen Ausrichtung der Rehabilitation gehören zum Beispiel auch pädagogische Maßnahmen zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen, wenn sie ein entsprechendes Ziel verfolgen. Daß damit auch möglicherweise weitere Verhaltensstörungen behoben werden, Allgemein- oder Berufskennntnisse vermittelt und die Eingliederung in die Gesellschaft angestrebt wird, hindert die Annahme medizinischer Leistungen nicht.

Zum Aufgabenkatalog der medizinischen Rehabilitation

Ansatzpunkte für die Umsetzung dieser Gesetzes- und Rechtsprechungslage sind inzwischen theoretisch vorhanden. So haben die Rentenversicherungsträger in ihrem Leitfaden für die sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung zu den wichtigsten Aufgaben der medizinischen Rehabilitation erklärt:

- Stabilisierung des Selbstvertrauens,
- Annäherung der individuellen Lebensplanung an die Realität,
- Training und Stabilisierung allgemeiner sozialer Fertigkeiten,
- Ausbildung und Stärkung von Fertigkeiten, die speziell für das Berufsleben wichtig sind, wie Ausdauer, Konzentration, Flexibilität (vgl. Leitfaden für die sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung, S. 595 f.).

Die Empfehlungsvereinbarung RPK - Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 - enthält einen entsprechenden Aufgabenkatalog.

Die Rehabilitationseinrichtungen sollen nach dieser Empfehlungsvereinbarung möglichst gemeindenah und in die regionale Versorgungsstruktur eingebunden sein, um auch die Sicherstellung der Nachsorge zu gewährleisten. Die Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation werden insbesondere von Fachärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern oder Sozialpädagogen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, psychiatrischen Krankenpflegekräften, Krankengymnasten und Bewegungstherapeuten sowie Fachkräften für die berufliche Rehabilitation erbracht. Aufgenommen werden Personen ab dem 15. Lebensjahr.

Für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr gibt es seitens der Sozialversicherungsträger kein Anforderungsprofil, das speziell auf die Bedürfnisse psychisch Kranker eingeht. Hier ließe sich aber möglicherweise das allgemeine Anforderungsprofil für die Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen zur stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Inhalten füllen.

Nachholebedarf bei den Krankenversicherern

Die praktische Umsetzung läßt jedoch - vor allem seitens der Krankenversicherer - weiter auf sich warten. Im Gegensatz zum Rentenversicherungsträger muß die Krankenkasse nach § 40 Absatz 2 SGB V stationäre Rehabilitationsleistungen nur in Einrichtungen erbringen, mit denen ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Versorgungsverträge dürfen wiederum nur mit Einrichtungen geschlossen werden, die unter anderem nach § 107 Absatz 2 Ziffer 2 SGB V fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen.

In Baden-Württemberg haben wir heute die Situation, daß eine sogenannte RPK-Einrichtung im äußersten Süden Badens mit gerade 50 Plätzen eingerichtet wurde. Nach § 17 Absatz 1 SGB I sind - wie schon erwähnt - die Leistungsträger zwar verpflichtet, die Einrichtungen zur Ausführung von Sozialleistungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen. Einlagbar ist diese Verpflichtung allerdings nicht.

Unabhängig von der nicht ausreichenden Kapazität entspricht die Einrichtung in Südbaden auch nicht dem eigenen Anspruch der Krankenversicherung auf ortsnahe Rehabilitation und Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur. Die psychiatrischen Kliniken verweisen ihre Patienten aus eben diesem Grunde nur in Ausnahmefällen dorthin. Von den Ärzten wird kritisiert, daß kein alltagsrealistisches Umfeld für psychisch Kranke vorhanden sei und auch berufliche Anschlußmaßnahmen bei der Entfernung zum Heimatort nicht planbar seien.

Dies führt regelmäßig dazu, daß Patienten mit eindeutig medizinischem Rehabilitationsprofil in ortsnahe sogenannte Übergangseinrichtungen überwiesen werden, die von den Sozialhilfeträgern geschaffen wurden, als es Angebote für psychisch Kranke seitens der Sozialversicherungsträger noch nicht gab. Entgegen dem Grundsatz des Nachranges der Sozialhilfe wird der Sozialhilfeträger dann im Rahmen der „sozialen Rehabilitation“ in Anspruch genommen.

Die Verwaltungsgerichte sollen entscheiden

Früher haben wir die Kosten in den Übergangseinrichtungen vorläufig nach § 44 BSHG übernommen. Mit dem Kostenerstattungsbegehren nach § 104

SGB X gegenüber dem Krankenversicherungsträger konnten wir dann aber nicht durchdringen, weil wir nach der BSG-Rechtsprechung (vgl. Urteil vom 10. August 1989 - 4 RK 1/88) eine Leistung erbracht haben, die aufgrund des Fehlens eines Versorgungsvertrages mit den Übergangseinrichtungen nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse gehört.

Wir sind deshalb in „Altfällen“, in denen wir vorgeleistet haben, dazu übergegangen, unsere Erstattungsansprüche nach § 104 SGB X bei den Verwaltungsgerichten einzuklagen. Für den Fall, daß dieser Rechtsweg als zulässig erachtet wird, hat er den Vorteil, daß über § 102 Absatz 2 SGB X anders als bei § 104 SGB X das Recht des vorleistenden Leistungsträgers - in diesem Fall des Sozialhilfeträgers -, Anwendung findet und nicht mehr das des Krankenversicherungsträgers. Die Verwaltungsgerichte haben ihre Zuständigkeit bisher nicht verneint.

Bei sogenannten Neufällen sehen wir uns wegen der noch bestehenden Rechtsunsicherheit außerstande, die Kostenübernahme für Übergangseinrichtungen überhaupt noch zu erklären. Vorläufige Leistungen werden gegebenenfalls nur noch in anerkannten RPK-Einrichtungen angeboten. Der Patient wird an seinen Krankenversicherungsträger verwiesen. Dieser entlastet sich dann regelmäßig mit dem Hinweis, daß er mit der von der Klinik vorgeschlagenen Übergangseinrichtung keinen Versorgungsvertrag hat.

Eine Alternative bietet er in der Regel nicht an. Der Patient wird in die Übergangseinrichtung aufgenommen und nimmt dann den Sozialhilfeträger im Verwaltungsrechtsweg in Anspruch. Der Sozialhilfeträger wird bisher unter Verkennung des medizinischen Rehabilitationsbegriffs und des Grundsatzes des Nachranges der Sozialhilfe verurteilt, Eingliederungshilfe zu gewähren, weil es dem Patienten nicht zumutbar sei, entgegen dem Rat seiner Ärzte eine Einrichtung auszusuchen, in der sein Versicherer zahlen würde.

Widersprüche im Umgang mit psychisch Kranken

Das ist eine sehr eigenwillige und unseres Erachtens sachfremde, nicht gesetzeskonforme Art der Gerichte, den Besonderheiten psychisch Kranker gerecht zu werden. Dies wird besonders deutlich, wenn man versucht, eine derartige Konstellation mit einem somatisch Kranken durchzuspielen. Bei

somatisch Kranken wird schon von der Klinik aus der zuständige Krankenversicherungsträger eingeschaltet. Dieser macht ein adäquates Rehabilitationsangebot, weil er ein solches vorhält, und der Kranke nimmt es in der Regel problemlos an.

Würde er es ausnahmsweise in der angebotenen Form nicht annehmen wollen und eine andere Art der Versorgung wünschen, bestünde kein Zweifel daran, daß er diese dann auf eigene Kosten sicherstellen müßte und sich nicht alternativ an den Sozialhilfeträger halten könnte. Ebenso besteht kein Zweifel daran, daß der Sozialhilfeträger nicht als Ersatzbürge einzustehen hat, wenn ein somatisch Kranker die Behandlung im Rahmen der Schulmedizin ablehnt und homöopathische Hilfe in Anspruch nimmt.

Psychisch Kranke sind schlechter gestellt

Unabhängig davon, daß sich bei psychisch Kranken vor allem die Krankenkassen zu Lasten des Sozialhilfeträgers entlasten, ist der Erfolg des psychisch Kranken, mit Hilfe der derzeitigen Rechtsprechung doch einen Kostenträger finden zu können, ein scheinbarer. Im Gegensatz zum somatisch Kranken muß sich der psychisch Behinderte an den Kosten seiner Rehabilitation im Rahmen der Sozialhilfe und auch der Jugendhilfe beteiligen. Er wird damit eindeutig schlechter gestellt als der somatisch Kranke.

Dies vor allem ist es auch, was die Kliniken oder ambulanten Dienste übersehen, wenn sie Maßnahmen zu Lasten der Sozialhilfe planen. Sie erweisen dem psychisch Kranken darüber hinaus einen weiteren zweifelhaften Dienst. Durch die Steuerung in soziale Maßnahmen ermöglichen sie es, daß die Sozialversicherungsträger den tatsächlichen Bedarf verkennen. Sie unterlaufen so die praktische Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken.

Diese Erfahrungen aus der stationären Rehabilitation für psychisch Kranke lassen sich nach unserer Einschätzung auf ambulante Angebote im wesentlichen übertragen. So bestehen zum Beispiel therapeutische Wohngemeinschaften für psychisch Kranke bisher nur in der Trägerschaft des Sozialhilfeträgers. Die einzige erfreuliche Ausnahme in Baden-Württemberg sind die Nachsorgewohngemeinschaften für Suchtkranke. Hier beteiligen sich die

Kranken- und Rentenversicherungsträger aufgrund der baden-württembergischen Fassung der „Empfehlungsvereinbarung Nachsorge Sucht“ durch Gewährung einer Einzelfallpauschale an den Kosten der begleitenden Betreuung, die im übrigen vom Sozialhilfeträger getragen werden.

Eine weitere Abgrenzungsherausforderung

Nicht verhehlen möchte ich, daß sich die Jugendhilfeträger noch einer weiteren Abgrenzungsherausforderung stellen müssen. Was für die Abgrenzung der medizinischen von der sozialen Maßnahme gilt, gilt für die Abgrenzung der Maßnahmen der Hilfe zur Erziehung von den medizinischen Maßnahmen entsprechend. Die Hilfe zur Erziehung ist einerseits auf ihre medizinisch-therapeutische Zielrichtung hin zu überprüfen. Andererseits ist sie der Hauptmaßnahme und damit der Risikosphäre des Hauptmaßnahmeträgers auch dann zuzuordnen, wenn sie nur notwendiger Annex, zum Beispiel einer medizinischen Leistung, ist.

Zuversichtlich sollte uns alle stimmen, daß in der Versorgungslandschaft für psychisch Kranke immerhin eine vorsichtige Bewegung entstanden ist. In Baden-Württemberg sollen auf Intervention der überörtlichen Sozialhilfeträger nun weitere 50 RPK-Plätze geschaffen werden, die in den bestehenden Übergangseinrichtungen des Sozialhilfeträgers eingerichtet werden sollen. Mittelfristig sollen insgesamt 200 Plätze entstehen. Außerdem sind in verschiedenen Regionen Modellprojekte der Krankenkassen zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker angelaufen.

Es lohnt sich also, das Gespräch und die Auseinandersetzung mit den Sozialversicherungsträgern zu suchen. Darüber hinaus würde es die Entwicklung adäquater Versorgungsformen für psychisch Kranke sicher auch positiv beeinflussen, wenn die Gerichte auf Grundlage des § 17 SGB I die Verletzung der Fürsorgepflicht durch die Sozialversicherungsträger sanktionieren würden.

Vorrang für bestimmte Hilfen und Therapieansätze

YVETTE NIEKAMMER

Mitarbeiterin des AOK-Landesverbandes Brandenburg

Als Mitarbeiterin der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Landes Brandenburg möchte ich über das Thema „Nachrang der Jugendhilfe und Verhältnis zu anderen Sozialleistungsträgern“ aus Sicht der Krankenkassen sprechen. Im Verlauf dieser Fachtagung wurde bisher ein Überblick über die Gründe, Anforderungen und Konsequenzen der Eingliederung seelisch behinderter Kinder in die Jugendhilfe gegeben sowie die Bedeutung des Hilfeauftrages aufgezeigt. Weiterhin konnten Begriffe definiert werden, und wir erhielten Kenntnis über die Abgrenzungen.

Aus dem Vortrag von Frau Ringel wurde deutlich, daß es immer wieder strittige Fragen zum Nach- und/oder Vorrang der Kostenträger gibt. Davon betroffen sind Jugendämter, Sozialämter und Krankenkassen. Diese Problematik kommt auch besonders zum Tragen, wenn es um jüngere Kinder, vor allem um Kleinkinder geht. Wie bereits mehrmals erwähnt, ist die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 39 Absatz 3 BSHG darin begründet, eine drohende Behinderung zu verhindern, eine vorhandene Behinderung und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern.

Wie schwer es aber bei einem zwei- oder dreijährigen Kind ist, einzuschätzen, ob es sich bei anstehenden Auffälligkeiten um eine seelische Behinderung handelt, weiß jeder der hier Anwesenden. Um die Kinder und Jugendlichen nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv einschätzen zu können, ist es von großer Wichtigkeit, die sozialen Umfelder zu kennen. Hierfür sind in erster Linie die Jugendämter Ansprechpartner, da sie in ihrer Struktur über das entsprechende Personal verfügen.

Empfehlung für den schulpsychologischen Dienst

Oft werden schulpflichtige Kinder und Jugendliche von den Lehrern zu schulpsychologischen Diensten überwiesen, wenn sie in der Schule durch Lern-

und Verhaltensstörungen auffallen. Derartige Dienste sind in allen Ländern des neuen Bundesgebietes eingerichtet worden. Im schulpsychologischen Dienst arbeiten Lehrer, die eine Zusatzausbildung als Psychologen haben. Zu den Sitzungen, vor allem Erstgesprächen, werden die Eltern einbezogen. Die psychologisch geschulten Lehrer beraten Eltern und Schüler und bieten Verhaltens-, Gesprächs- oder Familientherapie an. Häufig empfehlen sie zur Behandlung auch Therapeuten, die in Kliniken oder freien Praxen arbeiten.

Die Krankenkassen haben ihre Gesetzlichkeiten im SGB V verankert. Die Kostenübernahme für die Behandlung von seelischen Behinderungen erfolgt auf der Grundlage der darin feststehenden Gesetzlichkeiten. Somit hat jeder Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Förderung der Gesundheit (§ 20), zur Verhütung von Krankheiten (§§ 21 bis 24b), zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26) und zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52). Zu den erwähnten Leistungen der §§ 20 bis 52 gehören mit Wirkung vom 1. April 1995 auch medizinische und ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen; sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht.

Betroffene sind mehrfach belastet

Wenn man sich aber einmal genau überlegt, welche Arten von Belastungen die Kinder und Jugendlichen über sich ergehen lassen müssen, bis endlich entsprechende Hilfen angeboten werden können, dann weiß man, daß Kinder und Jugendliche oft überfordert sind und werden. Und nicht selten kann es geschehen, daß das Hilfsangebot vom Betroffenen nicht oder nur teilweise angenommen wird. Wenn es dann noch um die Einbeziehung der Sorgeberechtigten geht, wird bei diesen mitunter eine reservierte oder ablehnende Haltung zu Hilfsangeboten deutlich, weil oftmals sehr weit in die Privatsphäre eingedrungen werden muß oder auch wird.

Dennoch denke ich, sagen zu können, daß alle, die Verantwortung tragen, darum bemüht sind, den Kindern und Jugendlichen entsprechende Hilfsangebote zu gewähren, die durch die einzelnen Aufgabengebiete der Kostenträger geprägt sind, auch durch die zuständigen Krankenkassen.

Es kann jedoch in dem erwähnten Zusammenhang zur Überlappung gerade von Zuständigkeiten kommen um im Einzelfall geschehen, daß zwei unterschiedliche Kostenträger für die Finanzierung zuständig sind. Wenn es um sozial stützende Maßnahmen - um Familien stützende Maßnahmen - geht, dann ist das Jugendamt Kostenträger. Für alle Maßnahmen der medizinischen Versorgung treten die Kassen ein, so zum Beispiel für psychosomatische Grundversorgungen, für nervenärztliche und psychiatrische Leistungen und Psychotherapien bei Ärzten sowie im Delegationsverfahren bei Diplom-Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung. Dabei ist zu klären, ob ambulante oder stationäre psychotherapeutische Hilfen angezeigt sind. Die Psychotherapierichtlinien - ein Teil des Bundesmantelvertrages der Ärzte - regelt, welche Therapieformen anerkannt sind. In bestimmten Fällen kann ein Gutachter herangezogen werden.

Die Gesellschaft fordert die Einbeziehung und Förderung von kranken Menschen, egal welche Symptome auftreten. Somit konnten sich auch im Laufe der letzten Jahre die Bedingungen für die Hilfe seelisch Erkrankter verbessern. Trotzdem möchte ich erwähnen, daß diese Angebote nur Anfänge sind, wenn wir an die Gesamtzahl der Betroffenen denken.

Zur Vorbereitung meines Vortrages habe ich mich mit verschiedenen Ärzten konsultiert. Sie alle sind der Meinung, daß zur Beseitigung oder zur Linderung von seelischen Behinderungen vor allem die Zweckmäßigkeit der einzelnen Maßnahmen genauestens geprüft werden muß. Da jedes Kind unterschiedliche Voraussetzungen mitbringt, ist fast immer von Einzelfallentscheidungen auszugehen. Die einzelne Maßnahme sollte auf das Kind abgestimmt sein. Es sollte nicht durch eine komplexe Therapie oder vielseitige Maßnahmenformen überfordert werden.

Orientierung auf sozial-pädiatrische Zentren

Die ambulante Behandlung seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher nach den §§ 43a und 119 SGB V wird im Rahmen kassenärztlicher Versorgung in den vom Zulassungsausschuß für Ärzte ermächtigten sozial-pädiatrischen Zentren erbracht und nach hierzu abgeschlossenen Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassenverbänden auf der Grundlage des § 120 SGB V vergütet.

In diesen Zentren werden Diagnostik und Therapie durch mehrere Fachgruppen und unter ärztlicher Leitung relevant. Die erbrachten psychologischen und heilpädagogischen Einschätzungen über die Patienten sind für die ärztliche Gesamtbeurteilung bei der Diagnostik unverzichtbar. Diese Leistungen sind zudem für die Aufstellung des Behandlungsplanes, für die Durchführung der Behandlung sowie für die Verlaufsbeobachtung dringend geboten. Gleiches gilt auch für die Rehabilitation. In diesem Zusammenhang jedoch möchte ich mich auf Reinhart Lempp beziehen, der in seiner Schrift „Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe, § 35a SGB VIII“ urteilt: *„Es handelt sich bei Kindern nicht um eine Rehabilitation, sondern um eine Habilitation, das heißt um den Erwerb von Fähigkeiten und nicht um den Wiedererwerb derselben.“*

Ich stimme der heute erwähnten Position zu, daß durch die entsprechende Vor- und Nachsorge stationäre Aufenthalte verkürzt oder sogar verhindert werden können. Die Krankenkassen bemühen sich meines Erachtens verstärkt darum, von diesem Grundsatz aus tätig zu werden.

Zu einzelnen psychotherapeutischen Maßnahmen

Jetzt möchte ich vertiefend über psychotherapeutische Ansätze bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sprechen. Psychotherapie heißt Behandlung mit seelischen Mitteln. Seelische Mittel wiederum sind Methoden der Einflußnahme, die über das Spiel, das Gespräch über Entspannung, Übung und Lernen vermittelt werden und die nach heutiger Auffassung eine aktive Mitarbeit des Patienten zur Voraussetzung haben. Diese Mitarbeit eignet sich in einer wechselseitigen und sich ständig vertiefenden Beziehung zum Therapeuten. Psychotherapie im ärztlichen Sinne bedeutet immer Krankenbehandlung und ist nicht auf die Lösung allgemeiner Lebensfragen ausgerichtet.

Die bei Kindern und Jugendlichen angewandten Psychotherapiemethoden lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten klassifizieren, zum Beispiel nach der angewandten Behandlungsmethode - Verhaltenstherapie, Psychoanalyse - oder nach den Behandlungsbedingungen - individuumzentrierte Therapie, Familientherapie oder ambulante, teilstationäre und stationäre Therapie - und nach Störungsmustern, die behandelt werden sollen - zum

Beispiel Angstsyndrome, Zwangssyndrome, schizophrene Psychosen. Welche Methode durchgeführt wird, sollte im Idealfall nach Maßgabe der empirischen Wirksamkeit bestimmt werden.

Individuumzentrierte Methoden

Zu den individuumzentrierten Methoden zählen alle Verfahren, die schwerpunktmäßig mit dem einzelnen Patienten durchgeführt werden. Hierzu gehören die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie, kreative Methoden - zum Beispiel Musiktherapie - und kognitive Therapieansätze, die mitunter sehr verschiedenen theoretischen Richtungen angehören.

Ergänzt werden diese psychotherapeutischen Methoden im engeren Sinne durch die Gruppe der funktionellen Übungswahrnehmungen - zum Beispiel Wahrnehmungstraining -, die zu den psychotherapeutischen Methoden im weiteren Sinne gerechnet werden können und bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Individuumzentrierte Behandlungsmethoden haben ein nahezu universelles Indikationsgebiet. Zunächst muß festgehalten werden, daß zwischen den einzelnen angeführten Methoden keine grundsätzliche Unvereinbarkeit vorliegt. Sie können durchaus kombiniert werden. Die Zeiten, in denen psychoanalytisches Vorgehen und lerntheoretische Therapieverfahren für grundsätzlich unvereinbar gehalten wurden, sind vorbei, seit man weiß, daß alle Veränderungen letztlich auf Lern- und Umorientierungsprozessen beruhen. Dennoch ist das psychoanalytische Vorgehen dort besonders geeignet, wo eine ausreichende Differenzierung des Patienten vorhanden ist.

Die Verhaltenstherapie hat ihre Domäne im Bereich habitueller Störungen, das heißt bei Störungsmustern, die durch abnorme Gewohnheiten entstehen. Beispiele hierfür sind Nägel beißen oder Haare ausreißen. Kreative Behandlungsmethoden werden überall dort eingesetzt, wo aufgrund des Lebensalters und des Entwicklungsstandes oder aufgrund der Störungen des Patienten ein direkter Zugang über eine verbale Psychotherapie nicht oder nur schwer möglich ist. Dies bezieht sich beispielsweise auf die im Vorschulalter oder in den ersten Schuljahren angewandten und recht verschiedenen Formen der Spieltherapie.

Kognitive Therapieansätze

Kognitive Therapieansätze - Einsichtstherapie - haben ihr Hauptindikationsgebiet bei neurotischen Störungen, insbesondere bei depressiven Erkrankungen. Groß ist schließlich das Indikationsgebiet der funktionellen Übungsbehandlungen. Bei diesen geht es vorwiegend um die Therapie von Ausfällen - bei Rechenstörungen, Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen - sowie um das Aufholen von Entwicklungsdefiziten oder Retardierungen - zum Beispiel Sprachentwicklung und motorische Entwicklung. Funktionelle Übungsbehandlungen haben auch eine Reihe sehr erwünschter Auswirkungen auf andere Bereiche, die nicht primär als Indikationsgebiet angesehen werden. So kann beispielsweise über eine Aktivierung psychomotorischer Abläufe auch das emotionale und soziale Verhalten gefördert werden.

Die bei Kindern und Jugendlichen angewandten psychotherapeutischen Behandlungsmethoden müssen sich von vornherein an der Spezifik der Altersgruppen orientieren. Zugleich sollen sie variabel modifizierbar sein, und das vor allem aufgrund der alters- und entwicklungsspezifischen Bedingungen. Insbesondere ist bei der im Hinblick auf die Durchführung der Psychotherapie darauf zu achten, daß die Familie einbezogen wird, die Bildungs- und Ausbildungssituation der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt wird sowie Risikofaktoren einkalkuliert werden.

Unterschieden werden muß ferner zwischen Psychotherapiemethoden und psychotherapeutischen oder weitergehenden Therapieprogrammen. Unter einem Therapieprogramm versteht man eine regelhafte Kombination verschiedener Behandlungselemente - zum Beispiel medikamentöse Therapie plus Verhaltenstherapie plus Beratung der Eltern, stationär oder ambulant, die in einen Behandlungsplan integriert und in zeitlicher Hinsicht geordnet werden. Der Behandlungsplan enthält die Behandlungsziele, die sich daraus ableitenden notwendigen Maßnahmen und deren zeitliche Staffelung. Er darf jedoch kein starres Schema sein. Vielmehr soll der Behandlungsplan im Idealfall nach Maßgabe neuer Erkenntnisse im Therapieverlauf schrittweise modifiziert werden.

Im stationären oder teilstationären Bereich werden heute in der Regel Therapieprogramme angewandt. Im ambulanten Bereich überwiegen eher noch einzelne Psychotherapiemethoden. Bei der stationären Behandlung kommt

noch die milieutherapeutische Komponente hinzu, die bei allen stationär behandelten Patienten eine sehr wichtige Rolle spielt.

Empfehlungen für Frühförderstellen

Im Zusammenhang mit Diagnose, Behandlung, Beratung, Förderung und Erziehung seelisch behinderter und von einer Behinderung bedrohter Kinder im frühen Alter sind Kinderärzte, sozial-pädiatrische Zentren, auch neuro-pädiatrische Einrichtungen, Frühförderstellen und nichtärztliche niedergelassene Therapeuten tätig. Bei Bedarf soll eine Förderung durch Frühförderstellen veranlaßt werden.

Frühförderstellen verstehen sich als mobil und ambulant arbeitende Einrichtungen interdisziplinär angelegter Hilfen, die der Förderung der Kinder und der Stützung der Familien dienen. Sie sollen eine dauernde Mitwirkung von Kinderärzten anstreben. Der mobilen Frühförderung kommt dabei besondere Bedeutung zu, weil der Schwerpunkt der Frühförderung dort sein soll, wo das Kind lebt, nämlich in der Familie.

Beenden möchte ich meinen Vortrag mit zwei unterschiedlichen Meinungen über mögliche Therapieansätze. Die gewählten Beispiele beziehen sich auf ein hyperaktives Kind, das umgangssprachlich Zappelphilipp genannt wird. Hyperaktive Kinder fallen oft schon mit zwei oder drei Jahren auf. Sie haben einen starken Bewegungsdrang, können sich schlecht konzentrieren und neigen manchmal zu Aggressivität und plötzlichen Wutausbrüchen. Im Schulalter haben sie oft Lernstörungen und Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen. Allerdings sind diese Übergänge zwischen normalem lebhaften Verhalten und krankhafter Überaktivität fließend.

Die Ursachen des hyperkinetischen Syndroms sind trotz intensiver Forschung nicht bekannt. Häufig vorgebrachte Theorien über Hirnschädigungen, Lebensmittelzusätze wie Zucker und Phosphate oder bestimmte Nahrungsmittel als Verursacher sind inzwischen widerlegt oder zumindest nicht eindeutig bewiesen. Wahrscheinlicher scheinen genetische Faktoren zu sein. Manchmal kann den Kindern schon mit Familiengesprächen geholfen werden, manchmal mit regelmäßigem Sport oder einer Verhaltenstherapie. Mitunter verordnen Ärzte auch Medikamente.

Kritische Pädagogen wie Privatdozent Reinhard Voß von der Universität Dortmund vermuten, daß heute viel zu oft Kinder als verhaltensgestört bezeichnet und zu schnell mit Medikamenten therapiert werden. Früher hätte man versucht, solchen Zappelphilippen mit pädagogischen Mitteln zu helfen. Reinhard Voß empfindet psychologische oder sogar psychiatrische Therapien bei Schülern als verhängnisvoll, weil diese Kinder damit nicht mehr als normal, sondern als behindert oder sogar krank abgesondert würden.

Die Praktikerin Kraska dagegen ist der Meinung, daß die Therapien meist zu spät einsetzen. Sie urteilt: *„Es wird eher zu viel versäumt als zu früh interveniert. Natürlich ist es wichtig, zu verstehen, wo ein individuelles Problem genau liegt. Wenn ich denke, mit ein paar Medikamenten habe ich wieder meine Ruhe, mache ich sicher einen Fehler, der sich in der Folgezeit rächt.“* Kraska plädiert für die genaue Beobachtung der Kinder, auch in der Familie und im Freundeskreis.

Sicher wird es in der Zukunft immer wieder Fragen und Probleme bei der richtigen Auswahl und Zuordnung der Zuständigkeit geben. Dennoch ist zu vermerken, daß die Krankenkassen nach wie vor problemlos die Kosten für vorbeugende oder für Maßnahmen zur Linderung und Besserung tragen, wenn die medizinische Notwendigkeit vorliegt und somit die Gewährung gerechtfertigt ist. Der Behauptung von Frau Ringel, wonach sich die Kassen ihrer Verantwortung entziehen würden, kann nicht zugestimmt werden. Herr Dr. Fegert machte in seinem Vortrag anhand von statistischem Material deutlich, welchen Anteil die Krankenkassen bislang für die Behandlungen getragen haben.

Dennoch ist abschließend festzuhalten, daß es von großer Wichtigkeit war, ein Gesetz zu erarbeiten und zu erlassen, in welchem einer Institution die Pflichtaufgabe zugeordnet wurde. Sollten die bestehenden Einrichtungen zur Beseitigung beziehungsweise Linderung von seelischen Behinderungen aus Sicht der Jugendämter nach § 35a nicht ausreichend sein und spezifische medizinische Behandlungen erforderlich werden, so haben die Jugendämter die Möglichkeit, die Erbringung der Leistungen einem anderen Träger - in dem Fall einer Krankenkasse - zu übertragen.

Qualifizierung psychotherapeutischer Leistungen durch multiprofessionelles Handeln

KARL-HEINZ STRUZYNA

Leiter des Jugendamtes Berlin-Hellersdorf

Mein Beitrag beruht auf eigenen Erfahrungen, auf der Durchsicht von Fallunterlagen und Gutachten; ebenso auf dem Austausch von Erfahrungen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes Berlin-Hellersdorf und anderer Jugendämter sowie auf Gesprächen mit erfahrenen Psychotherapeuten. Mein Dank gilt insbesondere Frau Monika Schipmann von der Berliner Senatsverwaltung für Jugend und Familie, die sehr intensiv über die praktische Anwendung des § 35a arbeitet, um vor allem Verfahrensvorschriften zu entwickeln.

In recht ungewohnter Weise werde ich meinen Beitrag zum überwiegenden Teil in Form von Fragen kleiden. Ich möchte Ihnen eine Zusammenstellung aktueller Fachfragen präsentieren, die meines Erachtens schärfer die Probleme zum Ausdruck bringen als eine rein beschreibende Darstellung. Einige dieser Fragen sind von den bisherigen Referenten bereits ansatzweise beantwortet worden; andere nicht. Ich denke, wir müssen vor allem in den Arbeitsgruppen nach Antworten suchen.

Wir können es nicht dabei bewenden lassen, die aufgeworfenen Fragen lediglich eindimensional entweder sozialpädagogisch, psychiatrisch oder rechtlich beantworten zu wollen. Ich denke, daß wir bei der Suche nach Antworten von vornherein eine fachübergreifende Übereinkunft anstreben müssen, einen Standard entwickeln müssen, der weitgehend eine Vergleichbarkeit für die Indikation, die Diagnostik, für Leistungsformen und -umfang bezüglich der praktischen Anwendung des § 35a KJHG wie auch des § 27 (3) ermöglicht.

Als Mitarbeiter der Jugendhilfe sind wir aufgefordert, eine solche fachliche Verständigung herbeizuführen, wie sie beispielsweise bei Ärzten seit Jahrzehnten üblich ist, die sich über Diagnoseverfahren konsultieren oder auch die Dosierung neuer Medikamente durch fachliche Übereinkunft vereinbaren. Zugleich wird es nötig sein, die von uns entwickelten Standards entsprechend wissenschaftlicher Erkenntnisse fortzuschreiben. Insofern werden wir einen

Endpunkt nie erreichen. Doch das ist schon ein Ausblick. Wir stehen jedoch erst am Anfang und so möchte ich zu meiner Zusammenstellung aktueller Fachfragen überleiten:

Es ist festzustellen, daß die ambulanten Hilfen nach § 35a und § 27(3) KJHG rapide zunehmen. Es existiert ein regional unterschiedliches Angebotsspektrum. Anspruchsvoraussetzungen, Art, Umfang und Zeitraum der bewilligten Leistungen werden uneinheitlich gehandhabt. Erkennbar sind Unklarheiten sowie Verwirrungen und Verirrungen im Bewilligungsverfahren einschließlich der Zuständigkeiten der verschiedenen Fachdienste.

Hieraus entsteht die Notwendigkeit, für die Rechtsgrundlagen nach § 27 (3) sowie nach §35a Standards auszuarbeiten und Abgrenzungen vorzunehmen, da sich bei der Beschränkung auf nur eine Rechtsgrundlage der „Boom“ nur verlagern und die Jugendhilfe zunehmende Probleme mit der Qualitätssicherung und Finanzierung ihrer Leistungen bekommen würde.

1. Leistungsspektrum und Leistungsumfang

Regionale Unterschiede

Wenn wir das Leistungsspektrum und den Leistungsumfang betrachten, so kann man feststellen, daß deutliche regionale Unterschiede existieren. Herr Dr. Jörg Fegert hat in seinem Referat die großen Unterschiede in Berlin deutlich gemacht. Im Westteil Berlins werden 90 Prozent aller ambulanten Hilfen erbracht, in den östlichen Stadtbezirken nur 10 Prozent. Das entspricht allerdings auch den Haushaltsansätzen, die Finanzmittel sind zwischen Ost und West nach wie vor ungleich verteilt.

Ich bin sogar sicher, daß bei einem Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern die Unterschiede ebenso deutlich ausfallen würden wie in Berlin. Dies ist meines Erachtens aber nicht allein darauf zurückzuführen, daß der Vereinigungs- und Angleichungsprozeß in Deutschland in dieser Hinsicht noch nicht all zu weit fortgeschritten ist. Auch im Einzugsbereich leistungsfähiger Anbieter, spezialisierter klinischer Zentren oder Universitätsinstitute häufen sich mitunter bestimmte Leistungsarten, so daß man versucht sein könnte, noch andere Gründe als den Bedarf des Klienten für die Lei-

stungsbewilligung zu vermuten. Es gibt viele andere Gründe, die eine fachliche Neubestimmung dieses Aufgabenfeldes angeraten erscheinen lassen.

Zudem habe ich selbst durchaus Zweifel, ob all das, was an Leistungen im westlichen Teil unserer Republik erbracht wird, bei einer fachlichen Überprüfung immer den notwendigen Standards entsprechen würde. Doch um die Vertiefung von Unterschieden kann es uns nicht gehen. Vielmehr sehe ich bei Lage der Dinge deutlich die Chance, daß in beiden Teilen der Republik grundsätzlich darüber nachgedacht wird, wie die Jugendhilfe bezüglich des § 35a handeln kann und muß und zwar in enger Kooperation mit den Fachbereichen Psychologie und Psychiatrie. Ich frage:

- Wie sind die starken regionalen Unterschiede im Spektrum und im Umfang der erbrachten Leistungen zu erklären?
- Wie können diese Unterschiede überwunden werden mit dem Ziel, ein qualifiziertes Leistungsangebot zu schaffen, auf das unabhängig vom Wohnort bei Bedarf zurückgegriffen werden kann?

Katalog der auf der KJHG-Grundlage möglichen Leistungen

Viele Praktiker wünschen sich einen Leistungskatalog, mit dessen Hilfe sie auswählen können, was im Einzelfall an Hilfen möglich oder nötig ist. Ich frage:

- Kann ein Leistungskatalog der Vielfalt von Lebens- und Problemlagen gerecht werden?
- Entspricht ein „Katalog“ der Philosophie des KJHG eines am individuellen Bedarf orientierten Leistungsanspruchs?
- Wie kann bei einer offenen Angebotspalette die fachliche Qualität gesichert werden?

Abgrenzungsfragen, „Negativkatalog“

Hierbei geht es vor allem um Orientierungshilfen bei der Fragestellung, welche Leistungen in welchen Fällen nicht geeignet erscheinen, welche Leistungen nicht bewilligt und nicht finanziert werden. Ich frage:

- Gilt das Prinzip: „Was hilft, wird auch bezahlt“?
- Unterliegen Jugendhilfeleistungen den fachlichen Mindestanforderungen, einschließlich der Verlaufs- und Wirksamkeitskontrolle?

Anbieter

- Welche Rolle spielen örtliche Anbieter - frei praktizierende Therapeuten, freie Träger, spezialisierte Kliniken sowie Sozialpädiatrische Zentren oder Universitätsinstitute - für die Art und die Häufigkeit der erbrachten Leistungen?
- Wie können spezifische Kompetenzen örtlicher Anbieter im Sinne einer einheitlichen Versorgung bei Diagnostik und Therapie besser überregional genutzt werden?

2. Zu den fachlichen Standards

Diagnostik

- Wer beziehungsweise welche Stelle ist fachlich und rechtlich geeignet und befugt, einen Leistungsanspruch nach dem KJHG festzustellen? Es geht dabei um die Diagnose einer seelischen Behinderung, um die Abgrenzung bei Mehrfachbehinderungen sowie um die Notwendigkeit und Eignung einer näher zu bestimmenden Jugendhilfeleistung. Dabei ist die indizierte Hilfeform, der Umfang und die notwendige Dauer der Leistung zu ermitteln. Ein Problem: Das gesamte Hilfe- und Leistungsspektrum sowie alle Instrumentarien des KJHG sind in medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Fachdiensten und Ambulanzen meist nicht geläufig, da diese Dienste anderweitig spezialisiert sind.
- Ist in jedem Fall eine psychosoziale Diagnose und eine sozialpädagogische Gesamteinschätzung sinnvoll und erforderlich? Macht dies in der Regel der Allgemeine Sozialdienst beziehungsweise der Sozialpädagogische Dienst im Jugendamt? Macht dies immer ein Sozialarbeiter/Sozialpädagoge oder kann das auch der Psychiater oder Psychologe übernehmen? (Beispiel: Lerntherapeut erwähnt im Gutachten Suizid-Gefährdung, behandelt jedoch nur im Hinblick auf festgestellte Lernstörungen.)

- Ist grundsätzlich das örtliche Jugendamt für die Feststellung einer seelischen Behinderung und für die Einleitung geeigneter Leistungen zuständig? Werden gegebenenfalls medizinische oder psychiatrische Fachdienste im Auftrag des Jugendamtes tätig?
- Mitunter finden sich in Gutachten zur Leistungsbegründung formularmäßig angekreuzte Feststellungen wie: „Die Zuordnung zu § 39 und § 40 BSHG gilt nur in Verbindung mit dieser Maßnahme und endet mit ihr“. Ist dies fachlich und rechtlich überhaupt haltbar?
- Welcher diagnostische Aufwand ist im Sinne einer praktikablen Handhabung erforderlich und angemessen?
- Genügt unter Umständen eine Beurteilung „nach Augenschein“? In welchen Fällen können wir uns damit begnügen, um den Kindern und Jugendlichen aufwendige Untersuchungen und Tests zu ersparen?
- Ist die Feststellung erforderlich, ob eine Erkrankung im Sinne der Reichsversicherungsordnung vorliegt? Nach welchen Kriterien ist dies festzustellen?

Ethische Anforderungen

Auf psychosozialen und medizinischen Arbeitsgebieten tummeln sich viele, die sich mit umstrittenen Methoden und meist ohne fundierte Ausbildung berufen fühlen, sich helfend oder heilend zu betätigen. Persönliche, geschäftliche, machtorientierte, religiöse oder spirituelle Motive sind oft ausschlaggebend. Ein Blick in die entsprechenden Rubriken im Anzeigenteil der Stadtillustrierten läßt das Spektrum dubioser Angebote deutlich werden. Ich frage:

- Wie schützen wir Kinder und Jugendliche vor Scharlatanerie, Esoterik, Astrologie, Wunderheilern, Spiritismus oder Okkultismus?
- Wie ordnen wir Sekten, Psychogruppen und sektiererische Therapiekonzepte ein und wie erklären wir uns gegenüber Hilfesuchenden und Anbietern?

Diese ethischen Anforderungen werden bisher in der Jugendhilfe zu wenig beachtet. Die Jugendhilfe hat auch die Verpflichtung, Kinder und Jugendliche vor pseudowissenschaftlichen Angeboten zu schützen. Dringend notwendig erscheint, die Leistungen der Jugendhilfe von den verschiedenen dubiosen Angeboten abzugrenzen. Das müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

der Jugendhilfe in Kooperation mit anderen Fachleuten selbst leisten. Und dazu brauchen sie fundierte Orientierungspunkte.

Art, Qualität und Klassifizierung der Leistungen

- Was sind wissenschaftlich anerkannte therapeutische Leistungen?
- Wie sind Reittherapie, Maltherapie, Musiktherapie und Lerntherapie zu bewerten? Wie werden diese abgegrenzt gegenüber dem Reit-, Mal-, Musikunterricht oder einer Schularbeitshilfe ?
- Wie sind autogenes Training und solche Entspannungs- und Körperübungen wie Feldenkrais-Methode oder Tai Chi zu bewerten? Wie steht es um die Hypnose oder um das Selbstsicherheitstraining?
- Wie ist mit kombinierten Leistungen - zum Beispiel Spieltherapie und begleitende Familientherapie - zu verfahren?
- Wie sind therapeutische und betreuende Leistungen gegeneinander abzugrenzen?
- Wie sind Angebote zu klassifizieren, die therapeutischen Anspruch und umfangreiche Betreuung kombinieren - zum Beispiel „Psychoanalytische Sozialarbeit“?
- Wie wird zwischen Therapie- und Beratungsleistungen abgegrenzt?
- Welche Leistungsform und welche Therapieform ist wieviel „wert“, das heißt in welcher Höhe soll oder muß vergütet werden?

Qualifikationsanforderungen

- Welche Qualifikationen und Nachweise sind für welche Leistungen zu fordern? Wer prüft beispielsweise die Nachweise von solchen Instituten wie dem „Certified NLP-Practitioner of MIO-Institut“ aus Südkalifornien?
- Stellen die „Kassenzulassung“ oder die sogenannte Berliner BSHG-Liste verlässliche und ausschließende Kriterien dar?
- Sind spezifische Qualifikationen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu fordern?
- Können Psychotherapien auch durch Sozialarbeiter, Erzieher oder Seelsorger mit Zusatzausbildung - so in der Familientherapie - erbracht und abgerechnet werden? Wird das gleiche Honorar wie bei Diplom-Psychologen mit Therapieausbildung gewährt?

Zielsetzung und Kontrollierbarkeit

- Was muß in einer fachgerechten Therapie erreicht werden und in welchen Teilschritten?
- Wer legt die Therapieziele fest?
- Wer dokumentiert und kontrolliert den Therapieverlauf?
- Wie werden Therapieverlauf und Hilfeplanung koordiniert?

Umfang und Dauer der therapeutischer Leistungen

- Welches Stundenkontingent oder wie viele Sitzungen sind als Erstbewilligung angemessen?
- Wie lange kann eine Behandlung insgesamt dauern? In welchen Schritten sollten nötigenfalls Verlängerungen erfolgen?
- Welcher Gesamtzeitraum ist üblicherweise für welche Therapieform zugrunde zu legen?
- Ist ein Stundenlimit sinnvoll und praktikabel und sind bei Überschreitung gegebenenfalls spezialisierte Gutachter heranzuziehen?
- Wie lange wird in nicht erkennbar erfolgreich verlaufenden Fällen therapiert? Wann wird die Behandlung abgebrochen?
- Kann eine Leistung nach § 35a oder § 27(3) KJHG auch ein lebens- oder entwicklungsbegleitender Prozeß sein, der von Psychologen oder Psychiatern über mehrere Jahre hinweg durchgeführt wird? Wie wird eine derartige Maßnahme abgerechnet? Wann und wie kann sie beendet werden?

Kostensätze

- Welche Leistung ist in welcher Höhe zu vergüten?
- Welche Therapieformen gehören in welche Kostenkategorie?
- Wie werden begleitende Leistungen - Elternberatung, Berichterstellung, Teilnahme an Helferkonferenzen - vergütet?
- Wie werden Supervision und Fortbildung berücksichtigt?

3. Zum Verfahren

Zuständigkeiten

- Welcher Fachdienst hat die Federführung im Verfahren der Leistungsbewilligung und bei der Hilfeplanung? Ist dieser Dienst gleichzeitig verbindliche Anlaufstelle für den Klienten?
- Welcher Fachdienst hat welche Aufgabe oder Teilaufgabe? Wer koordiniert?
- Müssen Diagnostik und Leistungserbringung strikt getrennt werden? Oder kann ein Anbieter - zum Beispiel ein freipraktizierender Therapeut - sowohl die Diagnose erstellen als auch die Anspruchsbegründung verfassen sowie die Leistung erbringen und abrechnen?

Hilfeplanung

- Ist eine fachgerechte Hilfeplanung nach § 36 KJHG in jedem Fall fachlich und rechtlich geboten?
- Wer und welche Stellen sind mindestens am Hilfeplanungsprozeß zu beteiligen?
- Was muß der konkrete Hilfeplan aussagen?

Schweigepflicht und Datenschutz

- Wie können Erkenntnisse aus der Diagnostik und aus dem Therapieverlauf in den Prozeß der Hilfeplanung eingebracht werden ohne den Vertrauensschutz zu verletzen?

Leistungsbewilligung

- Wer oder welche Stelle trifft die fachliche Entscheidung, stellt die Indikation für eine bestimmte Hilfe?
- Wer oder welche Stelle bewilligt die Leistung, erstellt die Kostenübernahme?
- Wird der Therapeut vom Jugendamt direkt beauftragt oder erhält der Anspruchsberechtigte einen Leistungsbescheid mit Kostenübernahmeer-

klärung und beauftragt seinerseits den Therapeuten? Wie wird in einem solchen Fall die Leistungserbringung fachgerecht kontrolliert und wie wird der Therapeut in die Hilfeplanung einbezogen?

- Wer oder welche Stelle bezahlt letztendlich die Rechnungen und verwaltet den Haushaltstitel im öffentlichen Haushalt?
- Wer kann die Bewilligung einer Leistung zu welchem Zeitpunkt aus welchem Grunde beenden?

Kosten und Kostenträger

- Wann sind die Krankenkassen zuständig?
- Können im Einzelfall Leistungen der Pflegeversicherung in Betracht kommen?
- In welchen Fällen kann die Schulbehörde für die Leistungserbringung zuständig sein, wenn vorrangig schulische Leistungsstörungen, Legasthenie, Wissensdefizite behandelt werden?
- Welche Hilfen müssen die Eltern selbst initiieren? Was ist dabei zumutbar?
- Was müssen Eltern selbst bezahlen - Nachhilfeunterricht, Erlernen eines Musikinstrumentes? Müssen Eltern selbst bezahlen, wenn sie statt einer ambulanten Familientherapie lieber für das Kind eine Internatsunterbringung mit psychologischer Betreuung wünschen?

Kalkulation des Kostenaufwandes, Budgetierung

- Für welchen Anteil eines Jahrganges werden Leistungen nach § 35a erforderlich?
- Wie bleiben Kosten kalkulierbar, planbar, steuerbar? Wird auch die Jugendhilfe ähnlich wie die Krankenkassen bald vor der Aufgabe stehen, Budgetierungen vorzunehmen, das heißt obere Grenzen für bestimmte Leistungen festzulegen, oder steht das grundsätzlich im Widerspruch zum KJHG?

4. Fazit

Die aufgeführten Fragen zeigen, daß es noch etliche Fachdiskussionen zu führen gilt, um für diesen Leistungsbereich der Jugendhilfe einheitliche Stan-

dards zu finden. Und wie anfangs erwähnt: Die Fachdiskussion muß interdisziplinär geführt werden. Gerade in der produktiven fachlichen Auseinandersetzung unterschiedlicher Berufsgruppen liegt die Chance, diese Leistungen im Sinne der Kinder und Jugendlichen zu qualifizieren und ein Niveau zu erreichen, zu dem ein einzelnes Fachgebiet alleine nicht in der Lage wäre. Im Einzelfall kommt dabei der Koordinierung und Strukturierung dieses Dialogs in der Form des Hilfeplanprozesses eine unverzichtbare Bedeutung zu.

In diesem Sinne will ich eine **Definition** dessen versuchen, was ich als Ziel **des verantwortlichen Handelns der beteiligten Fachkräfte** unter dem rechtlichen Rahmen des KJHG verstehe:

Aufgabe der Fachkräfte bei der Anwendung des § 35a KJHG ist die Qualifizierung des Diagnose- und Hilfeplanprozesses und der zu erbringenden Jugendhilfeleistung durch strukturiertes Handeln in multiprofessioneller Kompetenz unter Federführung des Jugendamtes.

Dabei kommt es darauf an, daß die Jugendämter diese Verantwortung und Zuständigkeit auch annehmen und bei der Hilfeplanung selbst initiativ werden. Sie sind dabei gut beraten, die Fachkompetenz anderer Fachkräfte und Fachdienste einzubeziehen, denn gerade darin liegt die Chance zu einer fachlichen Qualifizierung der Leistung. Die Mitwirkung des Klienten bedeutet dabei ein zusätzliches emanzipatorisches Moment, sorgt für Transparenz und stärkt die Motivation des Leistungsempfängers.

Indem der Hilfeplanungsprozeß den Verlauf der Leistung bis zu ihrem Abschluß begleitet, immer wieder mit der Zielsetzung vergleicht und nötigenfalls steuernd eingreift, werden die beteiligten Fachkräfte nicht nur der Leistungsverpflichtung gerecht, sondern auch ihrer Verantwortung für das Ergebnis.

So wie medizinische Leistungen, so können auch Jugendhilfeleistungen gravierende unerwünschte Nebenwirkungen haben. Im Extremfall können diese die Zielerreichung in Frage stellen und einen Abbruch der Leistung notwendig machen. Wenn keine klare Diagnose und Zieldefinition vorliegt, ist die Gefahr unerwünschter Wirkungen höher. All dies gilt es im Hilfeplanungsprozeß im Auge zu behalten. Professionelle Hilfe kann sich eben nicht mit der fragwürdigen Ansicht begnügen, daß Jugendhilfeleistungen im Zweifels-

fall doch eher nützen als schaden. Eine Heimerziehung zum Beispiel, die nicht unter strenger Indikationsstellung zustandekommt und deren Notwendigkeit, Zielsetzung und Zielerreichung nicht regelmäßig überprüft wird, ist schädlich. Ähnliches gilt für Psychotherapien.

Die hier formulierten Ansprüche erscheinen hoch. Sie können sich sicherlich auch nicht auf die Leistungen nach § 35a beschränken, sondern müssen perspektivisch für alle Leistungsbereiche der Jugendhilfe gelten. Perspektivisch heißt: als Zielsetzung, als Denkansatz, als Handlungsorientierung, nicht von heute auf morgen.

Das KJHG wird oft als Leistungsgesetz bezeichnet, weil es im Vergleich zu seinem Vorläufer, dem Jugendwohlfahrtsgesetz, individuelle Rechtsansprüche auf bestimmte Jugendhilfeleistungen festschreibt.

Im alltäglichen Selbstverständnis der Jugendhilfe hat sich dieser Gedanke erst zögernd niedergeschlagen. Häufig zählt noch immer das Bemühen, der gute Wille und die hehre Motivation des Helfers mehr als das Ergebnis seiner Bemühungen: das, was beim Hilfeempfänger als wirksame, zielgerichtete Veränderung ankommt.

Ein Bäcker, dessen Brot nichts taugt, wird nicht bestehen, selbst wenn er sich als Ernährer der Menschheit versteht.

Wenn Jugendhilfe künftig mehr sein will als ein gutwilliger Helfer in der Not, wenn professionalisierte Jugendhilfe qualifizierte Leistungen anbieten will, müssen diese Leistungen in ihrer Qualität und Wirkung überprüft werden können. In der Jugendhilfe müssen künftig verstärkt Fragen nach Effizienz und Effektivität gestattet sein. Nicht nur Kostengründe sind dafür ausschlaggebend. Ich spreche auch nicht deshalb darüber, weil der Begriff „Qualitätsmanagement“ gerade modern ist. Entscheidend sind der Leistungsanspruch des Klienten und die Verantwortung für das Ergebnis des fachlichen Handelns.

Abgrenzungsschwierigkeiten zur Sozialhilfe - Lösungsansätze und Empfehlungen

KARL FISCHER

Leiter der Kreisjugendamtes Ostalbkreis, Baden-Württemberg

Entgegen meiner ursprünglichen Absicht veranlaßt mich der bisherige Verlauf der Fachtagung, meinem Praxisbericht ein kurzes Vorwort voranzustellen. Dies soll gleichzeitig Ausdruck meiner Befindlichkeit am Morgen des zweiten Beratungstages sein.

1. Wie Sie unschwer feststellen können, bin ich Schwabe und dies ohne Schuldgefühle wegen meiner Stammeszugehörigkeit.

2. Seit über 30 Jahren habe ich Freude an solchen Herausforderungen wie sie der § 35a SGB VIII darstellt. Unabhängig davon, wie gut oder schlecht gesetzliche Bestimmungen sind, versuche ich, mich an der Aussage eines früheren Bundesjustizministers zu orientieren, der einmal gesagt hatte: „Gesetze, Verordnungen und Bestimmungen sind dazu da, daß sie mit Geist erfüllt werden und nicht, daß darauf geritten wird.“ In diesem Sinne möchte ich Ihnen Mut machen, es mit dem § 35a KJHG zu versuchen.

Für den Umgang mit der neuen Bestimmung empfehle ich, die Chancen zur Abklärung und Ausgestaltung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zu nutzen. Gerade in den Möglichkeiten der Ausgestaltung der Hilfen sehe ich die besondere Herausforderung für die Jugendhilfe. Davon zu unterscheiden ist allerdings die Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern und die sich hieraus ergebenden kostenrelevanten Konsequenzen.

3. Ich bin hier hergekommen, um meine fachliche Kompetenz zu erhöhen. Das bisherige Ergebnis der Tagung stellt allerdings eine zusätzliche fachliche Verunsicherung dar.

Frau Dr. Charlotte Köttgen hat in ihrem Referat überzeugend erklärt und begründet, daß jede Fremdplazierung eines Kindes oder eines Jugendlichen eine seelische Verletzung darstellt. Als Konsequenz ergäbe sich die Zuordnung aller Hilfen mit Fremdplazierung zu § 35a KJHG. Durch die

Fachtagung begleitet uns andererseits immer der Hinweis auf die Verordnung aus Brandenburg, welche den § 35a SGB VIII für entbehrlich hält und alle Hilfen nach § 27 KJHG gewähren möchte.

Konsequenterweise hätten wir am Abend des ersten Beratungstages die Streichung beider Paragraphen und die Beendigung der Fachtagung beantragen müssen. Aufgrund der eigenen Unzuständigkeit und der Einsicht haben wir die §§ 35a und 27 KJHG natürlich nicht streichen können und wollen oder Herrn Dr. Wiesner gebeten, die nächste Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes in die Wege zu leiten.

Grundpositionen und Entwicklungstendenzen

Nunmehr lade ich Sie ein, mit mir kurz in die Tiefen der Praxis einzutauchen, um im Plenum sowie in den Arbeitsgruppen über die fachliche und sachliche Ausgestaltung der Hilfen im Interesse der hilfebedürftigen Kinder und Jugendlichen zu diskutieren und Problemlösungen zu erörtern.

Sie alle kennen das Sprichwort: „Aller guten Dinge sind drei.“ Mein Vortrag ist der zweite, auf Praxiserfahrungen der Jugendhilfe beruhende. Doch wie geht es uns gelegentlich, wenn wir zwischen Hoffen und Bangen die Beiträge der Vorredner verfolgen, immer in der Sorge, es bliebe für uns nichts Bedeutendes mehr beizutragen. Für den von mir zu erstattenden Bericht ist diese Sorge allerdings unbegründet. Gibt es Neues in der Praxis der Jugendhilfe, was nicht schon bekannt oder schon einmal dagewesen wäre? Mein Bericht beruht auf den Erfahrungen eines Kreisjugendamtes, dessen Zuständigkeitsbereich rund 320.000 Einwohner umfaßt. Zu erwähnen ist darüber hinaus, daß der Ostalbkreis eine überwiegend ländliche Struktur hat und in Baden-Württemberg liegt.

Was das Problem des Umganges mit seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen und die Charakterisierung ihrer Befindlichkeiten betrifft, so teile ich in erster Linie die Sichtweise von Frau Dr. Charlotte Köttgen. Auch ich bin der Meinung: Unter „normalen“ Lebensbedingungen kommen Kinder mit Einrichtungen der Jugendhilfe oder Psychiatrie nicht in Berührung. Sobald Probleme auftauchen, werden im Rahmen der Ressorts Gesundheit, Jugendhilfe, Strafverfolgung und Schule Hilfs- und Strafmaßnahmen wirk-

sam, die ihrem eigenen Selbstverständnis nach, dem „Wohle“ des Kindes dienen. Manche Kinder durchwandern das ganze System. Bereits in den 70er Jahren forderte der Deutsche Bildungsrat „Kinder nicht zu sortieren.“

Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie stellte 1981 fest: *„In ihrem Ursprung einmal fortschrittlich gedachte Reformen, die zu mehr Sonderbehandlungen und -einrichtungen für hör-, seh-, lern-, sprach-, geistig- und hirnorganisch behinderte Kinder führen - und zwar unter der Vorstellung, benachteiligte Kinder speziell zu fördern - hatten nicht selten die nachteilige Folge, daß diese Kinder ... aus jedem normalen, sozialen Zusammenhang herausgefördert wurden.“* Die Jugendhilfe entschied sich im Zuge der Heimreformen weniger für Spezialinstitutionen als vielmehr für Orte zum Leben für Kinder und junge Menschen. Während die Jugendpsychiatrie tendenziell starke einzelne Lebensbeeinträchtigungen oder Symptome im Blick hatte, wollte die Heimerziehung durch Entstigmatisierung der Institutionen praktische Solidarität im Alltag praktizieren.

So hat sich letztlich die Eingliederungshilfe nach den Bestimmungen des BSHG und den hierzu ergangenen Verordnungen herauskristallisiert. Schon zur Zeit des Jugendwohlfahrtsgesetzes waren dort, wo der Allgemeine Sozialdienst für das Jugend- und Sozialamt tätig war, die Grenzkonflikte zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe zu lösen. Besonders deutlich wurde dies bei Klärung der Frage: Liegt eine wesentliche Behinderung vor oder nicht und ist damit bei vollstationärer Hilfe die Hilfe durch das Landessozialamt oder durch das Jugendamt zu gewähren?

Plädoyer für ein Formblatt J

Schon damals hatten wir in Baden-Württemberg zur Einleitung von Maßnahmen für Behinderte das sogenannte Formblatt A verwendet. Dieses Formblatt A hat sich zwar bewährt, es wird jedoch dem Abklärungsbedarf für die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte im Rahmen der Jugendhilfe nicht gerecht. Mein Wunsch und meine Bitte an Sie alle ist es deshalb, mit zu überlegen, ob nicht die Entwicklung und Verwendung eines Formblattes J über alle Ländergrenzen hinweg - also bundesweit - hilfreich wäre. Ich bin sicher, daß eine solche einheitliche Basis die Aufgabe und die Übernahme bei Zuständigkeitswechsel wesentlich erleichtern würde.

Hinzu kommt, daß den Hilfebedürftigen erneute Untersuchungen und Abklärungen erspart werden können, wenn lediglich Änderungen in der Zuständigkeit eintreten, ohne daß sich Art und Umfang der Behinderung verändern. Meine Bereitschaft, für einen ersten Entwurf Sorge zu tragen, kann ich Ihnen versichern. Es wäre schön, wenn sich einige von Ihnen zur Mitarbeit bereit erklären könnten. Letztlich wäre die Erarbeitung einer gemeinsamen Basis die beste Gewähr dafür, daß der § 35a SGB VIII nicht zum Topf für ungeklärte Fälle wird. Diese Gefahr sehe ich und fürchte gleichzeitig, daß wir auch Mühe haben werden, die fachlich angemessenen Hilfen zu gewähren, wenn wir keine gemeinsame Basis für die Abklärung finden.

Starkes Interesse an der Problemlösung

Manche Kommentare zur Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe vermitteln den Eindruck, als ob es der sehnlichste Wunsch der Jugendämter war, die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zu erlangen. Zumindest für mein Amt und mich kann ich sagen, daß dem nicht so war.

Zutreffend ist allerdings, daß alle Jugendämter an der Beseitigung der Abgrenzungsschwierigkeiten zur Sozialhilfe interessiert waren und sind. Wie die bisherige Erfahrung zeigt, werden uns allerdings diese Abgrenzungsschwierigkeiten weiterhin erhalten bleiben, vor allem wenn es um die Frage geht, ob eine seelische Behinderung oder eine geistige Behinderung vorliegt. Die Abgrenzung in diesem Bereich gestaltet sich deshalb besonders schwierig, weil bei geistig Behinderten - insbesondere bei leichter geistiger Behinderung - davon auszugehen ist, daß sie mit einer drei- bis viermal größeren Wahrscheinlichkeit zusätzlich an organischen Störungen, psychischen Beeinträchtigungen und Leistungsstörungen leiden. Das gehört in den meisten Fällen zur Grundstörung der geistigen Behinderung dazu oder läßt sich aus der Verarbeitung der Defizitsituation erklären.

Da es kaum reine Behinderungsformen - insbesondere nicht im Bereich der geistigen Behinderung - gibt, bedürfen die Mehrfachbehinderungen einer sehr sorgfältigen Abklärung. Die Zuordnung sollte zu dem Bereich, dessen Störungsart das Gesamtbild beherrscht und dessen Betreuungsansatz die übrigen Förderansätze nachgeordnet werden müssen, erfolgen.

Mit dem Inkrafttreten des SGB VIII des Kinder- und Jugendhilfegesetzes wurden dann die Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach Maßgabe des § 40 des Bundessozialhilfegesetzes und der Verordnung nach § 47 des Bundessozialhilfegesetzes in § 10 Absatz 2, Seite 2 in Verbindung mit § 27 Absatz 4 mit der Maßgabe des Artikels 11 geregelt, daß bis 31. Dezember 1994 auch für junge Menschen, die wegen einer wesentlich seelischen Behinderung oder drohenden Behinderung der Eingliederungshilfe bedürfen, die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz vorrangig zu gewähren sind.

Aufgrund des Landesrechtsvorbehalts des Artikels 11 Absatz 2 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes wurde in Baden-Württemberg mit dem § 21 des Landesjugendhilfegesetzes bestimmt, daß Maßnahmen für seelisch wesentlich behinderte junge Menschen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz vorgehen, soweit diese Leistungen erstmals nach dem 31. Dezember 1990 geleistet wurden.

Sehr rasch wurde deutlich, daß eine annähernd einheitliche Anwendung der neuen Bestimmungen eine gemeinsame Empfehlung der Kommunalen Spitzenverbände und der beiden Landeswohlfahrtsverbände erforderlich macht. Diese Empfehlungen wurden jeweils entsprechend der geänderten Gesetzeslage fortgeschrieben. Den zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen liegt die Empfehlung der Landeswohlfahrtsverbände Württemberg-Hohenzollern und Baden vom 28. Mai 1993 zugrunde.

Vier markante Zuordnungsprobleme

Zu der immer wieder aufgeworfenen Frage der Zuordnung der Frühförderung gilt für Baden-Württemberg die Zuständigkeit des Sozialamtes. Diese Zuordnung erscheint fachlich deshalb begründet, weil bei Kindern bis zum Alter von sechs Jahren eine seelische Behinderung kaum mit der notwendigen Sicherheit diagnostiziert werden kann. Eine ergänzende Hilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII ist zur Frühförderung möglich. Die bisherige Erfahrung zeigt darüber hinaus, daß 80 Prozent der Fälle keine Probleme bereiten und nur bei 20 Prozent der Fälle Schwierigkeiten auftreten.

Probleme werden seitens des Landessozialamtes vor allem bei vier markanten Konstellationen signalisiert:

1. Abgrenzung zwischen Alt- oder Neufall

Das Landessozialamt und das zuständige Jugendamt sind sich einig, daß zum Zeitpunkt der Antragsstellung die geltenden Vorschriften die Entscheidungsgrundlage darstellen. Später noch vor der Entscheidung des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe eingetretene Rechtsänderungen haben nur insofern Auswirkungen auf die Entscheidung, wenn entschieden werden muß, ob Leistungen der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe in diesen laufenden Fällen zu gewähren sind.

Nach Auffassung des Rechnungsprüfungsamtes des Landeswohlfahrtsverbandes soll allein die zum Zeitpunkt der Entscheidung gültige Rechtsgrundlage - acht bis neun Monate nach Antragsstellung - für die Beurteilung Sozialhilfe oder Jugendhilfe maßgeblich sein.

Der vom Landessozialamt darauf hin geltend gemachte Anspruch auf Rückerstattung der Kosten für den Zeitraum 4. November 1990 bis 31. Dezember 1991 wird vom Kreisjugendamt zurückgewiesen. Es stellt sich die Frage eines Spruchstellenverfahrens. In analoger Anwendung des Artikels 14 KJHG dürfte die übereinstimmende Rechtsauffassung des Landessozialamtes und des Jugendamtes bestätigt werden.

2. Das Zuordnungsproblem Jugendhilfe oder Eingliederungshilfe BSHG bei körperlicher und seelischer Behinderung - Mehrfachbehinderung

Einvernehmen besteht grundsätzlich darüber, daß die Zuordnung zu dem Bereich erfolgen soll, dessen Störungsart das Gesamtbild beherrscht. Dem daraus folgenden Betreuungsansatz müssen die übrigen Förderansätze nachgeordnet werden. In Zweifelsfällen wird die Zuordnung zur körperlichen oder seelischen Behinderung durch ein Gutachten des Landesarztes für Behinderte beim Landesgesundheitsamt beurteilt.

Der Landesarzt äußert sich dabei nicht nur zur Art der Behinderung - körperlich-geistig-seelische Behinderung -, sondern auch zur Frage der angemessenen Maßnahmen, so über offene oder teilstationäre Maßnahmen. Im Hinblick auf die sich aus der Art der Maßnahmen eventuell ergebende Kostentragung werden die Stellungnahmen des Landesarztes von den Trägern der Jugend-

hilfe nicht immer akzeptiert. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe wünscht die absolute Verbindlichkeit der Stellungnahme des Landesarztes für die Jugendämter selbst auch dann, wenn das örtliche Gesundheitsamt gegenteiliger Auffassung ist.

Im Hinblick darauf, daß die Stellungnahme des Staatlichen Gesundheitsamtes - Kontakt mit dem behandelnden Arzt oder Facharzt und eigene Untersuchung - und des Landesarztes (Aktenlage) unterschiedliche Erkenntnisquellen als Grundlage haben, ist die einseitige Gewichtung zugunsten des Landesarztes abzulehnen. Darüber hinaus erscheint die Heranziehung der Einrichtungsart als Entscheidungskriterium nicht unbedenklich. Die Gefahr, daß Verhaltensstörungen und familiäre Schwierigkeiten hineininterpretiert werden, darf nicht übersehen werden. Spruchstellenverfahren oder Verfahren vor den Verwaltungsgerichten werden auch künftig bei Mehrfachbehinderungen erhalten bleiben.

3. Die Abgrenzung zwischen Jugendhilfe/Sozialhilfe und Eingliederungshilfe wegen nicht wesentlicher geistiger Behinderung bei bereits im Heim untergebrachten Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche mit nicht wesentlicher geistiger Behinderung oder Lernbehinderung oder leichter intellektueller Behinderung mit Verhaltensstörungen oder Verwahrlosungstendenzen oder Entwicklungsrückständen sind in Jugendhilfeeinrichtungen auf Kosten der Jugendhilfe untergebracht. Die Überprüfung durch das Jugendamt über das Gesundheitsamt anhand des Formblattes A stellt eine wesentliche geistige Behinderung fest.

Der Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe wurde durch das Landessozialamt abgelehnt mit der Begründung, daß der Landesarzt zu dem Ergebnis kommt, daß eine seelische Behinderung oder eine nicht wesentliche geistige Behinderung vorliegt und deshalb die Zuständigkeit der Jugendhilfe gegeben sei. Ergänzend wird darauf hingewiesen, daß sich weder an der Behinderung noch an den Gründen für die Heimunterbringung etwas geändert hat oder ein Einrichtungswechsel ansteht. Diese Entscheidung des Landessozialamtes wird durch das Jugendamt nicht akzeptiert. Es gilt, die Einzelvereinbarungen nach einer noch zu erstellenden Fallkonstellation zu treffen.

Nach Auffassung des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern sollte der bisherige Kostenträger bis zur Beendigung der Maßnahme auch die Kosten tragen. Ähnliches soll auch für die Neufälle mit den vorher beschriebenen Defiziten und der Absicht der Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung gelten. Hier kann empfohlen werden, daß bei Neufällen der erste angesprochene Träger eine Vorleistung gemäß § 43 SGB I übernimmt.

4. Das Problem der Hilfe für junge Volljährige gemäß § 41 SGB VIII in Verbindung mit § 35a SGB VIII bei nicht wesentlicher geistiger Behinderung

Jugendliche mit leichter bis mäßiger geistiger Behinderung und Verhaltensstörung befinden sich seit Jahren im Rahmen der Hilfe zur Erziehung in einer Jugendhilfeeinrichtung. Vor Vollendung des 18. Lebensjahres wird das Staatliche Gesundheitsamt vom Jugendamt um ein ärztliches Gutachten nach Formblatt A gebeten. Aufgrund dieses Gutachtens stellt das Jugendamt seine Leistungen mit Vollendung des 18. Lebensjahres ein. Die Einstellung der Jugendhilfeleistungen wird damit begründet, daß mit Erreichen der Volljährigkeit Jugendhilfeleistungen nicht mehr möglich sind. An der Maßnahme und an der Unterbringung hat sich jedoch nichts geändert.

Der Antrag auf Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe wird zum Anlaß genommen, auf § 41 SGB VIII hinzuweisen und die Übernahme der Kosten bei einem Wechsel in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe seitens des Landessozialamtes zugesichert. Das Jugendamt verweist auf die Vorleistungspflicht gemäß § 44 BSHG. Bei dieser Lage kann ich empfehlen: Im Hinblick auf Art und Dauer der Hilfe ist im Einzelfall eine sorgfältige Abklärung vorzunehmen. Auf dieser Basis vor allem kann über die Zuständigkeit entschieden werden. Auf die Gestaltungsmöglichkeiten der §§ 44 BSHG und 43 SGB I möchte ich bei weiterhin unklarer Zuständigkeit hinweisen.

Hilfe für junge Volljährige gemäß § 41 SGB VIII wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt. Diese soll in begründeten Einzelfällen für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden. Diese Abgrenzung bereitet zunehmend deshalb Schwierigkeiten, weil trotz unstrittig vorliegender seelischer Behinderung die Jugendhilfeträger geneigt sind, die Hilfe kurz vor dem 21. oder kurz nach dem 21. Lebensjahr einzustellen.

Das Landessozialamt vertritt die Auffassung, daß in solchen Einzelfällen Jugendhilfe bis zum Abschluß der Schul- oder Berufsausbildung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zu gewähren ist. Dieser Auffassung kann nicht zugestimmt werden, da aus der Begriffserläuterung des § 7 SGB VIII kein Leistungsanspruch oder Bezugszeitraum abgeleitet werden kann.

Im Interesse des hilfebedürftigen jungen Volljährigen sollte eine Verständigung dahingehend erfolgen, daß Maßnahmen, die kurz vor dem 21. Lebensjahr eingeleitet werden und damit doch wesentlich über den Zeitpunkt des 21. Lebensjahres hinaus andauern werden, direkt vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Andererseits sollten Schul- und Berufsausbildungsmaßnahmen, die vor dem 21. Lebensjahr eingeleitet und kurz nach dem 21. Lebensjahr beendet werden, vom bisherigen Jugendhilfeträger weiter übernommen werden. Selbstverständlich ist dabei immer darauf zu achten, ob nach der jeweiligen Maßnahme die Führung eines eigenständigen Lebens möglich ist.

Verschiedene Positionen über die Zusammenarbeit

Das Landessozialamt beklagt die zunehmenden Hinweise der Jugendämter auf den Datenschutz und die daraus resultierende fehlende Bereitschaft, zweckgebundene Daten und Informationen dem Landessozialamt zu überlassen. Auch wenn durch den Datenschutz die Erfüllung der Aufgaben etwas erschwert ist, bleibt aber die Verpflichtung der §§ 64, 65 SGB VIII als Spezialgesetz die grundsätzliche Orientierung für das Jugendamt. Es ist zumutbar, die entscheidungsrelevanten Daten entweder selbst zu erheben oder die Einwilligung der Betroffenen zur Weitergabe der Daten einzuholen.

Aktuelle Erfordernisse

Lassen Sie mich zum Schluß noch auf einige Dinge hinweisen, die in nächster Zeit verstärkt unter die Lupe genommen werden müssen: Die Aufgabe der Gewährung von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche macht es erforderlich, die Angebote und die Art der Einrichtungen der Jugendhilfe hinsichtlich der neuen Aufgabe zu überprüfen und erforderlichenfalls erweiterte Angebote zu entwickeln.

Manche Kolleginnen und Kollegen sind geneigt, den Hilfeplan als alleiniges Heilmittel für die zu gewährenden Hilfen zu beschwören. Der Hilfeplan ist zwar ein wesentliches Instrument im Hinblick auf die Gestaltung und Ausgestaltung der Hilfen. Er kann jedoch andere Rechtsgrundlagen nicht ersetzen. Die bisher praktizierte Form der Hilfepläne sollte mit Blick auf die Transparenz für die Betroffenen geprüft und fortgeschrieben werden.

Besondere Bedeutung wird künftig der Beratung über die Unterschiede der Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem BSHG und dem KJHG zukommen. Wie Sie wissen, sind die Eltern im Rahmen der Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz zu einem wesentlich höheren Kostenbeitrag heranzuziehen als dies bei gleicher Hilfe nach dem BSHG erfolgt.

Diese Ungleichbehandlung ist eine Ungerechtigkeit, die den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Eltern nicht logisch erklärt werden kann. Hier wäre dringend eine gesetzliche Änderung erforderlich. Das Ziel muß die Gleichbehandlung sein - unabhängig davon, ob Leistungen nach dem BSHG oder KJHG gewährt werden. Deshalb bitte ich Herrn Dr. Wiesner, im Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf diese Widersprüche deutlich hinzuweisen.

Möglichkeiten der Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in Thüringen

VIOLA GEHRHARDT

stellvertretende Leiterin des Landesjugendamtes Thüringen

Über die Hintergründe und die Bedeutung des Zuständigkeitswechsels für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche vom BSHG zum KJHG wurde bereits ausführlich referiert. Das Anliegen meiner Darstellungen soll der Praxisbezug im Umgang mit seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen bezüglich der Betreuungsmöglichkeiten und deren Perspektiven in Thüringen sein.

1. Verschiedene Gründe für die ganzheitliche Betreuung

In Thüringen liegt die Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bereits seit Inkrafttreten des Thüringer KJHAG und der Novelle des KJHG im April 1993 im Bereich der Jugendhilfe. Die in § 40 BSHG und insbesondere die in der Eingliederungshilfeverordnung nach § 47 BSHG aufgeführten Maßnahmen der Eingliederungshilfe, die für die Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG maßgeblich sind, gelten für Personen mit unterschiedlichen Behinderungen; für Kinder und Jugendliche ebenso wie für Erwachsene. Sie sind deshalb unspezifisch.

Diese Maßnahmen bedürfen der Interpretation und der differenzierten Ausgestaltung, um von der Jugendhilfe gemäß deren Auftrag und Handlungskompetenz angewandt werden zu können, um eine Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen zu gewährleisten. Es wird uns als Landesjugendamt in unserer hoheitlichen Funktion der Sicherung des Wohles von Kindern und Jugendlichen durch die Heimberatung gerade in Einrichtungen, die integrativ Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung betreuen, immer deutlicher, daß eine Zuständigkeit in „einer Hand“ nur im Interesse des Kindes oder Jugendlichen sein kann.

Betrachtet man § 3 der Eingliederungshilfeverordnung, so wird deutlich, daß sich die Vorschriften des BSHG zur Eingliederungshilfe insgesamt vorwiegend an Beeinträchtigungen Erwachsener orientieren, Entwicklungsprozesse

von jungen Menschen kaum berücksichtigen und Schwerpunkte bei medizinisch-therapeutischen Angeboten setzen. Bezüge zu sozialpädagogischen Hilfen und Ansätzen sind bisher kaum vorhanden. Hier ist die Notwendigkeit der Zuständigkeit der Jugendhilfe ganz gravierend.

Jugendhilfe ist in dem Sinne nicht nur Kostenträger der Maßnahmen nach § 35a KJHG - wie bisher der überörtliche Träger Landessozialamt -, sondern hat auch den fachlichen Bezug zu der Hilfemaßnahme, insbesondere mit dem wichtigen Instrument der Hilfeplanung gemäß § 36 KJHG als Regularium, Kontrollinstanz und der fachlichen Unterstützung des Landesjugendamtes. Die „Peinlichkeit“ der sogenannten vergessenen Kinder in Einrichtungen dürfte somit keine Daseinsberechtigung mehr haben!

Das KJHG ermöglicht generell die Vernetzung der Eingliederungshilfe mit den übrigen Hilfen zur Erziehung, insbesondere mit den familienbezogenen. § 35a Absatz 2 KJHG sieht zudem ausdrücklich vor, daß bei gleichzeitig notwendiger Hilfe zur Erziehung diese und die Eingliederungshilfe von Einrichtungen und Diensten gemeinsam geleistet werden sollen und können. Diese Vorschrift verstärkt die erklärte Absicht, seelisch behinderte Kinder und Jugendliche auch von den Leistungen her als Adressaten der Jugendhilfe zu verstehen. Damit besteht die Verpflichtung der öffentlichen Träger der Jugendhilfe, auch die Anforderungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen in die Jugendhilfeplanung mit einzubeziehen.

Der gesetzliche Zuständigkeitswechsel kann sich demzufolge nicht nur auf Fragen der Diagnose und Kostenträgerschaft beschränken. Um Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten und eine „Ausgliederung“ nicht zuzulassen, ist es mehr als sinnvoll und entwicklungsfördernd, wenn Kinder und Jugendliche gesetzlich dem KJHG zugeordnet werden.

Angesichts der fließenden Übergänge zwischen Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe und im Interesse eines ganzheitlichen Hilfeansatzes ist die Etablierung oder Beibehaltung jeweils eigenständiger Strukturen von Einrichtungen und Diensten für die Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27 ff. KJHG einerseits und für die Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG andererseits zu vermeiden. Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern, die sowohl der Hilfen zur Erziehung als auch der Eingliederungshilfe bedürfen, sollen nicht an zwei verschiedene Strukturen von Einrichtungen und Diensten verwiesen werden.

Die einzelnen Einrichtungen und Dienste sollen so organisiert und fachlich qualifiziert werden, daß sie trotz der zwei verschiedenen Rechtsgrundlagen den zu deckenden Hilfebedarf im Einzelfall aus einer Hand gewähren können. Nach dieser allgemeinen Einführung möchte ich insbesondere auf die Situation in Thüringen eingehen:

2. Orientierung auf differenzierte Hilfeangebote

Eine Aussage über aktuelle Fallzahlen seelisch behinderte Kinder und Jugendlicher nach dem Zuständigkeitswechsel vom BSHG zum KJHG war im stationären wie auch im ambulanten Bereich im April 1993 nicht möglich. Noch schwieriger gestaltete sich in Thüringen eine Prognose. Aber ohne eine sinnvolle Jugendhilfeplanung auch in bezug auf § 35a KJHG ist keine objektive Abstimmung von Einrichtungen und Diensten für dieses Klientel möglich. Um dies realisieren zu können, ist ein umfassende Bedarfsanalyse unerlässlich.

Im Sinne ihrer planerischen Funktion im Rahmen der Jugendhilfeplanung wurden in Thüringen die beiden Landesarbeitsgemeinschaften „Heimerziehung“ und „ambulante Hilfen zur Erziehung“ wirksam und entwickelten einen Fragebogen zur Heimbedarfsplanung sowie einen zweiten zur Bedarfsplanung ambulanter Hilfen zur Erziehung, unter anderem auch für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Der Fragebogen zur Heimbedarfsplanung wurde bereits vom Landesjugendhilfeausschuß beschlossen; er wird angewendet. Der Fragebogen zur Bedarfsplanung „ambulante Hilfen zur Erziehung“ liegt momentan im Entwurf vor und wird im Landesjugendhilfeausschuß beraten.

Die Auswertung dieser Fragebögen ist eine mögliche Grundlage für die Jugendhilfeplanung auf dem Gebiet der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Dies ersetzt jedoch nicht die Notwendigkeit, auf örtlicher Ebene mit den Sozialämtern zu kooperieren, um sich über Alt- und Neufälle abzustimmen, um auf reale Zahlen zu kommen.

Eine Befragung der thüringischen Jugendämter zum Bedarf seelisch Behinderter ergab im Bereich der stationären Hilfen zur Erziehung gemäß § 34 KJHG einen prognostischen Bedarf von rund 165 Plätzen, für

teilstationäre Angebote gemäß § 32 KJHG einen Bedarf von rund 112 Plätzen und im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen gemäß der §§ 27 ff. KJHG einen Bedarf von rund 168 Maßnahmen.

In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf: Wo werden seelisch behinderte Kinder und Jugendliche momentan betreut? Gegenwärtig wird die Mehrzahl seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in Behindertenheimen und psychiatrischen Einrichtungen betreut. Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche werden nur in einigen Einrichtungen der Jugendhilfe schon integrativ und ganzheitlich betreut.

Bezüglich der genauen Zahl der Altfälle gab es zum Zeitpunkt des Zuständigkeitswechsels vom BSHG zum KJHG keine konkrete Aussage des überörtlichen Sozialhilfeträgers sowie der örtlichen Sozialämter. Im Interesse des Wohles der Kinder und Jugendlichen ist eine enge Koordination von Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung/Jugendhilfe ohne jegliche Stigmatisierung, ist die Zusammenarbeit der örtlichen und überörtlichen Ebene der Sozialhilfe und Jugendhilfe im Sinne gleichberechtigter Partner dringend notwendig.

3. Strukturelle Möglichkeiten zur Hilfe

Welche Möglichkeiten bietet die Struktur der Hilfen zur Erziehung für die Eingliederungshilfe seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher? Benannt ist in § 35a (1) Nr. 3 KJHG die Eingliederungshilfe durch geeignete Pflegepersonen. Der Zusatz „geeignete Pflegepersonen“ erscheint im Grunde überflüssig. Dieser soll jedoch verdeutlichen, daß die Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher besondere Anforderungen an die Eignung und Belastbarkeit der Pflegepersonen stellt.

Dann folgt Nr. 4 - die Eingliederungshilfe in Einrichtungen über Tag und Nacht und in sonstigen Wohnformen. Dieser Begriff schließt an die Terminologie des § 34 KJHG an, in dem Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen geregelt sind. Im Gegensatz zum § 34 KJHG wird jedoch beim Begriff Wohnform auf den Zusatz „betreute“ verzichtet. Diese Wortwahl läßt vermuten, daß der Gesetzgeber damit den Begriff weiter fassen wollte als im

§ 34 KJHG und auch - vergleichbar mit § 35 KJHG - Formen der intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung in das Hilfespektrum einbeziehen wollte. Wie ist die Situation gegenwärtig in Thüringen? Ich orientiere mich dabei am § 35a (1) Nr. 1 - ambulante Hilfen, an Nr.2 - Tageseinrichtungen für Kinder oder andere teilstationäre Einrichtungen, an Nr. 3 - geeignete Pflegepersonen sowie an Nr. 4 - in Einrichtungen über Tag und Nacht und sonstige Wohnformen. Ergänzend möchte ich auf Beschulungsmöglichkeiten in Förderschulen für Verhaltensgestörte hinweisen.

3.1. Ambulante Hilfen

In Thüringen gibt es insgesamt 47 Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen gemäß § 28 KJHG. Es existiert ein breites, gut ausgebautes Beratungsstellennetz. Im Bereich der Sozialpädagogischen Familienhilfe gemäß § 31 KJHG gibt es in Thüringen 48 Maßnahmen, deren Fachlichkeit jedoch in der Regel noch nicht für dieses Klientel ausreicht. Die Fachlichkeit muß im Einzelfall durch eine Zusatzqualifikation verbessert werden.

3.2. Teilstationäre Einrichtungen

Momentan gibt es in Thüringen 15 Tagesgruppen im Sinne des § 32 KJHG. Auch in diesem Zusammenhang ist die Fachlichkeit für die Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher durch Zusatzqualifikationen zu verbessern. Die materiellen und fachlichen Voraussetzungen für die Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher müssen umfangreicher sein als bei „herkömmlichen“ Hilfen zur Erziehung. Dies bedeutet konkret, daß die Standards der Jugendhilfe generell verbessert werden müssen.

3.3. Pflegepersonen

In Thüringen sind hierfür sozialpädagogische Pflegestellen angedacht, weil die Betreuung und Erziehung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher eine wesentlich höhere Fachlichkeit, Eignung und Belastbarkeit der Pflegepersonen voraussetzt. Empfehlungen für diese sozialpädagogischen Pflegestellen liegen bereits im Entwurf vor.

Künftig sollen eine kontinuierliche Fachberatung durch geeignete Beratungsstellen sowie Pflegeelternschulen als begleitende Maßnahmen ermöglicht werden. Gegenwärtig gibt es diese Art Pflegestellen in Thüringen noch nicht. Deren Schaffung soll aber durch die vorliegenden Empfehlungen in Verbindung mit dem Fördertitel „Landesprogramm ambulante Erziehungshilfen und Pflegeelternberatung“ forciert werden.

3.4. Einrichtungen über Tag und Nacht

Es gibt in Thüringen zur Zeit 82 Kinder- und Jugendheime gemäß § 34 KJHG, die nur in sehr begrenztem Umfang entsprechend ihren materiellen und fachlichen Voraussetzungen seelisch behinderte Kinder und Jugendliche betreuen können. Die einzige Einrichtung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist zur Zeit die Einrichtung des Fachkrankenhauses Nordhausen in Wülfingerode. Dort ist eine Übernahme durch einen Jugendhilfeträger geplant. Durch diesen neuen Jugendhilfeträger wurden bereits konzeptionelle Veränderungen des sozialpädagogischen Ansatzes in Verbindung mit einer Reduzierung der Platzzahl und ein integratives Betreuungsangebot angedacht.

Die zur Zeit zehn existierenden betreuten Wohnformen bieten keine Voraussetzung für die Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher. Analog zu den anderen genannten Hilfen müßte auch hier die materielle Voraussetzung sowie die fachliche Qualifikation verbessert werden. Die vorliegenden thüringischen Empfehlungen für Heime sowie betreute Wohnformen müssen dringend für dieses Klientel ergänzt und novelliert werden.

Zur Zeit existieren in Thüringen fünf Träger mit einem Angebot von zehn Plätzen für die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung gemäß § 35 KJHG, wobei hier eine Abgrenzung zu Pflegestellen und Erziehungsstellen dringend erforderlich scheint. Für behinderte Kinder und Jugendliche gemäß der §§ 39 und 40 BSHG gibt es in Thüringen zur Zeit 30 Einrichtungen.

3.5. Förderschulen für Verhaltensgestörte

Dabei beziehe ich mich auf das Thüringer Förderschulgesetz § 2 (1) Satz 2 d. Gegenwärtig existieren in Thüringen fünf Förderschulen V, von denen sich

bereits eine - nach dem Thüringer Privatschulgesetz vom 23. März 1994 - in freier Trägerschaft als Ersatzschule befindet. Die anderen vier können befristet bis zum Schuljahresende 1995 arbeiten.

Ergänzend zu diesen Förderschulen V gibt es sechs Förderzentren. Das Thüringer Kultusministerium verweist mit Blick auf eine adäquate Beschulung seelisch Behinderter konsequent auf die Möglichkeit der Einrichtung von Schulen in freier Trägerschaft. Das Zusammenwirken von Schulnetzplanung und Heimbedarfsplanung bezüglich der Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher ist unumgänglich. Diesbezüglich besteht zwischen dem Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit und dem Thüringer Kultusministerium sowie dem Landesjugendamt Thüringen ein reger fachlicher Austausch.

4. Perspektiven der Betreuung in stationären Einrichtungen

Das Ziel der Jugendhilfeplanung in Thüringen besteht darin, keine spezialisierte überregionale Einrichtung für die Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher zu etablieren, sondern in bestehenden Einrichtungen der Erziehungshilfe integrative Angebote mit differenzierten anspruchsvollen Konzepten zu realisieren. Der anzuhebende Standard der Hilfen zur Erziehung soll generell auch zur Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher genutzt werden.

Diesbezüglich wurde in einem Beschluß des Landesjugendhilfeausschusses Thüringen festgelegt, daß die stationäre Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in bestehenden Einrichtungen der Jugendhilfe integrativ erfolgen soll. Jede dieser Einrichtungen soll maximal eine Gruppe bis zu sechs seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen betreuen.

Eine Modellkonzeption für ein integratives Konzept mit intensiv-therapeutischem Ansatz könnte wie folgt aussehen: In einem Kinder- und Jugendheim mit einer Kapazität von rund 36 Kindern und Jugendlichen sind drei Gruppen mit einer Gruppenstärke von zehn Kindern und Jugendlichen einzurichten sowie eine Gruppe mit sechs seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen. Für die beiden Bereiche wären folgende Fachkräfte einzuplanen: Im ersten Gruppenbereich gemäß § 34 KJHG ist für Kinder und Jugendliche

ein Personalschlüssel von 1 : 2 für pädagogische Fachkräfte vorgesehen. In diesem Schlüssel sind Fach- und Funktionsdienste bereits enthalten. Fachkräfte können hier staatlich anerkannte Erzieher und Sozialpädagogen sein. Im Einzelfall sind auch Fachkräfte mit gleichwertigen pädagogischen Berufsabschlüssen auf der Basis des § 23 Thüringer KJHAG zuzulassen.

Im zweiten Gruppenbereich gemäß § 35a KJHG sind für eine Gruppe von sechs seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen pädagogische Fachkräfte im Rahmen eines Personalschlüssels von 1 : 2 zu planen. In begründeten Einzelfällen kann auch ein Schlüssel im Verhältnis 1 : 1 Entscheidungsgrundlage sein. Zusätzlich zu diesen pädagogischen Fachkräften kann im Gegensatz zum Heimbereich gemäß § 34 KJHG eine Nachtwache im Rahmen des Personalschlüssels von 1 : 1,79 eingesetzt werden. Pädagogische Fachkräfte können hier ebenfalls staatlich anerkannte Erzieher sowie Sozialpädagogen sein. Im Rahmen des anzuwendenden Personalschlüssels sollten hier auch therapeutische Fachkräfte, Heilpädagogen, Psychologen und Förderlehrer zum Einsatz kommen.

Die materiellen Voraussetzungen für den Gruppenbereich der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen sind analog der thüringischen Heimempfehlungen zu gestalten. Zusätzlich sind hier Therapieräume, ein Raum für schulische Förderung, Hausaufgaben und Elternarbeit einzuplanen. Auch ein Appartement für Eltern sowie ein umfangreiches Freigelände sind notwendig.

Im Rahmen der regionalen Möglichkeiten ist die Kooperation mit den Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen zu nutzen. Regionale Therapieangebote sollten ausgeschöpft werden. Eine komplementäre Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie den Sozialpädiatrischen Zentren ist darüber hinaus anzustreben.

Eine wesentliche Voraussetzung, um in einer Einrichtung der Jugendhilfe integrativ seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zu betreuen, ist die vorherige Prüfung einer Möglichkeit der adäquaten Beschulung dieses Klientels im Rahmen der Schulnetzplanung. Möglicherweise ist die Schaffung einer Ersatzschule als Förderschule V zu prüfen. Hier sollte jedoch die Prämisse einer Reintegration in den Regelschulbereich nicht außer acht gelassen werden.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Nach ersten Erfahrungen im Umgang mit dem § 35a KJHG kann ich aus thüringischer Sicht feststellen, daß nach den anfänglichen Schwierigkeiten bei der Übernahme der sogenannten Altfälle aus dem Sozialhilfereich in den Jugendhilfereich wesentliche Fortschritte im Umgang mit den sogenannten Neufällen zu verzeichnen sind. Es zeigt sich deutlich, daß die Entscheidung, die Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Bereich der Jugendhilfe anzusiedeln, eine richtige Entscheidung war. Ich bin sicher, daß sich diese Zuordnung und die Lösung der damit verbundenen Probleme zu einer Qualifizierung der Jugendhilfestandards insgesamt führen wird.

Nach dieser „kleinen Lösung“ beim Zuständigkeitswechsel für Kinder und Jugendliche aus dem Sozialhilfereich in den Jugendhilfereich sollte perspektivisch über eine „große Lösung“ für alle behinderten Kinder und Jugendlichen nachgedacht werden und dabei primär die Betrachtung aus dem Blickwinkel Kind oder Jugendlicher erfolgen und erst sekundär aus dem Blickwinkel der Behinderung.

Um die Anwendung des § 35a KJHG in Thüringen weiter zu unterstützen und zu qualifizieren, ist im Rahmen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ein „Reader“ als Wegweiser für alle mit diesem Klientel arbeitenden Bereiche entstanden, der im Juni 1995 erscheinen wird. Diese Orientierungshilfe enthält neben Ausführungen zu der brisanten Abgrenzungsproblematik zwischen BSHG und KJHG auch einen Vordruck zur „sozialmedizinischen Stellungnahme“ als Entscheidungshilfe für den Sozialarbeiter im Jugendamt. Ein Positionspapier dieser interdisziplinären Arbeitsgruppe verweist auf die noch zu klärenden Fragen im Umgang mit der Problematik der Frühförderung und der Mehrfachbehinderung.

Im Fortbildungsangebot des Landesjugendamtes Thüringen werden vielfältige Fachtagungen zu den spezifischen Problemen seelisch behinderter Kinder und Jugendlichen im Rahmen der ambulanten und stationären Hilfen zur Erziehung angeboten. Perspektivisch sind wir als Landesjugendamt bestrebt, die kontinuierliche Beratung und Unterstützung der Jugendämter sowie der Träger von Maßnahmen nach dem § 35a KJHG im Rahmen der Hilfen zur Erziehung gemäß der §§ 27 ff. KJHG entsprechend unseres Auftrages nach § 85 (2) KJHG verantwortungsbewußt fortzusetzen.

Berichte aus den sechs Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe 1 zum Thema:

Verfahren zur Übergabe der Fälle vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe auf den örtlichen Träger der Jugendhilfe

MODERATION: KARL FISCHER,

Leiter des Kreisjugendamtes Ostalbkreis, Baden-Württemberg, und

GERHARD OTTE,

Leiter des Kreisjugendamtes Düren, Nordrhein-Westfalen

Nach einer kurzen Sachdiskussion besteht auch bei den Teilnehmern des Arbeitsgruppengesprächs Einvernehmen darüber, daß die Gestaltung von praktikablen Verfahren eine Differenzierung zwischen Alt- und Neufällen erforderlich macht.

1. Altfälle

Im Hinblick auf die zum 1. Januar 1995 erfolgte Übergabe der Akten vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu den Jugendämtern wurde übereinstimmend festgestellt, daß die übergebenen Akten in der Regel keine Unterlagen enthalten, die eine Entscheidung und Übernahme durch das örtliche Jugendamt im Rahmen der Eingliederung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zulassen. Die bisherige Hilfestellung erfolgte teilweise allein aufgrund der Vorlage einer Bescheinigung des Hausarztes. Überwiegend handelt es sich bei den übergebenen Akten um Leistungsakten. Die Entwicklung eines jungen Menschen im Rahmen der gewährten Hilfe ist leider nicht dokumentiert. Es wurde deshalb in der Arbeitsgruppe empfohlen, die Vorgänge der überörtlichen Träger der Sozialhilfe nach folgenden Kriterien zu überprüfen:

- Welche ärztlichen, psychologischen, sozialpädagogischen Gutachten und Beurteilungen waren die Grundlage für die bisherige Hilfestellung?
- Lassen die Unterlagen eine sach- und fachgerechte Entscheidung des Jugendamtes zu?

- Liegen Berichte über die Entwicklung des jungen Menschen seit Beginn der gewährten Hilfe vor?

Sind diese für eine Entscheidung notwendigen Mindestvoraussetzungen nicht erfüllt, sollte nach Meinung der Gesprächsteilnehmer der Vorgang dem Landessozialamt zurückgegeben sowie um Vorlage der entscheidungsrelevanten Gutachten und Berichte gebeten werden. Bis zur Übernahme und Weiterführung durch das örtliche Jugendamt soll nach Auffassung der Gesprächsteilnehmer der überörtliche Träger der Sozialhilfe für die Gewährung der Eingliederungshilfe zuständig bleiben.

Für den Fall, daß das Jugendamt die Übernahme und Gewährung von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen des 35a KJHG ablehnt, soll der überörtliche Träger seine bisherige Hilfe weiterhin leisten und einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X beim örtlichen Jugendamt geltend machen.

Erneute Antragstellung:

Nachdem davon auszugehen ist, daß die Hilfe nach § 35a SGB VIII aufgrund der Gesetzesänderung in die Zuständigkeit des Jugendamtes übergeht, hat sich die Arbeitsgruppe dafür ausgesprochen, daß unter diesen Umständen ein erneuter Antrag auf Gewährung der Hilfe durch den Einspruchsberechtigten entbehrlich ist. Allerdings ist aus Gründen der Rechtssicherheit und im Hinblick auf die unterschiedliche Heranziehung zu den Kosten ein Bewilligungsbescheid zu erlassen. Bei Minderjährigen ist darauf zu achten, daß der Bewilligungsbescheid zu Händen des gesetzlichen Vertreters erteilt wird. Bei späterer Abgabe durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind diesem die bis zur Übernahmeerklärung durch das Jugendamt entstandenen Kosten im Rahmen des § 111 SGB X zu erstatten.

Verfahren bei ungeklärter Zuständigkeit:

Lehnt das Jugendamt die Hilfestellung ab und kann das Sozialamt die ablehnende Entscheidung nicht anerkennen, betreibt das Sozialamt gemäß § 91 a BSHG die Feststellung der Jugendhilfeleistungen. Lehnt das Jugend-

amt Leistungen ab, leistet das Sozialamt die bisherige Hilfe weiter und macht den Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X beim Jugendamt geltend.

2. Neufälle

Anträge auf Gewährungen von Leistungen für seelisch Behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres werden dem örtlich zuständigen Jugendamt zugeleitet.

Steht bis spätestens vier Wochen nach Bekanntwerden des Bedarfs beim Sozialamt oder Landessozialamt nicht fest, ob ein Jugendamt zur Hilfe verpflichtet ist, führt der Träger der Sozialhilfe nach § 43 SGB I die notwendigen Maßnahmen durch, sofern zu befürchten ist, daß diese sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Der Träger der Sozialhilfe kann dann einen Erstattungsanspruch nach den §§ 102, 105 SGB X geltend machen. Einvernehmlich wurde in der Arbeitsgruppe grundsätzlich festgestellt, daß ungeklärte Zuständigkeiten nicht zu Lasten der hilfebedürftigen Kinder und Jugendlichen gehen dürfen und deshalb der zuerst angesprochene Leistungsträger vorläufige Leistungen nach § 43 SGB I zu erbringen hat.

Karl Fischer

Arbeitsgruppe 2 zum Thema:

Feststellung der seelischen Behinderung- eine multiprofessionelle Aufgabe

MODERATION: DR. CHARLOTTE KÖTTGEN,

Amt für Jugend Hamburg, und

DR. BÄRBEL LEMM,

Leiterin des Kreisjugendamtes Burgenlandkreis, Sachsen-Anhalt

In der Arbeitsgruppe 2 trafen sich etwa 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, aus neuen und alten Ländern, aus Flächenstaaten und Großstädten. In der Gesprächsrunde wurde deutlich, daß die Bedingungen in Ost und West einerseits

in den Metropolen gegenüber Flächenstaaten andererseits ganz verschieden sind. Deshalb ist ein direkter Vergleich nur schwer möglich. Fachkompetente Dienste, die sich mit seelischen Problemen der Kinder im Jugendhilfebereich auskennen, existieren oft nicht. Die regional vorhandenen ärztlichen Dienste sind nicht grundsätzlich befähigt, seelische Störungen und entsprechende Hilfsmaßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe zu beurteilen.

Gerade Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien leiden unter Folgen körperlicher, seelischer und sozialer Vernachlässigung, Mißhandlung und Gewalt sowie oft unter dem Verlust an Bezugspersonen. Das daraus erwachsende Leiden äußert sich nicht in den typischen psychiatrischen Krankheitsbildern. Deshalb werden mit psychiatrischen Diagnosekategorien diese seelische Leiden meist nicht adäquat beschrieben. Behandlungsmethoden im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie für sozial verursachte Störungen fehlen.

Wenn die Diagnose nach § 35a KJHG - seelische Behinderung - dazu verführt, Kinder in Spezialeinrichtungen zu verlegen, wird der „Abschiebebahnhof“ für „schwierige“ Kinder und Jugendliche um neue - diesmal um psychiatrische Einrichtungen - erweitert.

Gerade bei sozial benachteiligten Kindern muß das Ziel jeder Hilfsmaßnahme darin bestehen, die Hilfe am Lebensort zu garantieren. Dazu gehört auch therapeutische Hilfe. Obwohl die Anzahl von Kindern mit seelischen Verletzungen zunimmt, verfügt die Jugendhilfe nicht über ausreichend therapeutisch geschulte Fachkräfte. Die Zugangskriterien wie Freiwilligkeit, Motivation, Selbstreflexion und Verbalisierungsfähigkeit der Erziehungsberatungsstellen schließen große Teile des Jugendhilfeklientels von psychologisch-therapeutischer Beratung aus.

Für eine ganzheitlich, sozialpädagogisch und therapeutisch ausgerichtete Hilfestellung sind deshalb sowohl die verbesserte Ausstattung der Einrichtungen der Jugendhilfe mit Fachkräften wie auch die Einführung einer Versorgungsverpflichtung der Regionen vonnöten. Voraussetzung dafür wären einige Veränderungen:

1. Kindern und Jugendlichen sollten im Rahmen der Jugendhilfe qualifizierte Berater und Therapeuten zur Verfügung stehen. Die meisten Kindern, die von der Jugendhilfe betreut werden, haben seelische Verletzungen erlebt, die ge-

gebenenfalls zu seelischen Störungen führen. Eine qualifizierte Jugendhilfe könnte auf den Stempel „seelisch behindert“ bei dem einzelnen Kind verzichten. Hilfen könnten im Rahmen eines ganzheitlichen Konzeptes gemäß der §§ 27 bis 34 KJHG SGB VIII geleistet werden.

2. Psychologen und Ärzte arbeiten im Sinne eines multiprofessionellen Teams zusammen. Sie übernehmen in Einrichtungen der Jugendhilfe Aufgaben wie Supervision, Beratung von Familien, gutachterliche Stellungnahmen, Institutionenberatung und beteiligen sich an einer Jugendhilfeplanung.

3. Die Hilfeplanung erfolgt in möglichst obligatorisch einzuführenden Erziehungskonferenzen, die durch die zuständigen Fachkräfte in den Jugendämtern einberufen werden. An diesen Erziehungskonferenzen werden alle mit dem Fall befaßten Fachkräfte beteiligt. Das hat den positiven Begleiteffekt einer an der Praxis orientierten Fachdiskussion, die gleichzeitig fortbildenden Charakter für alle Berufsgruppen mit sich bringt. Beispiele dazu wurden aus Münster und Hamburg geschildert.

Für die Jugendhilfeplanung sind die §§ 27 bis 34 KJHG ausreichend. Die Jugendhilfe muß gemäß den Forderungen, die diese Paragraphen beinhalten, mit Fachkräften ausgestattet werden. Nur dann ist die Jugendhilfe imstande, seelische Behinderungen angemessen, langfristig und ganzheitlich zu betreuen - auch nach notwendig werdenden Krankenbehandlungen.

Fachkräfte, die Hilfen nach den §§ 27 ff. SGB VIII leisten, müssen behinderungsspezifische Qualifikation und Kompetenzen erwerben, damit sie bei ihren Vorschlägen spezifische therapeutische und heilpädagogische Aspekte einschließen können. Der § 35a sollte dazu dienen, die Jugendhilfe in diesem Sinne zu qualifizieren, damit nicht einzelne Kinder zu seelisch Behinderten gestempelt werden müssen und die Kette von Spezialinstitutionen, in die sie „geschoben“ werden, nicht noch ausgebaut wird. Das größte Problem für viele besonders „schwierige“ Kinder ist der „Verschiebebahnhof“ zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Bei dem Hin und Her verstärken sich sogar manche Störungen.

In der Arbeitsgruppe wurde deutlich, daß viele Regionen weit davon entfernt sind, eine gemeinsame Hilfeplanung durchzuführen, die alle Dienste mit einbezieht. In Flächenstaaten sind die Entfernungen hinderlich. Entsprechend

ausgebildete und zuständige Ärzte und Psychologen gibt es oft nicht. Die Bezahlung ist unklar. Der Aufwand ist bei weiten Entfernungen zu groß. Fachleute sind bisher nicht für diese Art von Zusammenarbeit ausgebildet. Eine Fachsprache für den spezifischen Leidensaspekt sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher existiert bisher kaum. Der Umgang mit dem § 10 KJHG und dem § 35a KJHG läßt viele Fragen offen.

Dr. Charlotte Köttgen

Im folgenden sollen konkrete Erfahrungen und Problemlösungsansätze wiedergegeben werden, die in dem Arbeitsgruppengespräch vermittelt wurden:

Vom Kreisjugendamt Ostalbkreis wurde auf die Schwierigkeiten mangelnder Abstimmung nichtkompetenter Stellen hingewiesen. Das Stadtjugendamt Gelsenkirchen stellte als Modell eine gestaffelte Verfahrensweise vor: Zur ersten Stufe gehört die medizinische Diagnostik, die Unterstützung durch Sozialarbeiter oder Psychologen sowie die Vorstellung in der Erziehungsberatung; zur zweiten Stufe das Hilfeplangespräch aller Beteiligten. Schwierigkeiten ergeben sich oft dadurch, daß die seelische Behinderung inhaltlich nicht definiert ist, sondern als „Verwaltungsakt“ dominiert.

Beim Amt für Jugend Hamburg wird die Erzieherkonferenz zur Grundlage für eine multiprofessionelle Herangehensweise benutzt. Die Stadt Hamburg bietet gute Voraussetzungen dafür, weil in den sieben Stadtbezirken je ein Kinder- und Jugendpsychiater mitarbeitet. Im Vergleich zu kleineren Jugendämtern aber sind das Vorzugsbedingungen.

Vom Jugendamt Weinheim wurde dargestellt, daß der Allgemeine Soziale Dienst und eine für die Behinderten- und Familientherapie ausgebildete Pädagogin die Feststellung der seelischen Behinderung unterstützen. Nach dem Erstkontakt mit den Eltern und nach der Ermittlung, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bereits durchgeführt wurden, erfolgt der Nachkontakt mit Schulen oder anderen Stellen, um die weitere Hilfe abzustimmen.

Durch den Leiter des Stadtjugendamtes Kiel wurde ebenfalls unterstrichen, daß in den sozialen Diensten der Jugendämter eine hohe Fachlichkeit vorhanden ist und die Anträge für § 35a KJHG von den Mitarbeitern signalisiert

werden. Viele Maßnahmen, die zur Umsetzung des § 35a KJHG erforderlich sind, wurden bisher in den §§ 27 ff. KJHG aufgefangen. Vom Jugendamt Berlin-Kreuzberg wurde die Hilfeplanung als zentrales Instrument für die Fortsetzung der bisher über Eingliederungshilfe nach BSHG erfolgten Maßnahmen hervorgehoben.

Im Verlauf der Diskussion wurde erneut die divergierende Meinung zur Einführung des § 35a KJHG sichtbar. Es wurde gefragt: Welche Professionalität sollte in einem Arbeitskreis von jeder Seite eingebracht werden?

Nach bisherigen praktischen Erfahrungen sind in den Erzieherkonferenzen gute Grundlagen für die Hilfeplangespräche gelegt worden. Beispielgebend ist in Hamburg die Jugendpsychiatrie im Jugendamt vertreten. Nur so ist nach Auffassung vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine sinnvolle Zusammenarbeit im Rahmen der Jugendhilfe möglich. Entscheidend bleibt, daß alle Beteiligten der Helferrunde das Kind oder den Jugendlichen kennen. Auf diese Weise ist eine umfassende Beratung sowie eine fundierte Hilfeplanung zu gewährleisten.

Nach der Strategie des Landes Brandenburg ist bisher die Hilfe zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. KJHG vordergründig und bezieht die Maßnahmen der Eingliederungshilfe mit ein. Es wird verstärkt die Frage gestellt, wie darüber hinaus die Hilfe nach § 35a KJHG nunmehr noch aktueller gestaltet werden sollte.

Als wichtige Ergänzung wurde die Stellung der Erziehungsberatung im Leistungssystem der Jugendhilfe angesprochen. Die Einbeziehung der Beratungsstelle bei der Gesamtplanung für den § 35a KJHG und insbesondere bei der Überprüfung der Hilfepläne muß nach Einschätzung der Gesprächspartner unbedingt berücksichtigt werden.

Eine vielfältige Arbeit bei der Umsetzung des § 35a KJHG erfüllen die Mitarbeiter des sozialen Dienstes der Jugendämter. Gefragt wurde, ob dafür Spezialdienste vorhanden oder erforderlich sind und ob bei der Aus- und Weiterbildung an den Fachhochschulen diese Erfordernisse berücksichtigt werden. Die Sozialarbeiter sollten befähigt werden, Gutachten beurteilen und den Abklärungsprozeß koordinieren zu können. Von einem einseitigen „Spezialisten für § 35a KJHG“ wurde in der Arbeitsgruppe abgeraten und auf eine gezielte Fortbildung der Sozialarbeiter sowie auf die richtige Besetzung in den Jugendämtern orientiert.

Zudem sollte beachtet werden, daß die Erwartungen bei der Arbeit mit seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen nicht zu hoch angesetzt werden, insbesondere hinsichtlich bisher geleisteter Hilfen zur Erziehung und künftiger Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG. Ein sparsamer Gebrauch der Maßnahmen, die richtige Auswahl und vertretbare Kosten sind nach Auffassung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu beachten. Die umfassende Diagnostik und die Einflußnahme auf die Hilfen sind Bestandteil der Multiprofessionalität. Unbeantwortet bleibt jedoch die Frage nach der optimalen praktischen Durchführung.

Bei den erforderlichen Mehrausgaben und bei der künftigen Finanzplanung muß eine ausgewogene Relation angestrebt werden. Sehr hohe Ausgaben in den Vorstufen und für die Diagnostik (Gutachten, Arzt, Psychologe) könnten nach sich ziehen, daß für die Therapie keine Mittel mehr vorhanden sind. Besondere Schwierigkeiten bereiten die vom Sozialhilfeträger übergebenen Fälle. Mitunter ist vom Amtsarzt, der nur die Akte des Betroffenen kennt, die Diagnose § 35a KJHG „angekreuzt“ und damit die Zuständigkeit abgegeben worden. Hier sollte im Sinne der Hilfeplanung und über die Einbeziehung des mit dem Kind oder Jugendlichen befaßten Arztes eine gemeinsame Beratung erfolgen.

Angeregt wurde in der Arbeitsgruppe, daß die Erzieherkonferenz nicht nur über Vollzeitmaßnahmen, sondern auch über ambulante Hilfen sowie über Tagesstätten befinden sollte. Dazu wurde aber angemerkt, daß in ländlichen Gebieten die gewünschte multiprofessionelle Arbeit aus zeitlichen und räumlichen Gründen nicht realisierbar ist. Auf ein Problem wurde in der Arbeitsgruppe mehrfach hingewiesen: Inhaltlich gibt es noch keine Konzeption über den Umgang mit jugendlichen Erwachsenen, die seelisch behindert sind. Entsprechend vorliegender Gutachten sollte das Ziel darin bestehen, in der Betreuung so viel Kontinuität wie möglich zu gewährleisten. Vor allem, wenn längere Hilfe nötig ist, sollte ein Nachvollzug der bisherigen Maßnahmen erfolgen.

Nach Meinung des Leiters des Stadtjugendamtes Kiel sollte der Lebensbedarf des jugendlichen Erwachsenen solange sichergestellt werden, bis der junge Volljährige auch wirklich selbständig leben kann. Dies ist jedoch nicht bis zum 27. Lebensjahr möglich. In Nordrhein-Westfalen werden in der Regel mit 21 Jahren die Hilfen nach dem KJHG beendet. Im § 41 KJHG ist von einem „begrenzten Zeitraum“ über das 21. Lebensjahr hinaus die Rede. Der

Gesetzgeber hat damit Hilfen nach dem KJHG nicht bis zum vollendeten 27. Lebensjahr vorgesehen. Hier bedarf es einer klaren Orientierung!

Nach meiner Einschätzung war die Diskussion von der allgemeinen Unsicherheit im Umgang mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen geprägt. Es überwiegen theoretische Vorstellungen; es gibt erst geringe praktische Erfahrungen. Generell muß zwischen Gesundheitsamt, Sozialamt, Jugendamt, den Betroffenen selbst sowie den in der Hilfe tätigen freien Trägern der Jugendhilfe ein Konsens gefunden werden, um die jeweils angemessene Einzelfallentscheidung und -betreuung treffen zu können.

Dr. Bärbel Lemm

Arbeitsgruppe 3 zum Thema:

Neue Anforderungen an Organisation und Struktur des Jugendamtes sowie an die Qualifikation der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

MODERATION: JANN JAKOBS,

Leiter des Stadtjugendamtes Potsdam, und

ELKE TWIEG,

Leiterin des Kreisjugendamtes Müritzt, Mecklenburg-Vorpommern

In der Diskussion ging es vor allem um die Qualifikation der Mitarbeiter des Jugendamtes, um die Frage, ob sie für die Aufgaben entsprechend § 35a gerüstet sind. Zudem wurde die Frage erörtert, welche Auswirkungen die neue Aufgabenstellung auf die Struktur des Jugendamtes hat. Dabei sprachen wir über Arbeitsanforderungen im Jugendamt einerseits sowie über das Außenverhältnis und die Außendarstellung andererseits.

Was das Innenverhältnis des Jugendamtes betrifft, so sind in den Arbeitsgruppengesprächen solche Stichworte genannt, erklärt und Probleme beschrieben worden wie Kompetenzen, Finanzen, Kommunikation und Entscheidungsnotwendigkeiten. Bei dem Problem des Außenverhältnisses haben dann all die Dinge eine Rolle gespielt, die die Zusammenarbeit mit anderen Fachdien-

sten, die Planung von entsprechenden Angeboten und die Vernetzung von Angeboten verschiedener freier Träger betreffen.

Zum Stichwort Qualifikation der Mitarbeiter ist in der Runde einhellig erklärt worden, daß es keine besondere zusätzliche Ausbildung im Sinne einer zusätzlichen Profession geben muß. Auch die vielfach diskutierte Frage, ob es eines Arztes bedürfe, der im Jugendamt tätig wird, wurde unisono verneint. Entscheidend war, ist und bleibt unserer Meinung nach die Fähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes zur Moderation und Leitung multiprofessionell zusammengesetzter Arbeitsgruppen.

Diese gerade beschriebene Fähigkeit wird natürlich niemandem mit in die Wiege gelegt. Es ist völlig klar und auch erwähnt worden, daß eine entsprechende Aus- und Weiterbildung natürlich nötig ist, medizinisch-psychiatrische Kenntnisse erforderlich sind. Wenn man so will, könnte man den Qualifikationsbedarf auch als eine Art Zusatzbildung und -ausbildung betrachten. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe plädieren für einen geringen Aufwand hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung. Die Vertreter der Jugendämter wollen organisationsstrukturell dafür Sorge tragen, daß im Jugendamt zumindest ein Mitarbeiter über die erwähnten Fähigkeiten verfügt, um mit dessen Hilfe andere weiterzubilden.

Ein wichtiges Thema der Diskussion war das Problem der Kooperation im Jugendamt selbst - zwischen der wirtschaftlichen Jugendhilfe auf der einen Seite und den Fachdiensten auf der anderen Seite. Dabei wurde lebhaft die Frage diskutiert, ob Vertreter der wirtschaftlichen Jugendhilfe in den Hilfekonferenzen präsent sein sollen oder nicht? Hierzu wurden unterschiedliche Positionen vertreten.

Der Grundtenor der Antwort bestand darin, daß die Gegenwart von Vertretern der wirtschaftlichen Jugendhilfe nicht unbedingt nötig ist. Entscheidend aber bleibt, daß ein gemeinsamer Entscheidungsprozeß zustandekommt, was voraussetzt, daß Kenntnisse und die gegenseitigen Kompetenzen in einen einheitlichen Prozeß einfließen. Das hat etwas mit Effizienz zu tun - vor allem im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Ein weiterer Schwerpunkt des Arbeitsgruppengesprächs war die Außenwirkung des Jugendamtes. Die Teilnehmer waren sich darin einig, daß eine Zu-

sammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt und dem Jugendamt die Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit ist. Dabei wurde einhellig geäußert: Das Jugendamt ist eine Dienstleistungsbehörde; es soll dieser Funktion auch stets nachkommen. Dabei ist vor allem die Beratung der hilfesuchenden Kinder und Jugendlichen sehr wichtig. Die hier versammelten Vertreter der Jugendämter sprechen sich deutlich für eine multiprofessionelle Kooperation aus, wenn es die konkreten Umstände und der konkrete Fall erfordern. Das beginnt bereits bei der Aufstellung eines Hilfeplans. Der Erfolg der von uns diskutierten Hilfen hängt in erster Linie davon ab, wie die verschiedenen Fachkräfte zusammenwirken und ihre jeweils konkreten Kenntnisse und Erfahrungen in das Hilfeplanverfahren einbringen.

Im Zusammenhang mit dem Außenverhältnis wurde das Problem der Erarbeitung sowie der Kontrolle von Leistungsstandards diskutiert. Wir haben festgestellt, daß in dieser Hinsicht ein erheblicher Diskussionsbedarf vorhanden ist, weil das Ziel doch darin bestehen sollte, das Fahrrad nicht zehnmal neu zu erfinden, sondern relativ einheitliche überschaubare Maßstäbe zu erarbeiten und zu setzen.

Es bleibt die Aufgabe aller Mitarbeiter der Jugendhilfe, nicht nur im Zusammenhang mit dem § 35a intensiver als bisher über die Jugendhilfeplanung und deren Auswirkungen sowie über die Entwicklung und Kontrolle von fachlichen Standards und über den Planungsprozeß für entsprechende Hilfen nachzudenken und zu diskutieren. Schließlich wissen wir, daß eine erfolgreiche Arbeit insgesamt nur möglich ist durch eine ständige Zusammenarbeit mit Fachleuten verschiedenster Disziplinen sowie freien Trägern und entsprechenden anderen Diensten außerhalb des Jugendamtes.

Ein großes Problem sehen die Gesprächsteilnehmer bei der Außendarstellung des Jugendamtes. Das Beispiel aus der nordrhein-westfälischen Stadt Herford ist recht interessant. Die Kolleginnen und Kollegen des Stadtjugendamtes haben die neuen Leistungen nach § 35a genutzt, um das Ansehen des Jugendamtes in der Bevölkerung aufzuwerten und der nach wie vor existierenden Tendenz zu begegnen, das Jugendamt als Jugendpolizei zu betrachten.

Das Herforder Stadtjugendamt hat konzentriert Betroffene informiert, auch städtische Behörden, Schulen und viele soziale Einrichtungen. Die Herforder Kollegen haben nicht abgewartet, bis der § 35a rechtskräftig wurde. Sie hat-

ten in Vorbereitung auf den § 35a eine Katalysatorfunktion ausgefüllt, mit der sie eine Aufwertung der Hilfen zur Erziehung erreichen konnten.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppengespräche könnten kurz und knapp wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter sind für die neuen Aufgaben nach § 35a qualifiziert. Sie müssen allerdings Managementfähigkeiten besitzen oder entwickeln, um die Moderation des Hilfeplanverfahrens erfolgreich durchführen zu können.

2. Die Struktur im Jugendamt sollte so entwickelt sein, daß in einem Fachteam Entscheidungen getroffen werden können. Die Zusammensetzung des Fachteams ist dabei nicht entscheidend; sie kann unterschiedlich sein.

3. In den Jugendämtern existieren vielerlei Instrumentarien, die eine Umsetzung des Kinder- und Jugendhilfegesetz in novellierter Form mit dem § 35a gewährleisten.

Jann Jakobs

Arbeitsgruppe 4 zum Thema:

Gestaltung des Hilfeplanes

MODERATION: INGE BAUER,

Leiterin des Kreisjugendamtes Elbe-Elster, Brandenburg, und

STEFAN OTTMANN,

Leiter des Kreisjugendamtes Osnabrück, Niedersachsen

Das Hilfeplanverfahren gemäß § 36 KJHG ist die zentrale Verfahrensvorschrift, die das Zustandekommen und die Durchführung einer längerfristigen (mehr als drei Monate) Erziehungshilfe regelt. Inzwischen gilt die Hilfeplanung als eine der wesentlichsten pädagogischen Herausforderungen, mit denen das Kinder- und Jugendhilfegesetz die Jugendhilfe konfrontiert hat.

Das Hilfeplanverfahren ist verbindlich. Trotzdem ist es inhaltlich vom öffentlichen Jugendhilfeträger individuell zu gestalten. Als entscheidend wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe der prozeßhafte Charakter der Hilfeplanung hervorgehoben. Der jeweils zuständige Sozialarbeiter des Jugendamtes soll die Federführung für die Einleitung und Durchführung der Hilfeplanung haben.

1. Ziele und Aufgaben der Hilfeplanung

Sie sind durch § 36 KJHG vorgegeben. Dabei geht es um Entscheidungshilfe im Einzelfall, um ein Instrument fachlicher Selbstkontrolle, um die Inanspruchnahme einer besonderen Hilfeart, Beratung über Art und Umfang der Hilfe sowie um die Gleichrangigkeit verschiedener Hilfearten. Mögliche Folgen für die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen sind zu benennen. Zu beteiligen sind die Personensorgeberechtigten, das Kind oder der Jugendliche selbst. Bei Unterbringung außerhalb der eigenen Familie ist das Wunsch- und Wahlrecht zu beachten, sofern nicht übermäßige Mehrkosten entstehen.

2. Anspruchsberechtigung

Der Hilfeplan ist zugleich ein Beleg für die Beteiligung der Betroffenen. Hilfeempfänger und damit Anspruchsberechtigte sind erstens die Personensorgeberechtigten. Im Falle des § 35a sind zweitens die Kinder und Jugendlichen selbst die Anspruchsberechtigten, wobei in der Praxis die Anträge durch die Personensorgeberechtigten zu stellen sind.

3. Einleitung des Hilfeplanverfahrens

Dem Hilfeplanverfahren geht bei Antragstellung grundsätzlich ein Beratungsprozeß voraus. Ist die Einleitung einer Hilfe zur Erziehung erforderlich, soll ein Konsens mit allen Beteiligten erreicht werden. Die Hilfeplan-konferenz besteht aus zwei Teilabschnitten. **Im ersten Teilabschnitt** findet das Fachgespräch über die Art der Hilfen statt. Es geht dabei um einen sogenannten Fahrplan für die Zusammenarbeit der Fachkräfte. Der Erziehungsbedarf wird festgestellt; das individuell erforderliche Hilfeangebot wird

entwickelt. Zugleich dient dieses Fachgespräch der Vorbereitung des folgenden Hilfeplangesprächs. Zur Vorbereitung gehört die Falldarstellung - Anamnese, Beschreibung der Probleme, Zusammenfassung von Befunden und Gutachten sowie die Bewertung der gegenwärtigen erzieherischen Situation.

Das Ziel dieses Fachgesprächs besteht darin, Lösungsvorschläge für die konkrete Hilfe zu erarbeiten und damit das Hilfeplangespräch vorzubereiten. Über den Teilnehmerkreis am Fachgespräch gibt es unterschiedliche Erfahrungen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachgruppe sind sich darüber einig, daß der Kreis der Fachgesprächsteilnehmer von den jeweils individuellen Problemkonstellationen abhängt. Zu dem Gesprächskreis können gehören: die zuständige Fachkraft des ASD, eine Fachkraft der Leitungsebene, Vertreter der Spezialdienste des Jugendamtes, Fachkräfte anderer Einrichtungen wie Erziehungsberater, Psychologen, Ärzte, Bezugspersonen wie Lehrer und Lehrausbilder sowie Vertreter der wirtschaftlichen Jugendhilfe. Wenn § 35a KJHG in Betracht kommt, soll ein Arzt mit besonderen Erfahrungen zu dem Fachgespräch hinzugezogen werden.

Der zweite Teilabschnitt der Hilfeplankonferenz besteht aus dem Hilfeplangespräch über die Ausgestaltung der zu gewährenden Hilfe und zur Erstellung des Hilfeplanes unter Einbeziehung der Personensorgeberechtigten sowie der betroffenen Kinder oder Jugendlichen. Die zuständige Fachkraft des ASD entscheidet über Art, Umfang und Zeitpunkt der Betroffenenbeteiligung entsprechend des gesetzlichen Auftrages gemäß § 36 KJHG.

Die Ergebnisse der Hilfeplangespräche sind protokollarisch festzuhalten. Sie dienen damit zugleich der Fortschreibung. Der Hilfeplan ist somit zugleich eine wichtige Arbeitshilfe für die Durchführung und Prüfung der vereinbarten Hilfen, wobei dieser jährlich mindestens einmal überprüft werden sollte. Das verstehen wir unter Hilfecontrolling. Im Ergebnis dieser Prüfung wird der Hilfeplan angepaßt oder verändert, beendet oder auch fortgeschrieben mit neuen Hilfeformen.

4. Hilfsangebote

Zu den Hilfsangeboten gehören ambulante Angebote in Tageseinrichtungen, Angebote in teilstationären Einrichtungen, in stationären Einrichtungen und

sonstige betreute Wohnformen sowie geeignete Pflegepersonen. Grundsätzlich ist der Hilfeplan auch Grundlage für die Erstellung eines Behandlungs- und Therapieplanes, in dem medizinische, therapeutisch-ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung erfaßt werden. Heilpädagogische Maßnahmen, insbesondere in Frühförderprogrammen bei der Integration oder im vorschulischen Bereich durch Einzel- oder Gruppenmaßnahmen sind ebenfalls Bestandteil des Hilfeplanes.

Beachtenswert sind außerdem Maßnahmen zur angemessenen Schulbildung (aber schulische Maßnahmen vor der Eingliederungshilfe) und der Bundesanstalt für Arbeit (Ausbildung für einen Beruf oder eine sonstige Tätigkeit, Eingliederung in das Arbeitsleben, Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft) im Hilfeplan.

Angestrebt ist stets ein differenziertes Angebot mit möglichst eindeutigem sozialräumlichen Bezug, was in der Arbeitsgruppe mehrfach hervorgehoben wurde. Dabei stützen wir uns auf die Wertung von Prof. Dr. Merchel, der urteilt: „Der Hilfeplan ist ein prozeßhafter Vorgang der Verständigung über Problemdefinitionen, über Veränderungsperspektiven und über akzeptierbare Wege zur Problembewältigung.“

Stefan Ottman

Arbeitsgruppe 5 zum Thema:

Hilfekatalog für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche- Leistungsspektrum und Anbieter

MODERATION: ANNEGRET DAHMER,

Leiterin des Amtes für Kinder und Familie im Landesjugendamt Rheinland, und

VIOLA GEHRHARDT,

stellvertretende Leiterin des Landesjugendamtes Thüringen

Bekanntlich führten die Landesjugendämter in den alten Bundesländern am Anfang der 80er Jahre selbst auch öffentliche Erziehungsaufgaben durch.

Eine der nervenaufreibendsten Aufgaben bestand in der permanenten Auseinandersetzung mit der Sozialhilfeabteilung, ob damals ein Kind nun wesentlich seelisch behindert oder nur seelisch behindert oder gar nur und bloß verhaltensauffällig war. Der Streit um die Berechtigung dieses kleinen Wörtchens „wesentlich“ vor dem Kriterium „seelisch behindert“ konnte die Gemüter erhitzen, durch Bestellung von Gutachten und Gegengutachten endlos dauern und dazu führen, daß das betroffene Kind monatelang oder jahrelang auf die angemessene Hilfe warten mußte. Schließlich ging es um die Frage, ob nun die Jugendhilfe oder die Sozialhilfe für das Kind zuständig und damit Kostenträger wurde.

Der Gesetzgeber hat im KJHG ausdrücklich mit dieser mißlichen Abgrenzungsfrage Schluß gemacht und die Eingliederungshilfe für die seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen eindeutig der Jugendhilfe zugeordnet. Dabei hat er gleichzeitig den alten Zankapfel - das Wörtchen „wesentlich“ - fallen gelassen, damit der alte Streit nicht in neuer Form entbrennen kann: Allein die Feststellung einer drohenden oder eingetretenen seelischen Behinderung genügt, um Eingliederungshilfe zu begründen; sie muß noch nicht einmal mit einem erzieherischen Bedarf verbunden sein.

Auch wenn der Gesetzgeber - insbesondere mit dem ersten Änderungsgesetz zum KJHG vom 16. Februar 1993 - die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen aus der Systematik der Hilfen zur Erziehung ausgegliedert und einem eigenen § 35a zugeordnet hat, wollte er gewiß keine neue Abgrenzungsdiskussion zwischen Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe im Rahmen der Jugendhilfe vom Zaune brechen, sondern das Leistungsspektrum der Erziehungshilfen um die gesamte Palette der Eingliederungshilfe erweitern.

Damit ist sichergestellt, daß nun im Rahmen der Jugendhilfe nicht nur die §§ 39 und 40 des BSHG für die jungen Menschen gelten, sondern auch die Verordnung zum § 47 des BSHG als eigenständige Möglichkeit. Dies bedeutet aber nicht, daß in der Praxis beide Hilfearten auch tunlichst auseinanderzuhalten sind. Im Gegenteil: Sie sollen im einheitlichen individuellen Hilfeplanverfahren nach § 36 KJHG miteinander verschmelzen und als Ganzes geleistet werden.

In den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. (AFET) wird dieser Gedanke besonders hervorgehoben: *„Zu jedem Hilfeplan gehört es, alle sozialen und individuellen Umstände zu berücksichtigen, die die Entwick-*

klung und Erziehung des Kindes beeinträchtigen können. Auch neurotische Störungen, Drogenabhängigkeit oder körperlich nicht begründbare Psychosen können zu diesen die Erziehung erschwerenden Umständen gehören. Ihre Kenntnis ist für die Hilfestellung wesentlich. Für die Praxis ist es sinnlos, den Versuch zu unternehmen, einen Teil der Umstände unter den Begriff 'seelische Behinderung' zu fassen. Deshalb sollte diesem Versuch kein Aufwand gewidmet werden. Im Zweifelsfall sollte die notwendige Hilfe als Hilfe zur Erziehung nach den §§ 27 - 35 geleistet werden.“

Die AFET spitzt diesen Gedanken sogar noch zu und meint: „*Da eine Unterscheidung zwischen Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe in der Praxis grundsätzlich nicht möglich ist, sollte der Gesetzgeber prüfen, ob der § 35a als besondere Vorschrift für seelisch Behinderte bestehen bleiben muß. Das gilt auch für landesrechtliche Regelungen.“*

Soweit zu jugendhilfeinternen Abgrenzungen und zur Ausgestaltung des Leistungsangebotes. Daß es natürlich Abgrenzungsnotwendigkeiten zu Hilfen nach anderen Gesetzen oder von anderen Leistungsträgern gibt, ist unbestritten. Im dem Arbeitsgruppengespräch ging es zunächst darum, festzustellen, daß erzieherische Hilfen und Eingliederungshilfen ein einheitliches Leistungsspektrum bilden können und im Rahmen der Jugendhilfe ein integriertes und oft auch nicht mehr ein auseinanderzuhaltendes Ganzes darstellen (sollen).

Dreh- und Angelpunkt ist damit also der individuelle Hilfeplan. Die einzelnen Hilfepläne lassen gegebenenfalls vorhandene Versorgungslücken sichtbar werden, für die im Rahmen der Jugendhilfeplanung Maßnahmen entwickelt werden müssen.

Aus dem bisherigen Gedanken ergibt sich, daß im Grundsatz alle Einrichtungen der Erziehungshilfe seelisch behinderte Kinder und Jugendliche aufnehmen und betreuen können, sofern sie die hierfür notwendigen heil- und sonderpädagogischen Angebote und Leistungen erbringen sowie die diagnostischen und therapeutischen Ressourcen haben beziehungsweise vermitteln können.

Mit anderen Worten: In der Regel müssen für die meisten seelisch behinderten jungen Menschen keine eigenen und neuen Einrichtungen im Rahmen der

Jugendhilfe geschaffen werden, da bereits viele Erziehungseinrichtungen eine entsprechende Ausstattung mit den notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen besitzen, um diese Kinder und Jugendlichen aufzunehmen.

Zudem ist es auch möglich, im Rahmen der Jugendhilfe bei Bedarf entsprechend geeignete Einrichtungen der Sozialhilfe mit zu nutzen, wenn diese schon früher Kinder und Jugendliche im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte nach dem BSHG betreut haben. Hierzu gehören auch Einrichtungen, die sich auf besondere Behinderungsformen spezialisiert haben wie zum Beispiel Autismus, Psychosen.

Es gibt jedoch bundesweit eine bestimmte Lücke im Versorgungssystem der Jugendhilfe, für deren Beseitigung auch noch keine umfassende Konzeption besteht: Wir meinen, die spätestens seit dem 1. Januar 1995 in der Jugendhilfe notwendig gewordenen Einrichtungen und Betreuungsformen für die Suchthilfe.

Bisher war hierfür die Sozialhilfe zuständig, auch für die entsprechenden Hilfen für Kinder und Jugendliche. Die Jugendhilfe hatte sich bis dahin daran gewöhnt, sich mit Suchthilfen nicht befassen zu brauchen, auch dann nicht, wenn die Drogenprobleme den Erziehungseinrichtungen buchstäblich „ins Haus standen“: Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit waren durchweg bei erzieherischen Hilfen Ausschließungsgründe. Diese Zurückhaltung Drogenproblemen gegenüber resultierten nicht nur aus der damaligen Nichtzuständigkeit, sondern auch aus der dabei entstandenen Unfähigkeit, mit Drogenproblemen umzugehen.

So steht die Jugendhilfe heute relativ unvermittelt vor der Situation,

- für die Suchthilfe seit dem 1. Januar 1995 zuständig zu sein - natürlich im Verbund mit den hierfür notwendigen therapeutischen Instanzen der Medizin und Psychologie - und sich das entsprechende know-how, einschließlich der damit gegebenen Verhaltenssicherheit im Umgang mit Drogenabhängigen, erst aneignen müssen.
- Dazu fehlt noch ein ausreichendes und erprobtes Versorgungssystem für drogengeschädigte Kinder und Jugendliche. Es gibt neben Initiativen der Prophylaxe in der Jugendhilfe lediglich relativ unverbunden miteinander arbeitende Helferinstanzen der medizinischen und psychiatrischen Thera-

pie und Vorsorge, aber kein aufeinander abgestimmtes Netz ambulanter, teilstationärer und stationärer Suchthilfen.

Nach Auffassung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe ist es an der Zeit, sich mit dieser Lücke im System auseinanderzusetzen, um zu verhüten, daß sie auch „Lücke in unserem Bewußtsein“ bleibt.

Im Verlauf der Diskussion kristallisierten sich folgende Positionen heraus:

Es gibt keinen besonderen Hilfskatalog für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, wie es das Arbeitsgruppenthema vermuten läßt. Ein Hilfskatalog zur Betreuung betroffener junger Menschen ist nicht notwendig. Diese sollen und können vom Grundsatz her in das vorhandene Jugendhilfesystem integriert werden.

Statt des Hilfskatalogs sind vom Gesetzgeber nur individuelle Lösungen vorgesehen, die für jeden einzelnen jungen Menschen aufgrund seines individuellen Hilfebedarfs im Hilfeplanverfahren nach § 36 KJHG zusammengestellt werden sollen. Sollten in der Region entsprechende Hilfemöglichkeiten fehlen, so sind sie gemäß den §§ 79, 80 und 85 KJHG zu schaffen. Dies gilt insbesondere für das Versorgungsnetz bei Suchthilfen.

Annegret Dahmer

Arbeitsgruppe 6 zum Thema:

Das Verhältnis von Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe innerhalb der Jugendhilfe

MODERATORIN: UTA VON PIRANI,

Leiterin des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg, und

DR. JÖRG M. FEGERT,

Arzt für Kindes- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,

Universitätsklinikum „Rudolf Virchow“ Berlin-Charlottenburg

Die Arbeitsgruppe hatte weit über 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, vorwiegend aus Jugendämtern sowie Vertreter und Vertreterinnen aus Landesjugendämtern, Jugendministerien und freiberuflich tätige Fachkräfte der psy-

chosozialen Versorgung. Ausgehend von den Referaten des Vortages, den Praxisberichten und insbesondere auch den beiden unterschiedlichen Empfehlungen zu § 35a SGB VIII aus Brandenburg und Baden-Württemberg, die von den beiden jeweils federführenden Autoren Andreas Hilliger (Potsdam) und Werner Nothdurft (Stuttgart) in Tendenz und Intention noch einmal vorgestellt und begründet wurden, gab es eine Diskussion schwerpunktmäßig zu folgenden Fragen:

1. Gibt es einen unterschiedlichen Personenkreis für die Erziehungs- beziehungsweise Eingliederungshilfen innerhalb des SGB VIII?

Diese Frage wurde weitgehend verneint. Es wurde allerdings darauf hingewiesen, daß manche Eltern bewußt den Zugang über die Eingliederungshilfe suchten beziehungsweise über die ärztlichen Fachdienste. Dieses Phänomen hatte ja auch bereits in der Diskussion um den Standort der Eingliederungshilfe im SGB VIII im Unterabschnitt Erziehungshilfen beziehungsweise als eigener Unterabschnitt eine Rolle gespielt.

Hintergrund hierfür ist unter anderem, daß die Notwendigkeit von Hilfen zur Erziehung immer noch weit verbreitet mit einem schuldhaften Defizit der Eltern gleichgesetzt wird, während die Eingliederungshilfe den Symptomträger Kind in den Vordergrund stellt. Hier gilt es, Aufklärungsarbeit von seiten der Jugendhilfe zu leisten.

Übereinstimmung herrschte, daß der Personenkreis, der bisher Eingliederungshilfe gemäß BSHG in Anspruch genommen hat, weitgehend auch Leistungen der Jugendhilfe erhalten hat, das heißt bisher schon auch Klientel der Jugendämter war. Dies belegen auch die Berliner Erfahrungen, wo traditionell auch behinderte Kinder und Jugendliche in der Zuständigkeit der Jugendämter betreut wurden und werden.

2. Gibt es die Notwendigkeit therapeutischer Hilfen, unabhängig von pädagogischen? Oder gibt es Hilfearten, die nur über § 35a definiert und nicht auch im Rahmen der §§ 27 ff. erfüllt werden können, die aber ebenso keine Hilfen im Rahmen der Krankenversorgung sind?

Insgesamt wurde bezweifelt, daß therapeutischer Bedarf bei Kindern ohne Einbeziehung des sozialen Umfeldes beziehungsweise erzieherischer Belan-

ge im Rahmen der Jugendhilfe - egal, ob Erziehungs- oder Eingliederungshilfe - überhaupt auftreten könnte. Ein solcher möglicher Bedarf müsse dann Sache der Krankenversicherungsträger sein. Es wurde auch nochmals auf die Schwierigkeit der Diagnostik von seelischen Behinderungen bei insbesondere kleinen Kindern hingewiesen sowie die Problematik von Autismus, Sucht und Drogen angesprochen. Im Ergebnis herrschte jedoch Einigkeit, daß die diagnostischen Anstrengungen sich weniger auf die Rechtsgrundlage als vielmehr auf den Hilfebedarf konzentrieren sollte.

Mit großer Mehrheit wurde verneint, daß es einen Hilfebedarf gäbe, der nicht im Rahmen der §§ 27 ff. erfüllt werden könnte, wenn sichergestellt sei - und hier wurden einige (selbst-)kritische Anmerkungen gemacht -, daß die unterschiedlichen professionellen Sichtweisen und Methoden in die Hilfeplanung mit einbezogen seien.

3. Wie kann eine gute ausreichende Zusammenarbeit der unterschiedlichen beteiligten oder der zu beteiligenden Fachkräfte mit ihrer unterschiedlichen Herangehensweise und Methodik gewährleistet werden? Oder wo liegen die Schwierigkeiten für eine Zusammenarbeit?

Als ein Grund für die Irritationen in der Zusammenarbeit wurde die unterschiedliche Verwaltungspraxis der bisher zuständigen überörtlichen Sozialleistungsträger einerseits genannt, die aufgrund von ärztlichen Stellungnahmen/Gutachten finanzielle Leistungen erbracht haben, und andererseits die nunmehr zuständigen örtlichen Jugendhelfeträger, die als sozialpädagogische Fachbehörde ärztliche Fachkompetenz in eine umfassende Hilfeplanung mit einbezieht. Ein Hinterfragen und/oder Ergänzen ärztlicher Vorschläge durch sozialpädagogische Fachkompetenz war bisher weitgehend unbekannt.

Ein weiterer Grund für Irritationen ist die Befürchtung, daß gegebenenfalls zu einseitig pädagogische Professionalität der Jugendämter zusammen mit ihrer Definitionsmacht über die Rechtsgrundlage des Anspruchs zu einer nicht ausreichenden Beteiligung und Berücksichtigung - beispielsweise der ärztlichen Profession führen könnte - vor allem weil diese ja vorwiegend außerhalb der Jugendhilfe ressortiert. Hier gilt wie immer, daß gute Kommunikation abhängig ist von den beteiligten Personen, von der gegenseitigen Kenntnis des Arbeitsgebietes und der Kompetenzen und vor allen Dingen von der gegenseitigen Akzeptanz und Wertschätzung.

Zuspitzen lassen sich die verschiedenen Beiträge in der Frage: Brauchen wir den § 35a eigentlich wirklich? Inhaltlich und fachlich brauchen wir diesen nicht, wenn statt Abgrenzung und Spezialisierung eine Abklärung des Bedarfs und die differenzierte Hilfeplanung mit unterschiedlichen Fachkräften stattfindet.

Aus strategischer Sicht wurde der § 35a von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mindestens vorübergehend bejaht, um die notwendige Multiprofessionalität für die Hilfeplanung im Rahmen der Jugendhilfe abzusichern und weil gegenwärtig Eltern noch die Einbeziehung in die Erziehungshilfe ablehnen.

Ich halte von diesen strategischen Überlegungen allerdings wenig. Ich meine vielmehr, wir müssen zu einer Gesamtschau aller Hilfen kommen, um die Versorgungsstruktur so zu gestalten, daß für alle Kinder und Jugendlichen, für die die Jugendhilfe zuständig ist, auch Hilfen da sind oder möglich werden.

Uta von Pirani

Podiumsdiskussion zum Thema: Leistungsspektrum, Hilfskatalog und Anbieter - das Verhältnis zwischen Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen

MODERATION: MINISTERIALRAT DR. REINHARD WIESNER

*Leiter des Referats Kinder- und Jugendhilferecht im
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*

Dr. Reinhard Wiesner: Ich kann mir vorstellen, daß wir die Podiumsdiskussion unter den Gedanken stellen, der am ersten Beratungstag von zentraler Bedeutung war. Es geht um die Frage, ob der § 35a als Herausforderung, als Chance oder möglicherweise als Belastung empfunden wird. Im Plenum ist deutlich geworden, daß die neue Aufgabe eine riesige Herausforderung für die Jugendhilfe ist.

Es wird vor allem schwierig sein, allgemeingültige Aussagen zu treffen, die die Umsetzung dieses Paragraphen tangieren, weil man örtlich auf mitunter völlig unterschiedliche Verhältnisse trifft und auf verschiedene Qualitätsstandards stößt. Manch einer wird sagen, im Prinzip werde schon alles gemacht, was notwendig ist. Ein anderer meint, zwischen Anspruch und Realität existiere eine tiefe Kluft.

Ich möchte den Teilnehmern dieser Podiumsdiskussion nun ganz kurz die Gelegenheit geben, aus ihrer Sicht zu beurteilen, was im Zusammenhang mit dem § 35a notwendig ist. Ich glaube, es ist richtig, nicht all die Probleme noch einmal zu wiederholen, die in den Referaten gebündelt und in den Arbeitsgruppen sehr ausführlich diskutiert worden sind. Uns sollte es darum gehen, jetzt darzustellen, wo noch Konflikte, Widersprüche und Probleme liegen, über die es sich heute und künftig zu diskutieren lohnt.

Dr. Inge Cobus-Schwertner, Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam: Ich bin Beigeordnete und Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit in Potsdam. Allerdings bin ich dort erst seit zehn Monaten tätig. Zuvor hatte ich schon einmal eine ähnliche Funktion in Hamburg wahrgenommen. Daher kenne ich die Probleme und Aufgaben, die mit unserem Tagungsthema zusammenhängen, recht gut.

Mir ist während dieser Tagung ganz deutlich geworden, daß der § 35a eine strategische Bedeutung hat. Für mich möchte ich schlußfolgernd sagen: Ich bin dagegen, daß der § 35a als Vehikel benutzt wird, um Mängel in der materiellen Ausstattung sowie in der allgemeinen fachlichen Ausstattung auszugleichen oder um Lücken aufzufüllen - insbesondere in den neuen Bundesländern, aber auch in den alten Bundesländern. Ich denke, daß wir uns mit den ungewollten Folgen, mit den sogenannten identifizierten Folgen unseres Handelns auseinandersetzen müssen; mit den Folgen, die oft zum Bumerang für die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden.

Meines Erachtens muß die neue Gesetzlichkeit zu einer Gesamtschau auf die Hilfen zur Erziehung oder - anders gesagt - auf den gesamten Hilfskatalog des KJHG genutzt werden. Es geht um die Qualität, um Qualifizierungen sowie um die Effizienz von Hilfen im Jugendamt oder in der Jugendhilfelandtschaft insgesamt. Das alles muß überprüft werden, um die Versorgungsstruktur so zu gestalten, daß für alle Kinder und Jugendlichen, für die die Jugendhilfe zuständig ist, auch Hilfen möglich werden. Das heißt: Der § 35a scheint mir ein Trojanisches Pferd zu sein. Es ist enorm wichtig, vorsichtig und sensibel mit ihm umzugehen, wenn nicht das Gegenteil von dem herauskommen soll, was gemeint ist.

Dr. Reinhard Wiesner: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, kommt es Ihnen darauf an, mit dem § 35a strategisch umzugehen und diesen für die Qualifizierung der Hilfen und des Jugendamtsangebots insgesamt zu nutzen.

Dr. Inge Cobus-Schwertner: Ich möchte ganz einfach, daß die neue rechtliche Situation genutzt wird, um über die Hilfen zur Erziehung sowie über die Ausstattung nachzudenken, zu diskutieren und neu zu entscheiden. Es gibt nun eine eindeutige Zuständigkeit. Unter diesem Blickwinkel betrachtet sind wir verpflichtet, unser Hilfesystem zu überprüfen, ob es den aktuellen Anforderungen gerecht werden kann.

Annegret Dahmer, *Amtsleiterin des Amtes für Kinder und Familie im Landesjugendamt Rheinland:* An dieser Stelle muß man fragen, was der § 35a für die Landesjugendämter bedeutet. Auf der einen Seite scheint mir es sehr wichtig zu sein, im Rahmen der Beratung der Einrichtungen und Dienste verstärkt Unterstützung zum Ausbau der erzieherischen Hilfen zu geben und über notwendige Qualifizierungen nachzudenken, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Es

geht ganz in erster Linie um die individuellen Hilfebedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, die möglicherweise größer werden.

Darauf müssen sich die Landesjugendämter einstellen und diese Aufgabe in ihre Beratungsfunktion aufnehmen. Weil die Landesjugendämter unter anderem auch zuständig sind für die Beratung und die Aufsicht von Behinderteneinrichtungen für Kinder und Jugendliche, ist es meines Erachtens wichtig, danach zu gucken, ob neben Jugendhilfeeinrichtungen auch andere Kapazitäten genutzt werden können. Es wäre zu überprüfen, ob es Versorgungslücken oder auch Doppelungen bei den Angeboten gibt.

Ich betrachte es als eine große Chance, daß unter diesem neuen Aspekt auch ein differenziertes Hilfesystem für Kinder und Jugendliche verbessert wird sowie die Dienste aufeinander abgestimmt werden. Es ist zu überdenken, was jede Einrichtung und jede Behörde notwendigerweise machen kann und muß.

Oftmals hört man zuerst das „Geschrei“, es sei kein Geld vorhanden. Ich schlage vor, erst einmal ohne zusätzliche Mittel überall eine Analyse zu machen, eine Tiefenprüfung, um die Qualität der vorhandenen Angebote zu beurteilen und neues hinzuzufügen. In allererster Linie scheint mir diese Selbstprüfung auf örtlicher Ebene notwendig. In den Jugendämtern sollte vor allem das Hilfeplanverfahren in den Mittelpunkt der Prüfung gerückt werden, das für mich der Dreh- und Angelpunkt ist, um den Hilfskatalog so auszugestalten, wie Kinder und Jugendliche es brauchen.

Ich bin davon überzeugt, daß wir für den § 35a keinen gesonderten Hilfskatalog benötigen. Vielmehr muß es auf der örtlichen Ebene bei der Entscheidung über die Hilfeart und deren Ausgestaltung darum gehen, wie und wo eine enge Zusammenarbeit mit den vorhandenen Diensten und Institutionen möglich ist. Wir wären schlecht beraten, wenn wir auf den Gedanken kämen, die Jugendämter umzustrukturieren und - ganz übertrieben gesagt - jedem Jugendamt einen Kinder- und Jugendpsychiater anzugliedern; einen Logopäden oder eine Krankengymnastin.

Es reicht meiner Meinung nach völlig aus, all die Einrichtungen und Dienste unter dem Blickwinkel des 35a zu nutzen, die heutzutage zur Jugendhilfe gehören. Ich meine vor allem die Erziehungsberatungsstellen mit ihren vielfältigen Angeboten. Natürlich gibt es zu wenig Erziehungsberatungsstellen. Trotz-

dem glaube ich, daß die Verständigung und Zusammenarbeit bei den vorhandenen Jugendhilfestrukturen und BSHG-Strukturen nicht schwierig zu gestalten sein wird, wie man es oftmals darstellt. Ich kenne zwar die alten Beschimpfungen über die Erziehungsberatungsstellen, wonach sich diese nur mit dem Oberschichtklientel befassen würden. Aber ich möchte deutlich sagen, daß sich nach den Erfahrungen im Rheinland etwas verändert hat. Es muß sich allerdings noch mehr verändern.

Dr. Reinhard Wiesner: Was halten Sie von dem Vorschlag, der am ersten Beratungstag während der Debatte aufkam, die Landesjugendämter könnten so etwas wie eine Beschwerdeinstanz sein? Sehen Sie einen Bedarf für eine Art Clearingstelle im Dschungel der Hilfen? Sind das aus Ihrer Sicht Aufgaben, die die Landesjugendämter übernehmen könnten, sollten oder auch nicht?

Annegret Dahmer: Von den Landesjugendämtern als Beschwerdeinstanz halte ich überhaupt nichts. Sie sind ja auch wohlweislich keine vorgesetzte Behörde der Jugendämter. Das finde ich auch sehr gut. Wenn das anders wäre, könnten die Landesjugendämter viel weniger effektiv arbeiten. Ich schlage vor, die vorhandenen Schiedsstellen bei auftretenden Problemen und Widersprüchen zu nutzen oder solche einzurichten. Neue sogenannte Beschwerdeinstanzen müßten auf jeden Fall auf der örtlichen Ebene angesiedelt sein. Wenn das anders wäre, würde es erneut eine hierarchische Struktur geben, bei der auftretende Probleme fast unlösbar wären.

Ein Gedanke zu den Clearingstellen: Diese sind jetzt modern, vor allem aufgrund des § 35a. Alle möglichen Träger stürzen sich auch darauf. Das Problem besteht darin, ob der überörtliche Träger verpflichtet wäre, solche Clearingstellen vor Ort einzurichten, wenn es sie nicht gäbe? Bei Clearingstellen sehe ich die große Gefahr, daß sie sich verselbständigen. Ich muß daran denken, was in den siebziger Jahren getan wurde. Damals erhoffte man sich von sogenannten Diagnosestellen eine perfekte Diagnose mit möglichst genauen Handlungsanweisungen. Die „Diagnosekäfige“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren ja auch mal so ein umstrittenes Verfahren. Kinder und Jugendliche wurden damals für sechs Wochen „interniert“, um zu überprüfen, was mit ihnen los war. Damals hoffte man, in recht kurzer Zeit durch intensive Prüfung eine fundierte Handlungsstrategie herauszufinden. In der Regel war das aber nicht der Fall.

Und daran sollten wir auch heute immer wieder denken bei der Frage nach der wirklich notwendigen Hilfe für ein Kind oder einen Jugendlichen. Es wäre ein Fehler, ein Kind aus seinem gewohnten Milieu herauszunehmen, es zu isolieren, um es unter Vakuumbedingungen begutachten zu wollen. Vielmehr muß ein Kind seinen Entwicklungsprozeß unter den gewohnten Bedingungen machen. Meiner Meinung nach sind künftig auch die meisten diagnostischen Methoden am Lebensort eines Kindes anzusiedeln.

Uta von Pirani, *Leiterin des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg*: Zunächst möchte ich mich kurz vorstellen. Neben meiner Arbeit als Jugendamtsleiterin in Berlin-Charlottenburg bin ich Mitglied des AFET-Fachausschusses „Erziehungshilfe und Recht“. In dieser Funktion trage ich Mitverantwortung für die AFET-Stellungnahme zur Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, die Ihnen ja vorliegt. So verfüge ich auf unterschiedlichen Ebenen über Erfahrungen im Umgang mit dem § 35a.

Ich möchte nun kurz auf wenige Probleme eingehen, die nach wie vor existieren. Ich bin nicht der Meinung, daß es sich um verschiedene Personenkreise handelt, die mit Hilfen zur Erziehung oder mit Eingliederungshilfen nach dem § 35a versorgt werden müßten. Vor allem brauchen wir künftig ein noch besser funktionierendes Hilfeplanverfahren - egal für welche Hilfen, ob für die nach den §§ 27 ff. oder nach § 35a. Mir ist auch in diesem Zusammenhang wieder deutlich geworden, daß es eine zentrale Frage ist, ob und wie es uns gelingt, die Inhalte, die Arbeitsweise und die Funktion von Jugendhilfe und Jugendämtern den Nutzern deutlich und besser verständlich zu machen.

Nach wie vor scheint ein ganz bestimmtes traditionelles Bild in der öffentlichen und veröffentlichten Meinung weit verbreitet zu sein. Selbst Fachdienste und jugendamtseigene Fachkräfte haben bisher zu wenig dazu beigetragen, die umfangreichen, auch veränderten Aufgaben von Jugendhilfe und insbesondere Jugendämtern in der Öffentlichkeit positiv zu bewerten. Hierüber aufzuklären und weiterzukommen, ist meines Erachtens ausgesprochen wichtig.

Dr. Reinhard Wiesner: Sie leiten ein Großstadtjugendamt in Berlin-Charlottenburg. Während unserer Fachtagung haben wir auch gehört, daß wir in letzter Zeit immer häufiger mit recht dubiosen Angeboten pseudowissenschaftlicher Einrichtungen, sogar von Hellsehern, die in der Presse werben,

konfrontiert sind. Sehen Sie in dieser Situation eine Gefahr für seriöse Jugendhilfe? Oder anders herum gefragt: Welche Möglichkeiten könnte es geben, um die Spreu vom Weizen zu trennen? Wie können künftig Klienten vor dubiosen Hilfsangeboten geschützt werden?

Uta von Pirani: Die Gefahr sehe ich schon. Deshalb existiert die Notwendigkeit, sich intensiv mit all den unterschiedlichen pseudowissenschaftlichen Offerten auseinanderzusetzen, um diese besser beurteilen zu können, um auch entsprechend reagieren zu können. Das verlangt einerseits einen recht großen Qualifikationsaufwand innerhalb der Jugendhilfe. Andererseits muß das Jugendamt nicht alles selbst machen. Schließlich kann es sich auf andere erfahrene Fachdienste stützen, sie in Analyse und Prüfung einbeziehen oder dort nachfragen. Ich hoffe nur, daß wir auch dieses neue Problem im Interesse einer den Kindern und Jugendlichen förderlichen Entwicklung lösen können. Trotzdem habe ich meine Bedenken, bin ich bei der Vielzahl der dubiosen Angebote manchmal ängstlich.

Dr. Reinhard Wiesner: Vielleicht können sich die Bezirke in Berlin zusammen tun, um das gerade geschilderte Problem zu lösen. Sicherlich brauchen wir das Fahrrad nicht neu zu erfinden. Wie ist es in Berlin?

Uta von Pirani: Natürlich arbeiten die Leiterinnen und Leiter der bezirklichen Jugendämter eng zusammen. Die Kooperation erstreckt sich derzeit vor allem auf den Bereich der Einrichtungen, die wir nutzen. Bedarf besteht natürlich in vielen anderen Bereichen. Ich denke, daß zum Beispiel die sogenannte BSHG-Therapeutenliste, die in Berlin existiert, für die Jugendhilfe nicht ausreichend und hilfreich ist. Hier müssen wir aufgrund der praktischen Erfahrungen an der Basis zu neuen Verfahren bei der Beantragung und Bewilligung therapeutischer Leistungen kommen.

Dr. Reinhard Wiesner: Wie urteilen Sie in aller Kürze, Herr Dr. Fegert, aus ärztlicher Sicht über die Probleme, die mit dem § 35a zusammenhängen?

Dr. Jörg M. Fegert, *Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum „Rudolf Virchow“ Berlin-Charlottenburg:* Bei allen Diskussionen über die Probleme wird latent deutlich, daß Praktiker der Jugendhilfe und Ärzte vor allem über ein hierarchisches Gefälle zwischen den Berufsgruppen reden. Ein Teil der Berührungsgängste, die mit dem § 35a

sogar virulenter werden, kommen vor allem daher, daß im „BSHG-Rahmen“ Ärzte in vertrauter Weise Gutachten schrieben und Maßnahmen verordneten. Hier gab es bisher fast einen Automatismus bei der Leistungserfüllung und dies diente nicht immer dem Wohl der Patienten.

Die Hilfeplanung betrachte ich als ein adäquateres Instrument, wobei ich als Arzt und ausgebildeter Psychotherapeut trotzdem die Angst habe, daß unsere Berufsgruppe künftig nicht mehr so intensiv gefragt wird. Die Jugendhilfe führt jetzt Regie. Als Arzt kann ich heutzutage nur noch Stellungnahmen über Kinder und Jugendliche abgeben, die direkt zu mir kommen.

Wenn wir jetzt dem § 35a gerecht werden wollen, so ist in der Umkehr die Jugendhilfe verpflichtet, immer dann Experten heranzuziehen, wenn es notwendig ist. Diese Entscheidung bleibt jedoch ein subjektiver Faktor und so habe ich meine Zweifel. Denn die Erfahrung lehrt, daß in allen Behörden und Institutionen der Anspruch besteht, die Probleme erst einmal „im eigenen Haus“ zu klären.

Der Gesetzgeber hat den Anspruch auf Hilfen gemäß § 35a festgeschrieben. Es ist eine Notwendigkeit und auch eine Chance für die Jugendhilfe, sich diesen Anforderungen zu stellen. Es darf aber nicht dazu kommen, daß innerhalb der Hilfen ein Zwei-Klassen-System entsteht. Worauf ich als Arzt noch den Blick lenken möchte, ist das Problem, zu welchen Leistungen die Kranken- und Ersatzkassen verpflichtet sind. Hier werden nach meinen Erfahrungen Möglichkeiten, die real vorhanden sind, zu wenig genutzt, wofür der Streit um isolierte therapeutische Leistungen, der lange geführt wurde, ein Beispiel ist.

Es gibt bereits gemeindenahe Lösungen. Ersatzkassenverbände haben schon Sozialpsychiatrievereinbarungen unterschrieben. Die AOK ist dabei noch sehr zögerlich. Im wesentlichen geht es darum, daß die Krankenkassen im Rahmen des SGB V anerkennen, daß die Zusammenhängearbeiten - insbesondere die soziale Betreuung der Kinder und Jugendlichen - notwendig sind. Bei diesem seit Jahren bestehenden Problem bewegen sich beide Seiten glücklicherweise aufeinander zu. Es gibt neuerdings regional die Möglichkeit, daß sich die Teilnahme an einer Hilfskonferenz auch abrechnen läßt. Bisher bestand das Problem der Finanzierung akut, und es ist wohlthuend, daß sich Lösungen abzeichnen, die allerdings noch nicht ausreichen.

Ich möchte jetzt noch ganz kurz etwas zu den eher dubiosen Anbietern von Hilfen sagen. Es gibt sogar Offerten, die auf den § 27, Absatz 3 KJHG zurechtgezimmert sind. Dort liegt eine zusätzliche Gefahr. Meines Erachtens ist es sehr, sehr wichtig, einen breiten fachlichen Konsens zu suchen, um diesen dubiosen Angeboten zu begegnen. Und das ist gerade deshalb wichtig, weil alle Eltern, die sich in einer verzweiferten Situation mit einem Kind befinden, die Tendenz haben, jeden Strohhalm aufzugreifen, der ihnen suggeriert - da ist eine Hilfe. Eine solche Reaktion ist meiner Meinung nach ganz normal. Für uns Ärzte und für die Jugendhilfe muß eine seriöse Aufgabe der Beratung darin bestehen, sich auf wissenschaftliche Weise mit Angeboten auseinanderzusetzen, die von vornherein nichts bringen.

Dr. Reinhard Wiesner: Sie haben gerade von den Berührungspunkten der verschiedenen Professionen gesprochen. Welche Möglichkeiten sehen Sie als Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kommunikationsschwierigkeiten zum Jugendamt und umgekehrt künftig zu beseitigen? Denn es ist eine Tatsache, daß beide Seiten aufeinander zugehen müssen. Worin besteht unser aller Verantwortung?

Dr. Jörg M. Fegert: Als Ärzte müssen wir genau transparent machen, was wir in unserer Diagnostik tun, wie wir zu Empfehlungen kommen und auch beschreiben, worin die Problemlagen bestehen, mit denen wir uns auseinandersetzen. So hatte ich auch mein 1994 erschienenes Buch mit dem Titel „Was ist seelische Behinderung?“ aufgebaut.

Es ist eine sehr wichtige Frage, wie wir unsere Arbeit am besten transparent machen können, damit die Jugendhilfe weiß, was wir wollen. Ich betrachte das sogar als Bringeschuld. Und letztlich hängt es immer wieder von den einzelnen Menschen ab, ob sie sich wirklich gemeinsam an einen Tisch setzen und eine gemeinsame Ebene zur Zusammenarbeit finden. Über Hierarchien hinweg. Ich glaube, man kann sogar vom englischen Gerichtsmodell lernen. Es ist vielleicht gar nicht so schlecht, daß das Jugendamt jetzt auch die finanzielle Gewalt hat. Dadurch wird die Ungleichheit aufgrund hierarchischer Strukturen etwas kompensiert und die Zusammenarbeit gefördert. Das hoffe ich zumindest.

Uta von Pirani: Ich bin der Meinung, daß die finanzielle Macht nicht bei den Jugendämtern liegt. Die Federführung, die Regie, vielleicht die Definitions-

macht liegt bei uns; die finanzielle leider nicht. Aber in der Konsequenz hoffe ich, daß Sie recht haben.

Dr. Reinhard Wiesner: Wie sehen Sie, Frau Dr. Cobus-Schwertner, die Möglichkeit des Aufeinanderzugehens auf die jeweils andere Profession, auch auf der örtlichen Ebene? Ich will hier gar nicht an den Runden Tisch denken. Ein solcher allein würde auch nichts nutzen. Notwendig ist im Grunde, einen breit gefächerten Dialog möglich zu machen, auch einen Trialog, wenn Sie so wollen.

Dr. Inge Cobus-Schwertner: Ich denke, die Dialogfähigkeit der Psychiater mit den Fachleuten der Jugendhilfe oder umgekehrt ist nicht besonders gut ausgeprägt. Der Dialog vollzieht sich bis heute eher auf einer hierarchischen Ebene. Zu oft ist es so, daß der Psychiater als der kompetentere Fachmann angesehen wird und aus diesem Grunde keine gleichberechtigte Kommunikation mehr stattfindet.

Eine ganz entscheidende Aufgabe der Jugendhilfe muß es sein, sich der eigenen Kompetenz bewußt zu werden, mehr Selbstbewußtsein zu gewinnen, um Defizite auszugleichen. In der Ausbildung sowie bei der Weiterbildung brauchen wir auf alle Fälle eine bewußte und selbstbewußte Verständigung. Nur so kann meines Erachtens im Interesse der Kinder und Jugendlichen miteinander über die angemessenen Hilfeformen diskutiert und entschieden werden. Eine Voraussetzung besteht darin, daß die Psychiater ihr Allmachtsdenken aufgeben und sich wirklich als gleichberechtigte Partner einbringen.

Dr. Reinhard Wiesner: Sie haben jetzt vom Selbstverständnis sowie vom Selbstbewußtsein der Jugendhilfe und der Jugendämter gesprochen. Bisher wurde das nur im Verhältnis der Professionen untereinander andiskutiert. Meines Erachtens müssen wir das Problem auch im Verhältnis zu dem Klienten, den Betroffenen, zu den Leistungsberechtigten erörtern. Es existiert das Paradoxon, daß wir einerseits sagen, die Behinderung sei ein Stempel, und uns Gedanken machen, wie man eine solche Etikettierung vermeiden kann. Gleichzeitig erleben wir, daß Eltern Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt den Leistungen des Jugendamtes vorziehen. Offensichtlich sehen sie im Kontakt zum Jugendamt ein noch größeres Stigma.

Hinsichtlich der Außendarstellung des Jugendamtes gegenüber der Allgemeinheit besteht ein großer Nachholebedarf. Es gibt auch hier Fragen. Wie

gelingt es, Vorurteile abzubauen? Was kann man im örtlichen Bereich ganz konkret tun, um schrittweise zu erreichen, daß Eltern, daß ein Kind oder ein Jugendlicher nicht nur freiwillig, sondern auch gern zum Jugendamt kommen? Die Kämmerer würden sich freilich nicht gerade freuen. Aber ich denke, wir alle würden es begrüßen, wenn es so wäre.

Uta von Pirani: In Berlin-Charlottenburg haben wir eine interessante Erfahrung gemacht. Die Menschen, die mit uns in Kontakt kommen mußten, weil sie entweder mit der Mitwirkung des Jugendamtes in einem familiengerichtlichen Verfahren konfrontiert waren oder weil sie uns beispielsweise wegen drohender Obdachlosigkeit aufsuchten, sind unsere besten Zeugen dafür, daß sich anscheinend etwas verändert hat. Zufriedene Klienten empfehlen uns nämlich weiter.

Eine verstärkte Außendarstellung darf das allerdings nicht ersetzen. Das Jugendamt Berlin-Charlottenburg hat aus diesem Grund auch einen „Wegweiser“ herausgegeben, der die Vielfalt der Einrichtungen, Aufgaben und Dienstleistungen des Jugendamtes für Leistungsberechtigte und Multiplikatoren transparent machen soll. Diese zusammenfassende Darstellung aller Aufgaben, die vom Jugendamt erfüllt werden, wurde in Berlin-Charlottenburg fast flächendeckend verteilt. Es gab daraufhin zahlreiche positive Rückmeldungen und Nachfragen.

Dr. Charlotte Köttgen, *Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiterin des jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes im Amt für Jugend Hamburg:* Ich möchte zu dem Problem Kranksein und Sozialhilfe etwas sagen. Bereits vor Jahren habe ich in der Psychiatrie mit Erschrecken festgestellt, daß bei jungen Menschen, die ihre erste Psychose hatten und mit dieser konfrontiert waren, haargenau die Tendenz zu beobachten war, sich lieber als Kranke definiert zu wissen. Die wenigsten wollten wahr haben, daß es sich um eine Schwierigkeit handelte, die mit ganz vielen Prozessen oder Vorgeschichten zu tun hatte. Sie wollten nicht wissen, daß die Lösung des Problems in erster Linie bei ihnen selbst lag.

Sich selbst als Kranker zu definieren erscheint recht einfach, weil dabei das Problem verdrängt und in die Außenwelt projiziert wird. Insgesamt betrachtet hat dieses Problem nicht nur etwas mit dem Stigma des Jugendamtes zu tun. Das Problem ist tendenziell. Jungen und alten Menschen ist es lieber, krank zu sein als schuldig zu sein an der Störung. Ich meine, das hat eher etwas mit der

Aufklärung über die Zusammenhänge zu tun als mit dem relativ schlechten Ruf von Psychiatrie und dem Jugendamt. Ich glaube zudem, daß zunächst einmal in unseren Köpfen eine Menge passieren muß, bevor sich etwas ändert.

Dr. Reihard Wiesner: Das Problem hat etwas mit der gesellschaftlichen Akzeptanz zu tun. Im allgemeinen ist eine Krankheit akzeptierter als zum Jugendamt zu gehen. Oder?

Dr. Inge Cobus-Schwertner: Ich denke, es ist viel differenzierter. Es existieren so viele Etiketten bei der Betrachtungsweise der unterschiedlichen Bereiche - so in der Jugendhilfe, in der Jugendpsychiatrie und in der Medizin. Es stimmt, daß die meisten lieber krank sein möchten. Viele Eltern haben es lieber, daß ihr Kind krank ist, sie möchten aber nicht, daß ihr Kind verrückt ist. Ich denke, viele Eltern wollen nicht zum Jugendamt gehen, weil das Jugendamt traditionell den Ruf hat, als die Institution zu gelten, die die Kinder „wegnimmt“ und Eingriffe in der Familie vollzieht, was die meisten Eltern nicht wollen.

Es kommt noch etwas hinzu. Wenn man heutzutage in ein Jugendamt geht, das Teil des bürokratischen Apparates einer Kommune ist, so spürt man sehr häufig den Amtsstubencharakter einer „muffigen Behörde“, die dem Anspruch der Jugendhilfe auf den ersten Blick nicht gerecht wird. All das sind Faktoren, die das Ansehen negativ berühren. Meiner Meinung nach hat die Jugendhilfe einen großen Nachholbedarf, bei der Darstellung ihres Leistungsspektrums und ihrer Fähigkeiten.

Die Selbstdarstellung ist der Jugendpsychiatrie in der Vergangenheit besser gelungen. Diese positive Bewertung ändert aber nichts an den aktuellen Befindlichkeiten. Die komplexe Aufgabe besteht darin, bessere Mittel und Wege zu finden, die Kindern, Jugendlichen und Eltern den Schritt des Hilfesuchens in das Jugendamt auch wirklich erleichtern. Für Eltern, die im psychiatrischen Bereich um Hilfe bitten, ist der Schritt auch nicht leichter, es sei denn, es handelt sich um Mittelschichteltern.

In zahlreichen Untersuchungen über das Klientel der Jugendpsychiatrie wird auch belegt, daß sich Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen und höheren Einkommen in ihrem Verhalten in der Vergangenheit immer unterschieden haben von Eltern, die zur unteren Schicht oder zu den Benachteiligten zählten.

In diesen Gruppen herrschte die Meinung vor: „Zum Psychiater geht mein Kind nicht. Es ist doch nicht verrückt.“

Annegret Dahmer: Ich möchte noch etwas zum Image der Jugendämter sagen. Im Grunde gilt auch hier das Schneeballprinzip. Wer gute Erfahrungen mit den Jugendämtern gemacht hat, empfiehlt sie weiter. Der oft zitierte Hilfeplan ist gerade das Instrument, solche positiven Erfahrungen an Eltern weiterzugeben.

Laut Gesetz sind die Eltern an den Hilfeplangesprächen zu beteiligen. Ich weiß, daß das in den meisten Jugendämtern noch in den Kinderschuhen steckt. Doch dieses Einbeziehen betrachte ich als Chance, daß sich die Jugendämter nach außen künftig besser darstellen können als bisher. Demgegenüber haben Eltern auch keine Schwierigkeiten, zum Jugendamt zu gehen, wenn sie einen Kindergartenplatz brauchen und wollen.

Dr. Reinhard Wiesner: Die meisten Eltern wissen wohl nicht, daß die Kindergärten auch zur Jugendhilfe gehören.

Dr. Gerd Mager, Leiter des Jugendamtes Berlin-Spandau: Ich kann hier mühelos anschließen. Ich denke, daß wir uns bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit so verhalten, als wären wir mehrfach behindert. Das klassische Bild, daß die Fürsorgerin mit dem Dutt noch immer herumläuft, existiert noch - nicht nur in der Bevölkerung. Das wissen wir seit langem und tun im Grunde nichts ausreichend Professionelles dagegen, was mich bekümmert. Dazu zwei Beispiele:

1. Das Jugendamt Berlin-Spandau hatte eine Broschüre herausgegeben, in der die vielfältige Arbeit hervorragend dargestellt wird. Die Broschüre war nach zwei Tagen vergriffen. Die wichtigste Resonanz gab es in der Vertretungskörperschaft: kein Wort zum Inhalt. Es kam zu einer kleinen Anfrage, warum dieses Werk, das natürlich aus Kostengründen über Werbung finanziert werden mußte, auf chlorgebleichtem Papier gedruckt worden war.

2. Später wurde dann eine Ausstellung über die Entwicklung des sozialpädagogischen Dienstes in der Wandelhalle des Rathauses Spandau präsentiert. Tage darauf ist mir glaubhaft versichert worden, daß dort während der gesamten Ausstellungsdauer lediglich ein Mitglied des Jugendhilfeausschus-

ses gesichtet wurde. Das war die einzige Reaktion. Wir haben Nachfragen vom Deutschen Verein und aus verschiedenen Kommunen bekommen, die diese Ausstellung haben wollten. Die Resonanz in Berlin-Spandau war ausgesprochen gering. Wie sollen wir der Bevölkerung ein positives Bild der Leistungen der Jugendhilfe vermitteln, wenn wir offensichtlich nicht einmal in der Lage sind, unsere kommunalen Repräsentanten anzusprechen?

Hans-Günter Mergel, *Jugendamt der Stadt Dresden*: Auch ich möchte mich zum Thema Image einbringen und kurz ein Beispiel schildern. Ich vertrete fünf Beratungsstellen, die zu DDR-Zeiten kinderneuropsychiatrische und psychologische Beratungsstellen waren und dem Gesundheitswesen unterstanden. Nach der Wende wurde der Wechsel zum Jugendamt vollzogen. Wir hatten uns aufgrund von Imagefragen darauf verständigt, daß die Beratungsstellen nicht mit dem Titel des Jugendamtes in Verbindung gebracht wurden.

Wir nennen uns ganz neutral Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien oder psychologisch-medizinische Beratungsstellen, weil wir die Leistung im Grunde gemeinsam mit dem Gesundheitsamt erbringen und viele Ärzte noch bei uns tätig sind. Ich kann hier und heute nicht sagen, ob unsere Entscheidungen zur Namensgebung einen entsprechenden Effekt für das Ansehen haben.

Ich möchte aber feststellen: Auf jeden Fall sind die Beratungsstellen immer voll ausgelastet. Wenn nun während einer Beratung darauf hingewiesen wird, daß wir ein Bereich des Jugendamtes sind, so kann das dazu beitragen, Vorurteile abzubauen. Und irgendwann können wir dann wahrscheinlich die Bezeichnung „Jugendamt“ wieder im Titel tragen.

Dr. Reinhard Wiesner: Die Schilderungen führen mich zu der Überlegung, ob es nicht besser ist, heutzutage vieles anders zu verpacken und uns andere Namen zu suchen, um negative Assoziationen wegzubekommen. Im Grunde bin ich dagegen. Die Zeit lebt nun einmal auch sehr von Äußerlichkeiten und Verpackungen. Vielleicht fällt jemandem bald noch etwas Kreatives dazu ein.

Übereinstimmend ist in unserer Podiumsdiskussion zum Ausdruck gebracht worden, daß ein Kernstück der modernen Jugendhilfe der Hilfeplan ist. Ich spreche allerdings lieber vom Prozeß der Hilfeplanung. Der § 35a KJHG kann meines Erachtens kein Anlaß sein, eine selbständige Planung oder einen

separaten Plan neben die allgemeine Planung zu stellen. Ich kann mir denken, daß künftig der Prozeß der Planung nicht nur Leistungen der Jugendhilfe umfaßt, sondern auch der „Leistungskonkurrenten“. Auch die Leistungen der Krankenkassen und anderer Leistungsträger müssen aufgenommen werden. Insgesamt scheint es nötig zu sein, die Sichtweise auf den Gesamtprozeß zu verbreitern. Ich empfehle, bei der Hilfeplanung integrativ zu denken und die Entscheidungen nicht nur an einem einzigen Paragraphen festzumachen.

Abschließend möchte ich das Ergebnis unserer Fachtagung kurz zusammenfassen. Es hat sich gezeigt, daß diese Fachtagung eine der wenigen zu diesem Thema überhaupt war. Das muß Erstaunen hervorrufen, weil seit Jahren überall bekannt ist, daß es den § 35a gibt, und daß dieser spätestens am 1. Januar 1995 in Kraft tritt.

Unter diesem Aspekt war es völlig klar, daß auf dieser Tagung eine Menge Fragen aufgeworfen wurden. Einige sind beantwortet worden, andere nicht. Einige können in diesem Rahmen gar nicht beantwortet werden, womit die Dimension der Problemlagen klar wird. Als Konsens läßt sich festhalten, daß der Zuständigkeitswechsel von der Eingliederungshilfe zur Jugendhilfe allgemein begrüßt wird, daß sich aber die Geister scheiden hinsichtlich der selbständigen Stellung des § 35a.

Verstehen Sie mich bitte nicht falsch, ich möchte jetzt und hier nicht die nächste Tagung zu diesem Thema ankündigen. Ich glaube aber schon, daß auf verschiedenen Ebenen an den Problemen, die heute unlösbar erscheinen, weiter gearbeitet werden muß. Dabei denke ich auch an die Ebene der kommunalen Spitzenverbände.

Das wichtigste an allem scheint die Frage zu sein, wie es gelingt, in dem Dschungel der verschiedenen Leistungsträger auf einer strukturellen Ebene zu einer besseren Zusammenarbeit zu kommen. Es darf nicht sein, daß ein Träger einen anderen „aussticht“, was bedauerlicherweise immer wieder vorkommt. Es kann auch nicht sein, daß die jeweils eine Institution immer nur allein die Kosten zu tragen hat, was letztendlich zu Lasten der Betroffenen, der Klienten, Patienten und Leistungsberechtigten geschieht.

Auf der Ebene der örtlichen Jugendämter erscheint es wichtig, daß die Außendarstellung grundlegend verbessert wird. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie steht vor der Aufgabe, den partnerschaftlichen Dialog mit den Ju-

gendämtern und der Jugendhilfe zu führen und auszugestalten. Meiner Meinung nach gibt es genug Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Arbeit der örtlichen Jugendämter sowie der Landesjugendämter.

Ich hoffe, daß über die verschiedenen Empfehlungen in den einzelnen Bundesländern künftig noch bessere Grundlagen erarbeitet werden, um die Vorschriften auszufüllen. Während der Fachtagung haben wir einen weitgehenden inhaltlichen Konsens erreicht und meinen, langfristig betrachtet auf den § 35a irgendwann verzichten zu können. Im Augenblick allerdings steht eine Streichung gar nicht zur Diskussion. Vielmehr kommt es darauf an, diesen Paragraphen kreativ zu nutzen. Daran knüpfe ich den Wunsch an uns alle, daß dies uns gelingen möge im Interesse der Kinder und Jugendlichen, denen wir fachlich qualifizierte Hilfen geben wollen.

Ich danke Ihnen für Ihre aktive Teilnahme an der Fachtagung. Mein Dank gilt dem Veranstalter, dem Verein für Kommunalwissenschaften. Ihnen allen wünsche ich Erfolg bei Ihrer Arbeit und hoffe, daß wir uns an dem einen oder anderen Ort zu Diskussionsrunden und Gesprächen über dieses und andere Themen bald einmal wiedersehen.

Plädoyer für eindeutige Zuständigkeitsregelungen

HELMUT SAURBIER¹

*Landesrat a. D., Vorsitzender der Zentralen Spruchstelle für
Fürsorgestreitigkeiten*

Zum Selbstverständnis der Jugendhilfe

In meinem Vortrag möchte ich einige Gesamtzusammenhänge darstellen, in die auch die Problematik dieser Fachtagung einzuordnen ist. Vor allem geht es mir um Grundsatzaussagen, die über den Tellerrand der wichtigen Einzelfragen der Tagespraxis hinausreichen. Gerade bei der Frage der Zusammenhänge bin ich bei einer ganz grundsätzlichen und umfassenden Problematik, die mich in den vergangenen drei Jahrzehnten meiner Tätigkeit in der Jugendhilfe in unterschiedlichen Arbeitsbereichen und in vielfältiger Hinsicht nie losgelassen hat: die Definition des Selbstverständnisses der Jugendhilfe in ihrer Beziehung zu Kindern und Jugendlichen, die - in welcher Form, welcher Ausprägung und welchem Schweregrad auch immer - behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Unabhängig von einer etwaigen zusätzlichen Auseinandersetzung - zum Beispiel mit den Krankenkassen - steht die Frage der Abgrenzung zwischen den Leistungsbereichen und -trägern von Jugendhilfe und Sozialhilfe an zentraler Stelle.

Auf der Grundlage vielfältiger praktischer Erfahrungen in meiner damaligen Alltagsarbeit im Landesjugendamt Rheinland, aber auch in der Zentralen Spruchstelle für Fürsorgestreitigkeiten und beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge habe ich vor 18 Jahren zum ersten Mal in einer breiten Fachöffentlichkeit, nämlich bei einer Mitgliederversammlung des Deutschen Vereins am 3. November 1977 in Ulm (vgl. Heft 1 des Nachrichtendienstes des Deutschen Vereins von 1978), zu Abgrenzungsfragen zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe Stellung nehmen dürfen. Die Grundlagen meiner damals vorgetragenen Thesen habe ich sowohl im weiteren Verlauf meiner Arbeit als auch in der allgemeinen Diskussion um das neue Jugendhilferecht immer wieder bestätigt gefunden. Bis heute habe ich nicht nachgelassen, sie vorzutragen und nötige Konsequenzen zu fordern.

¹ Der Autor wollte ursprünglich die Fachtagung resümieren, war aber verhindert, das zu tun. Das Referat zum Tagungsthema wurde nachgereicht. Es ist somit Bestandteil der Dokumentation.

Wenn wir heute über die Fragen der Leistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe sprechen, sollten wir uns vor Augen halten, daß damit zwar für die Jugendhilfeträger einerseits auch neue Schwierigkeiten aufgetaucht sind, andererseits aber insgesamt nur eine halbherzige Lösung für ein großes Anliegen der Jugendhilfe verwirklicht ist.

Forderung an den Gesetzgeber

Aus ganz unterschiedlichen Überlegungen heraus komme ich nach wie vor zu der **Forderung** an den Bundesgesetzgeber, **die Dualität zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe für junge Menschen zu überwinden und den Jugendhilfeträgern die ausschließliche Zuständigkeit für alle Hilfen für alle jungen Menschen zuzuweisen:**

Kinder und Jugendliche sind keine Erwachsenen im Kleinformat. Sie sollten nicht mit Kriterien der Erwachsenenwelt beurteilt und nach diesen behandelt werden, sondern wir sollten ihnen zugestehen, daß sie ihren Eigenarten entsprechende, eigenständige Maßstäbe verdienen und benötigen. Bei ihnen sind andersartige Hilfen, Angebote und Leistungen nötig als bei Erwachsenen, die über andere Möglichkeiten verfügen, sich zu äußern, sich zu behaupten, sich selbst zu helfen und für die Dritte - zum Beispiel auch die staatliche Ordnung und Gemeinschaft gemäß Artikel 6 Absätze 1 und 3 unseres Grundgesetzes - niemals in demselben Umfang Verantwortung mittragen müssen wie dies für Kinder der Fall ist.

Daraus folgt für mich zwingend, daß Kinder und Jugendliche nicht nur mit anderen gesetzlichen Kategorien, Voraussetzungen und Leistungen in Beziehung gebracht, sondern auch von anderen Stellen und anderen Menschen betreut werden sollten als Erwachsene mit ihren anders gearteten Problemen, Schwächen und Stärken.

Dies ergibt zwangsläufig die Forderung nach der umfassenden und abschließenden Zuständigkeit der Jugendhilfeträger, soweit öffentliche Hilfen aus dem sozialen Leistungsbereich - Sozialhilfe, Jugendhilfe usw. - erforderlich sind.

Nun gibt es Befürworter von Spezialregelungen und -zuständigkeiten für Behinderte, die ohne Rücksicht auf das Alter für alle Behinderten sowie ihre Sorgen

und Bedürfnisse gelten sollen. Man kann meines Erachtens nicht deutlich genug betonen, daß ein behindertes oder von einer Behinderung bedrohtes Kind in erster Linie ein Kind mit den ihm eigenen altersentsprechenden spezifischen Bedürfnissen, Wünschen, Ängsten, Empfindungen, Aufnahmefähigkeiten und Belastbarkeiten ist und seine sich aus der Behinderung ergebenden Probleme nur zusätzlich und erst in zweiter Linie einen Hilfebedarf auslösen - so gravierend die Behinderung auch sein mag.

Wenn man sich klarmacht, daß die Hilfestellung für das Kind von seiner kindgemäßen Ausgangslage auszugehen hat, sollte sich die Forderung nach dem Jugendamt als der Anlaufstelle und Zentrale für alle Hilfen für alle Kinder von selbst verstehen.

Ein viel zu hoher Verwaltungsaufwand

Das bedeutet - über die jetzt im KJHG getroffene Regelung hinaus -, die Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem BSHG für Kinder und Jugendliche allesamt in die Zuständigkeit des Jugendamtes zu verlagern. Hiermit komme ich zu einem zweiten Motiv für meine Forderung:

Der Verwaltungsaufwand, der derzeit zur Vorbereitung der Entscheidung über die Frage nötig ist, ob für ein Kind im Einzelfall Eingliederungshilfe nach dem BSHG durch den örtlichen oder den überörtlichen Sozialhilfeträger oder Hilfen zur Erziehung nach dem KJHG durch das Jugendamt zu leisten ist, ist riesig, eigentlich überflüssig und sollte beseitigt werden.

Wer im Alltag mit gefährdeten, gestörten, behinderten und in irgendeiner Form negativ auffälligen Kindern und Jugendlichen von Amts wegen arbeitet, kennt die Folgen der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten für die einzelnen Hilfeformen und Auffälligkeiten zur Genüge. Dazu gehören:

- erheblich verspätete Hilfeleistungen,
- sich teilweise jahrelang über die Kosten eines Hilfefalles streitende Träger mit der entsprechenden Beschäftigung von Menschen mit dieser für die tatsächliche Hilfe zweitrangigen Frage und
- verzweifelte Eltern, die von einer Stelle zur anderen geschickt werden, weil im Normalfall negative und nicht positive Kompetenzkonflikte üblich sind.

Streitereien über die Zuständigkeit bleiben

Diese Streitereien zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe wird es so lange geben, wie es neben der Zuständigkeit der Jugendhilfe für Hilfeleistungen für Kinder und Jugendliche auch eine Zuständigkeit einer anderen Stelle in der öffentlichen Verwaltung gibt. Außerdem bleiben ohnehin noch weitere Zuständigkeitskonflikte - wie zum Beispiel mit den Krankenkassen - von der Abgrenzung zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe unberührt.

Sicher gibt es viele Formen des Hilfebedarfs, die bei dem geltenden Recht eindeutig zuzuordnen sind. Die Zahl der sogenannten Grenzfälle, die von einem Bereich in den anderen hin- und hergeschoben werden und dadurch die ihnen gemäße Hilfe nicht schnell genug, nicht ausreichend oder eben nur unter Verursachung eines erhöhten und meiner Auffassung nach unververtretbaren Verwaltungsaufwandes erhalten, ist aber enorm und auf jeden Fall viel zu groß.

Wir wissen, daß ein großer Teil der mit erheblichem erzieherischen Bedarf in Einrichtungen der Erziehungshilfe betreuten Kinder und Jugendlichen in irgendeiner Form auch als behindert bezeichnet werden kann. Auf die seelisch Behinderten komme ich noch speziell zurück. Ich wende mich zunächst einmal den sonstigen Behinderungsformen zu. Im Mittelpunkt stehen dabei hinsichtlich der Schwierigkeiten in der Abgrenzung die Formen der geistigen Behinderung. Aber auch die sogenannten Mehrfachbehinderungen setzen eine Verwaltungsapparatur in Bewegung, wenn es gilt, den zuständigen Hilfeträger oder verantwortlichen Kostenträger zu finden.

Ich erinnere mich an mehrere Fälle in meinem unmittelbaren Arbeitsbereich, in denen schwer verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche zusätzlich hör- oder sehbehindert waren. Es wurde darüber gestritten, ob eine Unterbringung wegen der Erziehungsprobleme, wegen der schlechten häuslichen Verhältnisse oder wegen der massiven Hör- oder Sehbehinderung zur Sicherung einer auswärtigen Schul- oder Berufsausbildung nötig sein sollte oder ob Kinder wegen ihrer vorhandenen, vermuteten oder diagnostizierten geistigen Behinderung noch mit Mitteln der Erziehung beeinflussbar sein sollten oder nicht.

Aus jeder Sitzung der Zentralen Spruchstelle könnte ich aus der Tätigkeit der Schiedsgerichte Verfahren benennen, die nur deswegen angestrengt worden

waren, weil je nach Ausprägung bestimmter Eigenschaften bei den Kindern und Jugendlichen die eine oder die andere Behörde zuständig gewesen wäre: entweder das Jugendamt, möglicherweise das in einer kreisangehörigen Stadt mit eigenem Jugendamt, das örtliche Sozialamt bei der Kreisverwaltung oder der überörtliche Sozialhilfeträger.

Angesichts der zum großen Teil erheblichen Kosten bei Unterbringung außerhalb der eigenen Familie wird zunächst hin- und herkorrespondiert und anschließend, nachdem einer der Beteiligten schließlich gegenüber der Einrichtung mit ziemlicher zeitlicher Verzögerung eine Kostenzusage abgegeben hat, auch weiter nacheinander vor den zwei Instanzen der Schiedsgerichtsbarkeit gestritten, was mitunter bis zur Rechtskraft ab Entscheidung über die Hilfestellung fünf und mehr Jahre dauert und mit einer inzwischen aufgelaufenen sechsstelligen Kostenerstattungssumme verbunden ist.

Bei diesen Streitigkeiten werden häufig Sachverständige in Anspruch genommen, die angesichts der Komplexität der Fälle meist überfordert sind. Viele Gutachten, auf die die Behörden ihre Entscheidungen dann stützen sollen, besagen, daß eine Unterbringung in einem heilpädagogischen Heim notwendig sei. Das ist eine Aussage, die letztlich keinen klarstellenden Inhalt hat. Denn es gibt keinen für bestimmte Einrichtungen und Leistungsbereiche gesicherten Begriff dieser Art mit Zuordnungsfunktion. Insbesondere gibt es Einrichtungen, die für sich in Anspruch nehmen, heilpädagogisch zu arbeiten, sowohl in der Kostenträgerschaft der Jugendhilfe als auch der Sozialhilfe.

Selbst wenn man aus der Diagnose im Einzelfall dann noch herauslesen kann, welche Merkmale bei dem Kind hinsichtlich seines Hilfebedarfs im Vordergrund stehen, so frage ich doch, ob die Anforderung einer Begutachtung nicht gegen das Grundprinzip einer möglichst rationellen Verwaltungstätigkeit verstößt, wenn deren ausschließlicher Zweck für die Behörden darin besteht, festzustellen, ob eine erforderliche Leistung nach dem BSHG oder dem KJHG von den dann jeweils zuständigen Ämtern zu gewähren ist.

Warum müssen Anträge formuliert, Sachverständige beschäftigt und Spruchstellen angerufen werden zu einer Frage, die man dadurch lösen kann, daß man alle Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche kraft Gesetzes in die Zuständigkeit desselben Trägers gibt, bei dem auch alle sonstigen Hilfen ressortieren?

Der Auftrag der Jugendhilfe zur Erziehung - einschließlich der Bildung von jungen Menschen - besteht auch gegenüber Kranken und Behinderten und schließt dabei alle allgemeinpädagogischen, sozialpädagogischen und heilpädagogischen Hilfen genauso ein wie die Sicherstellung der dabei im Einzelfall gebotenen medizinischen, pflegerischen und auch seelsorgerischen Mitarbeit durch die dafür kompetenten Disziplinen. Daß dabei gegebenenfalls bestehende Kostentragungspflichten der Krankenkassen im Rahmen von Versicherungsleistungen vorrangig in Anspruch zu nehmen sind, berührt die grundsätzlichen Aussagen zum gesetzlichen Auftrag der Jugendhilfe zum Tätigwerden in der Abgrenzung zur Sozialhilfe nicht.

Argumente für eine eindeutige Zuordnungsregelung

Für die grundsätzliche Zuordnung aller Hilfen für alle Kinder und Jugendlichen sprechen unter anderem folgende weitere Überlegungen:

- Das Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung hat nach § 1 Absatz 1 KJHG jeder junge Mensch, also auch der behinderte oder der von einer Behinderung bedrohte.
- Auch die Verpflichtungen der Jugendhilfe aus den Absätzen 2 und 3 des § 1 KJHG beziehen sich auf alle jungen Menschen, also selbstverständlich auch auf alle behinderten oder von einer Behinderung bedrohten jungen Menschen.
- Die Beteiligungsrechte von Kindern und Jugendlichen nach § 8 KJHG gelten natürlich auch für Behinderte, daß heißt diese können sich beispielsweise nach Absatz 2 dieser Vorschrift in allen Angelegenheiten an das Jugendamt wenden.

Warum, so frage ich, müssen behinderte Kinder und Jugendliche oder deren Eltern dann woanders hingeschickt werden, wenn sie Hilfen haben wollen, weil diese im BSHG geregelt sind oder vielleicht auch nur eine Prüfung vorgenommen werden soll, ob es nicht vielleicht doch eine andere Zuständigkeit als die des Jugendamtes geben könnte?

Ein weiteres aus meiner Erfahrung gewichtiges Wort ist nötig bezüglich der Zusammenfassung aller Hilfen bei einem Träger: Alle Welt fordert in allen Bereichen so weit wie möglich die Integration behinderter Menschen. Das

gilt auch für den Kindergarten wie für die Schule, für die Jugendfreizeitstätte, für Jugendverbände, Vereine usw. Wer aber einmal versucht hat, Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt integrativer Arbeit zu planen - so zum Beispiel in Kindergärten, Jugendfreizeitstätten, bei Jugendferienmaßnahmen die Berücksichtigung behindertenspezifischer baulicher Vorkehrungen oder besonderer personeller Notwendigkeiten finanziert zu bekommen -, weiß, welcher Leidensweg von einer fördernden Stelle zur anderen zurückzulegen ist, weil die unterschiedlichen Belange natürlich nach unterschiedlichen Förderungsvorschriften und von unterschiedlichen Behörden unter die Lupe und in die Förderung einbezogen werden müssen.

Spezialzuständigkeiten für Behinderte sind integrationsfeindlich! Die Spezialisten für Behinderte neigen naturgemäß dazu, in erster Linie den Menschen, mit dem sie es zu tun haben, unter dem Gesichtspunkt der Behinderung und dann erst seine sonstigen Bedürfnisse zu sehen. Das liegt in der Natur ihrer Aufgabenstellung begründet. Daß dies bei Kindern und Jugendlichen in wesentlich stärkerem Maße gefährlich ist, weiß jeder, der sich einigermaßen in deren Welt auskennt.

Eine Zuständigkeit gewissermaßen „von der Wiege bis zur Bahre“ geht hinter das zurück, was zu Beginn unseres Jahrhunderts gefordert und erreicht wurde: Das Jugendalter hat eigene Gesetzmäßigkeiten, Bedürfnisse, Kriterien und Vorgehensweisen.

Daß dies auch für behinderte Kinder und Jugendliche gilt, kann man - nach der Methode des steten Tropfens - nicht oft genug betonen. Aber zurück zu den vielfältigen verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten. Wer weiß, welche Klimmzüge gemacht werden müssen, wenn im Kindergarten integrativ gearbeitet werden soll, versteht, was ich meine.

Hier gibt es zum Beispiel Bereiche, in denen so getan und auf dem Papier festgehalten werden muß, als ob in den Gruppen nicht integrativ gearbeitet wird, sondern als gebe es zwei Gruppen mit nicht behinderten und eine Gruppe mit behinderten Kindern. Ist das nicht gleichzeitig lächerlich und doch in erster Linie beschämend?

Der berechtigte Ruf nach Integration der Behinderten muß auch ein Ruf nach Zusammenfassung der Hilfen für alle Kinder und Jugendlichen sein!

Über die Entwicklung der gesetzlichen Regelungen

Nach diesem grundsätzlichen Anspruch komme ich nun wieder konzentriert zurück zu den Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Nachdem in der Fachöffentlichkeit der Jugendhilfe der Ruf nach einer Einbeziehung der Hilfen für behinderte Kinder und Jugendliche in das neu zu konzipierende Jugendhilferecht immer lauter geworden war, hatte das federführende Bundesministerium versucht, sich in Anhörungen hierzu ein abschließendes Meinungsbild zu machen.

Dabei wurde insbesondere von den Behindertenverbänden betont, der Grundsatz der einheitlichen Hilfeleistung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene spreche gegen die Zuordnung zur Jugendhilfe. Dabei war erkennbar, daß das eingefahrene System der Finanzierung der Sozialhilfe beibehalten werden sollte: Hier gibt es eindeutige Rechtsansprüche und die Zuständigkeit der finanzstärkeren überörtlichen Träger für die stationären Hilfen, während im neuen Jugendhilferecht auch die kleineren Jugendämter mit wesentlich schwächerer Finanzausstattung die Allzuständigkeit für die Hilfestellung bekommen haben.

In der ersten Fassung des KJHG hatte man sich dann im § 10 dazu entschlossen, daß der grundsätzliche Vorrang der Eingliederungshilfe vor der Hilfe zur Erziehung nicht für die nicht wesentlich körperlich oder geistig sowie ebenfalls nicht für alle seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen gilt und hatte in § 27 vorgesehen, daß eine Hilfe zur Erziehung bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen die ihnen gegebenenfalls zu gewährende Eingliederungshilfe umfaßt, also insoweit für diesen Personenkreis die Zuständigkeit der Hilfestellung dem Jugendamt zugewiesen.

Die Diskussionen hierüber gingen weiter. Dabei wurde kritisiert, daß aus dieser Formulierung eine neue Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe hinsichtlich des Merkmals „wesentlich“ oder „nicht wesentlich“ eingeführt würde sowie gleichzeitig der Charakter des dem Kind oder Jugendlichen zustehenden Rechtsanspruchs gegenüber dem „nur“ den Personensorgeberechtigten zustehenden Anspruch auf Hilfe zur Erziehung negativ verändert würde. Als es dann zum ersten Änderungsgesetz zum KJHG, zur sogenannten Reparaturnovelle kam, wurde die jetzt bestehende Regelung Gesetz: In § 10 fiel der Begriff der „wesentlichen“ Behinderung als

Unterscheidungsmerkmal weg, was sicher einen Vorteil für die Abgrenzung in der täglichen Praxis darstellt. Gleichzeitig wurde aber auch aus § 27 eine Verbindung zwischen Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe herausgenommen und die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in einem eigenen Unterabschnitt in § 35a geregelt. Zusätzlich erhielt der § 10 in Absatz 2 die Öffnung für das Landesrecht, den Bereich der Frühförderung unabhängig von der Zuständigkeitsregelung des § 10 KJHG besonders zu regeln.

Ich habe dies hier noch einmal kurz zusammengestellt, um die Entwicklung der heutigen Regelung als vorläufiges Ende des Zuständigkeitsgerangels nicht der Praxis, sondern den gesetzgebenden Instanzen zuzuordnen. **Die Praxis muß sich aus folgenden Gründen weiter quälen, um zu vernünftigen Ergebnissen zu kommen:**

Der große Kreis der unlösbaren Abgrenzungsschwierigkeiten hat sich nur vermindert. Denn Mehrfachbehinderungen einerseits und unscharfe Grenzen zwischen geistiger und seelischer Behinderung andererseits verursachen weiterhin Probleme in der Praxis. Auch die Wahrnehmung der Lobbyfunktion für behinderte Kinder und Jugendliche durch die Jugendhilfe ist durch die gesetzliche Zuordnung von Hilfeleistungen zur Sozialhilfe beeinträchtigt.

In der Jugendhilfeplanung kommen deswegen häufig die Einrichtungen für Behinderte, für integrative Hilfen oder Angebote nur in Teilbereichen vor. Auch aus diesen Gründen halte ich meine alte Forderung nach der Zuordnung aller Hilfen zur Jugendhilfe in vollem Umfang aufrecht.

Ein neues Problem für die Jugendhilfe

Jetzt ist aber hinsichtlich der Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche trotz des grundsätzlichen Wegfalls der Zuordnungsschwierigkeiten zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe ein neues Problem aufgetaucht. Man versucht sich jetzt mit neuen Kriterienkatalogen und Definitionen, um innerhalb der Jugendhilfe herauszufinden oder festzustellen, was ein seelisch behindertes Kind ist, um diesem dann Hilfe nach dem KJHG zu leisten - entweder einfach nach § 35a oder kombiniert zwischen § 35a und 27. Ich habe dargestellt, daß es unmöglich ist, zwischen Verhaltensauffälligkeiten, die Anlaß zur

Hilfegewährung im Rahmen der Hilfe zur Erziehung sind, und seelischer Behinderung klare Abgrenzungskriterien zu finden. Das ist ein weiterer Grund für die Forderung nach der großen Lösung in der Einbeziehungsdiskussion.

Was ist denn wesentliches gewonnen, wenn wir nun innerhalb der Jugendhilfe diese fruchtlosen Zuordnungsdiskussionen oder -streitigkeiten fortsetzen sollen? **Es muß dringend gefordert werden, die Absonderung der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen** - ich bin fast geneigt, etwas böswillig von deren Aussonderung zu sprechen - **in einem besonderen Unterabschnitt oder Paragraphen rückgängig zu machen** und diese Hilfen dort unterzubringen, wo sie hingehören, nämlich zu den Hilfen zur Erziehung, die in § 27 Absatz 1 einen bewußt weiten Rahmen als Grundlage für die Hilfegewährung gefunden haben und bei denen jegliche Form der Stigmatisierung durch eine Formulierung von inhaltlichen Anspruchsvoraussetzungen bei den Kindern oder Jugendlichen vermieden worden ist.

Hier lassen sich meines Erachtens auch die notwendigen Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche unterbringen. Man muß sich nur von dem einengenden Begriff des „erzieherischen Defizits“ als Voraussetzung für eine Hilfegewährung verabschieden, der so im Gesetz gar nicht enthalten ist, oft jedoch hineininterpretiert wird. Wenn ein seelisch behindertes Kind neben der Erziehung durch die Eltern zusätzlicher Hilfen bedarf, ist eben eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende, auf seine individuellen Probleme, Schwierigkeiten und Bedürfnisse umfassend eingehende Erziehung nicht gewährleistet und die (Eingliederungs-) Hilfe für seine Entwicklung erforderlich. Hiermit könnten gedankliche Hilfskonstrukte überflüssig werden, die jetzt für die Diskussion zum § 35a mühsam aufgestellt wurden und werden.

Daß auf Eingliederungshilfe nach dem BSHG ein Rechtsanspruch des Kindes oder Jugendlichen selbst besteht, während auf Hilfe zur Erziehung nur die Personensorgeberechtigten einen Anspruch haben, stellt meines Erachtens in der Praxis keinen Unterschied dar, der zu besonderen Gesetzgebungsakten zwingen müßte. Der dem Kind zustehende Anspruch wird von den Personensorgeberechtigten im Rahmen ihres Sorgerechts geltend gemacht. Auch die Handlungsfähigkeit des Fünfzehnjährigen, der nach § 36 SGB I Anträge auf Sozialleistungen - also auf Eingliederungshilfe - selbst stellen und verfolgen kann, ist kein Problem. Denn auch hier hat der Leistungsträger den ge-

setzlichen Vertreter zu unterrichten, der seinerseits gegebenenfalls die Handlungsfähigkeit nach Absatz 1 einschränken könnte. Eine Hilfeleistung gegen den Willen der Personensorgeberechtigten gibt es hiernach auch nicht.

Für die wenigen Ausnahmefälle, in denen ein Widerspruch zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern vorliegt, gibt es im Rahmen des Familienrechts unter Einschaltung des Vormundschaftsgerichts im Bedarfsfalle genug Möglichkeiten, eine erforderliche Hilfe auch gegen die Zustimmung der Eltern durchzusetzen. Der § 27 Absatz 3 könnte zur Verdeutlichung dahin ergänzt werden, daß Hilfe zur Erziehung neben den dort genannten pädagogischen und damit verbundenen therapeutischen Leistungen - soweit erforderlich - auch die bei einer Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG für seelisch Behinderte zu gewährenden Leistungen umfaßt.

Hilfskonstruktionen sind nicht notwendig

Solange wir eine solche Ergänzung im KJHG nicht haben, sollten wir gleichwohl auf der Basis einer vernünftigen Gesetzesauslegung schon jetzt entsprechend verfahren. Die Träger und Mitarbeiter von Einrichtungen der Erziehungshilfe haben in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, welche hohe Zahl der bei ihnen im Rahmen der Jugendhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen auch die Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem BSHG erfüllen. Daß sie diesen Kindern helfen konnten, zeigt, daß für die Jugendhilfe nicht Neuland betreten wird, sondern bisher auch schon ein hoher Prozentsatz dieses Personenkreises von der Jugendhilfe betreut worden ist.

In anderen Fällen haben die Einrichtungen der Jugendhilfe in der Vergangenheit beide, nach der Rechtsgrundlage der Unterbringung unterschiedliche, im Hilfebedarf aber sich entsprechende Personengruppen gemeinsam in derselben Gruppe betreut und erzogen. Ich weiß dies aus einer großen Zahl von Streitverfahren über die Kostenerstattung. Wir brauchen also weder zusätzliche Hilfskonstruktionen zur Ausfüllung des Begriffs „seelische Behinderung“, noch müssen wir hinter die praktischen Erfahrungen bezüglich der Erziehungshilfe der letzten Jahre zurücktreten und mit neuen Überlegungen aufwarten. Im Rahmen der Hilfeplanung für die Hilfe zur Erziehung nach § 36 kann und muß der individuelle Bedarf ermittelt und als Grundlage

des Hilfeplans genommen werden! Das gilt auch für Fälle, in denen nach altem Recht eine Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder zu gewähren wäre.

Die Jugendhilfe hat in der Vergangenheit bei entsprechenden Anzeichen immer schon den Kinderarzt oder gegebenenfalls einen Kinder- und Jugendpsychiater gehört, beteiligt oder um Äußerung zur Diagnose des Hilfebedarfs gebeten. Nicht anders ist es nach den Vorschriften des KJHG. Daß in § 36 Absatz 3 ausdrücklich die Beteiligung eines Arztes, der über Erfahrung in der Hilfe für Behinderte verfügt, vorgegeben wird, ist eine Auswirkung der Sonderstellung des § 35a. Das bedeutet aber nichts neues für ein fachlich gut arbeitendes Jugendamt, das in jedem Einzelfall an dem konkreten Hilfeplan die Fachleute beteiligt, die nach den spezifischen Bedürfnissen des Kindes und Jugendlichen oder sogar nach der Familienkonstellation wesentliches für die Planung sagen können.

Man muß sich davor hüten, die Entscheidungskompetenz des Jugendamtes für den Verwaltungsakt der Hilfgewährung dadurch zu relativieren, daß man in der Hinzuziehung von Sachverständigen - von Ärzten zum Beispiel - mehr sieht als eine Beteiligung am Zustandekommen der Entscheidung des Jugendamtes. Das Gesetz spricht in § 36 Absatz 2 KJHG davon, daß die Entscheidung im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen wird. Hierzu gehören auch die entsprechenden Ärzte. Deren Meinung ist aber nicht etwa ausschlaggebend, sondern eine von mehreren Entscheidungsgrundlagen.

Man liest häufig in Akten von Sozialhilfeträgern als einzige Begründung für eine Entscheidung die wiedergegebene Aussage des Arztes, ohne daß eine kritische Auseinandersetzung stattgefunden hätte in Form einer Aussage, aus welchen Gründen man sich dessen Meinung anschließt oder nicht anschließt. Dies kann jedoch für die Entscheidung der den Verwaltungsakt der Hilfgewährung erlassenden Behörde nicht ausreichen.

Wenn Dr. Jörg M. Fegert in seinem Buch „Was ist seelische Behinderung?“ in dem erwähnten Zusammenhang von der „für den Kostenträger **handlungsleitenden Feststellung**“ spricht, ob „ein Anspruch auf Eingliederungshilfe oder eine mit Hilfe zur Erziehung kombinierte Eingliederungshilfe besteht“, halte ich das gewählte Adjektiv für zu scharf. **Man darf meines Erachtens nur von der handlungsbeeinflussenden ärztlichen Feststellung sprechen.**

Der Diskussionsbedarf bleibt groß

Mit ist bewußt, daß ich das eine oder andere Problem aus Zeitgründen nicht behandeln kann. Auf die schwierige Abgrenzungsfrage zu den Krankenkassen bin ich zum Beispiel nicht eingegangen, weil dies ein Sondergebiet ist, in dem wir von den bisherigen Erfahrungen der Sozialhilfeträger lernen müssen und können.

Ich habe auch nicht näher ausgeführt, daß es Einrichtungen gibt, in denen bisher ausschließlich im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG Kinder und Jugendliche als seelisch Behinderte untergebracht waren und denen sich die Jugendämter neu zuwenden müssen. Dazu gehören jedoch besondere Absprachen im Einzelfall, über die man heute und hier wenig oder generell gar nichts sagen kann. Hier ist ein Dreiergespräch zwischen der bisherigen Einrichtung, dem bisher zuständigen Sozialhilfeträger und dem Jugendamt erforderlich, in dem die Modalitäten der Inanspruchnahme besprochen und vereinbart werden können. Wie einige von Ihnen wissen, ist die vollständige Einbeziehung der behinderten Kinder und Jugendlichen in die Arbeit der Jugendhilfe mein langjähriges Lieblingsthema. Obwohl das Thema dieser Fachtagung speziell den Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche galt, habe ich in meinem Vortrag den Rahmen breiter gesetzt, weil ich der Auffassung bin, daß zur Diskussionsdiskussion zwingend die Gesamtzuordnung gehört.

Insbesondere wollte ich den jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fachtagung, vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendämter in den jungen Ländern die lange Geschichte des Ringens der Jugendhilfe um die Zuständigkeit für die behinderten Kinder und Jugendlichen verdeutlichen. Die Zusammenhänge waren manchem so vielleicht noch nicht bewußt. Ich hoffe, mit meiner Darstellung auch noch bestehende Vorbehalte gegen die Zuständigkeit der Jugendämter für seelisch behinderte Kinder ausgeräumt zu haben.

Mein großer Wunsch ist und bleibt, daß nach dem wichtigen ersten Schritt der Einbeziehung der sogenannten seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen der nächste Schritt - in erster Linie im Interesse der betroffenen Familien, Kinder und Jugendlichen, aber auch im Interesse der Reduzierung unnützen Verwaltungsaufwandes mit überflüssigen Streitereien - folgen möge. Ich habe noch immer die optimistische Position, daß das gelingen kann und muß.