

Verein
für
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 9

**Eingliederung seelisch
behinderter Kinder
und Jugendlicher
in die Jugendhilfe**

**Erfahrungen -
Probleme -
Entwicklungen**

Dokumentation des Workshops
vom 2. bis 4. September 1996
in Kleinmachnow bei Berlin

Die Fachtagung 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

Redaktion:
Dr. Margrit Müller
Anne Taubert

Satz und Layout:
Anne Taubert

Herstellung:
Verein für Kommunalwissenschaften e.V.

Berlin 1997

Hinweis zur Online-Ausgabe:
Der vorliegende Tagungsband wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Seit Januar 2003 besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunterzuladen. Alle Texte sind schreibgeschützt, das heißt, sie können nicht verändert werden.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	5
DR. MARGRIT MÜLLER <i>Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin</i>	
Einführung in die Tagung	6
DR. INGE COBUS-SCHWERTNER <i>Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam</i>	
Einführende Podiumsdiskussion zum Thema: Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - Eingliederungshilfe nach § 35 a oder Hilfen zur Erziehung (§ 27 KJHG) zwischen:	
ANDREAS HILLIGER <i>Referatsleiter im Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Brandenburg</i>	
THOMAS MÖRSBERGER <i>Leiter des Landesjugendamtes, Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe</i>	9
Zusammenfassender Bericht	
DR. INGE COBUS-SCHWERTNER <i>Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam</i>	
Referat	11
Aktuelle Diskussionen um den § 35 a - Eine erste Bilanz der Aufgabenwahrnehmung durch die Kinder- und Jugendhilfe DR. REINHARD WIESNER <i>Leiter des Referats Kinder- und Jugendhilferecht im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn</i>	
Arbeitsgruppe „Verfahrensweise der Jugendämter in der Hilfeplanung und Hilfeplanerstellung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ Diagnostik, Hilfeplanerstellung, Leistungserbringung, Finanzierung, Kontrolle, weitere Veranlassung; Anforderungen an die Fachkompetenz im Jugendamt	
Bericht	23
KARL-HEINZ STRUZYNA <i>Jugendamtsdirektor, Berlin-Hellersdorf</i>	
1. Impulsreferat	33
BRIGITTE MARTIN <i>Sozialpädiatrisches Zentrum der Kinderklinik Lörrach</i>	
2. Impulsreferat	42
DR. IRMGARD ATHENSTÄDT <i>Sachgebietsleiterin Besondere Dienste am Jugendamt der Stadt Potsdam</i>	

Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit der Jugendämter mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie mit Diensten und Einrichtungen, die im Rahmen des § 35 a tätig werden“ Institutionelle und fachliche Zusammenarbeit; Bedeutung von und Umgang mit Diagnosen; Strukturen der Zusammenarbeit

1. Impulsreferat 47

HAGEN WINTER

Institut für Soziale Praxis (ISP) beim Rauhen Haus, Hamburg

2. Impulsreferat 49

HELGA SCHMIDT-NIRAESE

Leiterin des ASD, Jugendamt der Stadt Mannheim

Plenum zum Thema: Länderberichte über die Realisierung der rechtlichen Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für die Hilfe zur Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher 55

VIOLA GEHRHARDT, *Landesjugendamt Thüringen*

BIRGIT HEINISCH, *Landesjugendamt Sachsen*

ANDREAS HILLIGER, *Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Brandenburg*

HANS HILLMEIER, *Landesjugendamt Bayern*

THOMAS MÖRSBERGER, *Landesjugendamt Baden*

Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops 74

DR. INGE COBUS-SCHWERTNER

Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam

Anhang:

Referat (Vorabdruck) 76

Wie funktioniert das mit der Flexibilität? Einige Anmerkungen zur Organisation der erzieherischen Hilfen und praktische Vorschläge zur wünschenswerten Entwicklung von Jugendhilfeeinrichtungen

HAGEN WINTER

Institut für Soziale Praxis (ISP) beim Rauhen Haus, Hamburg

Literaturhinweise 88

Vorwort

DR. MARGRIT MÜLLER

Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin

Im März 1995 fand in Bogensee bei Berlin im Zusammenhang mit der Einführung des § 35 a KJHG eine erste bundesweite disziplinenübergreifende Fachtagung des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V. (VfK) zu dem Thema „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe“ statt.

Vieles hat sich inzwischen in der Praxis getan, zugleich zeigten sich Probleme, die der fachlichen Diskussion und Vertiefung bedürfen. So lud der VfK im September 1996 erneut Fachleute der Jugendhilfe aus Städten, Landkreisen und aus Landesjugendämtern zu einem Workshop ein, um eine erste Bilanz der Erfahrungen, Probleme und Entwicklungen im Umgang der Jugendhilfe mit der Zuständigkeitsregelung des § 35 a - Eingliederung seelisch behinderter Kinder in die Jugendhilfe - zu ziehen.

Das Ergebnis des Arbeitsprozesses wird in dieser Dokumentation vorgestellt. Es spiegelt die fachlichen Kontroversen, die unter anderem in unterschiedlichen Vorgehensweisen der Länder sichtbar werden, ebenso wider, wie das gemeinsame Suchen nach dem richtigen Wege, seelisch behinderten bzw. von seelischen Behinderungen bedrohten Kindern und Jugendlichen angemessen zu helfen. In Wiesners einführendem Referat, in den Beiträgen zu den Arbeitsgruppen, in den Berichten der Landesjugendämter offenbarte sich eine Vielfalt von Arbeitsansätzen, Überlegungen, Erfahrungen, die für die Praxis der Jugendhilfe auf allen Ebenen von großem Interesse und geeignet sind, die fachliche Entwicklung in diesem Arbeitsfeld voranzubringen. Zugleich wurden Probleme und Konflikte deutlich, an deren Lösung weitergearbeitet werden muß.

So ist in intensiver Zusammenarbeit aller Teilnehmenden ein Ergebnis erreicht worden, das viele Anregungen für die Praxis enthält, manche Unsicherheit beseitigen mag und - so hoffen wir - zur qualifizierten Hilfe für Kinder und Jugendliche, die mit diesen Problemen belastet sind und der Hilfe bedürfen, beitragen wird.

Für die engagierte Arbeit, die von allen Akteuren und Teilnehmenden an dieser Veranstaltung unter Leitung von Dr. Inge Cobus-Schwertner geleistet wurde, möchte ich mich - sicher auch im Namen der Leserinnen und Leser dieser Dokumentation - sehr herzlich bedanken, denn das hiermit vorgestellte Arbeitsergebnis wird der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe positive Impulse geben.

Dr. Margrit Müller

Leiterin der Arbeitsgruppe
Fachtagungen im VfK

Einführung in die Tagung

DR. INGE COBUS-SCHWERTNER

Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam

Der Workshop zur Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe knüpft an die Tagung zum gleichen Thema an, die im März 1995 vom Verein für Kommunalwissenschaften in Bogensee durchgeführt wurde¹. Vielfältige Fragen und Probleme wurden in Bogensee angesprochen:

- es ging um die gesetzgeberische Absicht und die gesetzlichen Grundlagen des § 35 a KJHG;
- diskutiert wurde der Begriff der seelischen Behinderung und seine Bedeutung für den rechtlichen Auftrag der Jugendhilfe;
- und immer wieder wurde aus den verschiedenen Perspektiven die Frage der Definition seelischer Behinderung und die Frage nach dem Verhältnis zwischen Hilfen zur Erziehung zu Eingliederungshilfen gestellt.

Die Jugendhilfe, die seit langem ihre Zuständigkeit für alle Kinder und Jugendlichen eingefordert und gegen den Ausschluß behinderter Kinder aus ihrem Zuständigkeitsbereich argumentiert hat, verändert sich in ihrer Praxis mit der Umsetzung der neuen Rechtsnorm. Dieser Veränderungsprozeß wird von den Fachleuten teilweise bereits jetzt mit Skepsis verfolgt, weil er Auswirkungen auf die Struktur der Jugendhilfe und die Philosophie der Hilfestellung zu haben scheint.

Jede neue Leistungsgrundlage schafft auch neue Inanspruchnahmen. Bereits mit der Verabschiedung des KJHG hat sich zum Beispiel gezeigt, daß die Inanspruchnahme der vom Gesetzgeber in den §§ 28 bis 35 vorgegebenen Erziehungshilfen kontinuierlich zunahm, und dies sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich der Hilfen. Inwieweit sich darin der tatsächlich gestiegene Hilfebedarf ausdrückt oder eher das Angebot die Nachfrage stimuliert hat, könnte nur im Rahmen einer in jedem Einzelfall durchgeführten differenzierten Hilfeplanung beantwortet werden. Diese aber, so berichten einschlägige Untersuchungen, fehlt nach wie vor in der überwiegenden Zahl der Jugendämter. Es ist deshalb zulässig, auch in bezug auf das Vorhandensein des § 35 a zu prognostizieren, daß Nachfrage und Bedarf wesentlich durch die Etablierung des Leistungsparagraphen und die vorhandenen Leistungsangebote der Einrichtungen beeinflußt werden, ohne daß wir konkrete Aussagen über den zugrunde liegenden tatsächlichen Hilfebedarf machen können.²

¹ vgl. „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe“, Dokumentation der Fachtagung am 30. und 31. März 1995 in Bogensee bei Berlin, Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.), Aktuelle Beiträge zur Kinder und Jugendhilfe, Band 1

² vgl. Karl Späth, Hilfen zur Erziehung - Problemorientierte Einführung, in: Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hrsg.), Jugendhilfepraxis im Wandel. Reader Jugendhilfe 1996, Bonn 1996, S. 266

Womit wir uns theoretisch wie auch in der Praxis auseinandersetzen müssen, will ich kurz skizzieren:

- Die Jugendhilfe muß zum Rehabilitationsträger werden, um den Rechtsanspruch des behinderten Kindes nicht zu schmälern (vgl. auch Wiesner in diesem Band). Damit muß das Jugendamt selber auch den Vorrang anderer Leistungen und Leistungsträger prüfen, das heißt als Rehabilitationsträger muß sich die Jugendhilfe nun auch um die Klärung der Zuordnung zur medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation bemühen.
- Stärker als bisher muß sich die Jugendhilfe als letztentscheidende Instanz auch zur Lösung von Kostenstreitigkeiten mit anderen Ämtern, Interessenvertretern und Kinder- und Jugendpsychiatern auseinandersetzen und Möglichkeiten konstruktiver Zusammenarbeit finden; Kostenzuständigkeiten anderer Leistungsträger dürfen nicht in die Jugendhilfe abgeschoben werden.
- In der Anwendung des § 35 a KJHG müssen sich die Praktiker der Jugendhilfe gemeinsam mit Psychiatern, Medizinern, Psychologen oder Heilpädagogen einig werden über die problematische Abgrenzung der Hilfen nach § 27 KJHG und § 35 a KJHG, über die schwierige Definition seelischer Behinderung und den Grenzbereich zur geistigen Behinderung. Dies wirft erhebliche Probleme auf, denn bis heute ist kein Wissenszuwachs in der Frage der Abgrenzung seelischer Behinderung zu verzeichnen.
- Die Diagnose der seelischen Behinderung birgt nach wie vor das Risiko der Medizinisierung sozialer Probleme mit der Konsequenz der Herauslösung der Problemanalyse und Behandlung aus vorgegebenen sozialen Zusammenhängen der lebensweltlichen Bedingungen. So verändert sich bereits jetzt das Spektrum der Jugendhilfeeinrichtungen: Es werden in Einrichtungen vermehrt Gruppen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gebildet und es werden völlig neue Heime für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche geschaffen. Dies birgt zum Beispiel auch das Risiko des Verlustes ganzheitlicher Hilfeansätze, wie sie in der Jugendhilfe vorherrschen.
- Der Begriff der seelischen Behinderung als anspruchsbegründender Tatbestand verhindert es, den stigmatisierenden Charakter der Zuschreibung zu überwinden. Gleichwohl stellt die Diagnose „seelisch behindert“ aus ärztlichem Munde für einen Teil der Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher eine psychologische Entlastung dar, die ihnen den Zugang zur Hilfe für ihr Kind erst ermöglicht.
- Ungelöst bleibt bis heute das Problem der wechselseitigen Systemfremdheit in der Diagnostik der Psychiatrie/Medizin und Pädagogik/Jugendhilfe. Psychiater kennen nach wie vor die Wirklichkeit der Hilfesysteme in der Jugendhilfe nicht in ausreichendem Maße, weshalb ihre Empfehlungen von der Jugendhilfe oft als wirklichkeitsfremd und ungeeignet empfunden werden; aber Jugendhilfefachleute kennen häufig ebensowenig die Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik und Behandlung in jugendpsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen. Nicht zuletzt aus dieser Kenntnislücke heraus auf beiden Seiten finden die Empfehlungen der psychiatrischen Gutachten bei Jugendhilfefachleuten wenig Anklang.

In der Verständigung über mehr Zusammenarbeit und weniger Konkurrenz zwischen Jugendhilfe und medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Systemen muß nachgedacht werden über das Hilfesetting in der Jugendhilfe für seelisch behinderte junge Menschen, damit sie nicht mehr abgeschoben werden, wenn ihre Lebenszusammenhänge krisenhaft sind, und damit sie nicht mehr Opfer der Hilflosigkeit der Hilfeinstitutionen werden.

Eine Minimierung unerwünschter, ja schädlicher Folgen, die aus der Planung, Gestaltung und den organisatorischen Bedingungen der Hilfeinstitutionen resultieren können, läßt sich nur erreichen, wenn Hilfeensembles zwischen Alltagsgestaltung, pädagogischer Förderung und therapeutischen Maßnahmen gemeinsam von der Jugendhilfe, der Jugendpsychiatrie, sonstigen Experten und den Betroffenen gestaltet werden und die Verantwortung für den Einzelfall von einer Fachkraft der Jugendhilfe während des gesamten Hilfeprozesses wahrgenommen wird.

Das Verhältnis und die Abgrenzung von § 35 a und §§ 27 ff. KJHG, fachliche Perspektiven über Erziehungsdefizit und Behinderung, Fragen der Zuständigkeiten von Kostenträgern, Probleme der Neuorientierung von Qualifikationsprofilen etc., sind wesentliche Elemente der Unsicherheit der Praxis im Umgang mit der neuen Zuständigkeit. Sie verweisen darauf, daß wir uns heute über die Bedingungen noch nicht einig sind, die wir in der Jugendhilfe benötigen, um dem § 35 a KJHG in einer qualitativen Weise Wirkung zu verschaffen.

Dem Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bogensee-Tagung entsprechend wurde nun dieser Workshop in Kleinmachnow vorbereitet. Ein gutes Jahr nach der Diskussion um die Einführung des § 35 a KJHG sollte der Workshop genutzt werden für einen ersten Austausch der Praktiker der Jugendhilfe über die Erfahrungen, die mit der Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe nach gut einem Jahr nach Einführung des § 35 a KJHG gemacht wurden.

Der Workshop diene der Annäherung bei der Auslegung und Handhabung des § 35 a KJHG innerhalb der Jugendhilfe und zwischen den beteiligten Professionen, und dabei sollte auch die Verpflichtung ernst genommen werden, die nicht intendierten Folgen der Neuregelung aufzudecken, zu problematisieren und zu mindern.

Der Einstieg in die Diskussion wurde in dem Versuch einer Pro- und Kontra-Debatte um die Fragen der rechtlichen Zuordnung der Hilfen für seelisch Behinderte innerhalb der Jugendhilfe gewählt. Diskutanten waren **Andreas Hilliger**, *Referatsleiter im Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg*, und **Thomas Mörsberger**, *Leiter des Landesjugendamtes, Landeswohlfahrtsverband Baden*.

Die Ergebnisse dieser Diskussion, die im folgenden zusammengefaßt dargestellt werden, waren gekennzeichnet durch das Fehlen einer echten Kontroverse. Hilliger und Mörsberger sind als Jugendhilfefachleute in ihren Positionen sehr differenziert und insofern auch wenig gegensätzlich auf die Fragestellung eingegangen. Der Diskussionsverlauf konzentrierte sich auf die Frage der Zuordnung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher, die Frage der Fachkompetenz der beiden Instanzen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie und ging auf Aspekte des aktuellen Ressourcenstreites zwischen beiden

Institutionen ein, der angesichts der knappen öffentlichen Haushalte auch die Umsetzung des § 35 a KJHG beeinflusst.

Zu den Ergebnissen der Podiumsdiskussion

Definitions- und Abgrenzungsfragen

Unter diesem Aspekt läßt sich die Diskussion zwischen Mörsberger und Hilliger wie folgt zusammenfassen: Die Frage der Abgrenzung seelischer Behinderung von anderen Verhaltens- und Erziehungsproblemen, die Kinder und Jugendliche haben (und uns Erwachsenen machen), nimmt im Zusammenhang mit dem Zuständigkeitswechsel in der Jugendhilfe einen großen Raum ein. Ein besonderes Problem bereitet der Behindertenbegriff, der auf der Grundlage der bestehenden Rechtslage sich eher auf den erwachsenen Behinderten bezieht und sehr eng gefaßt ist. Er kann den Problemlagen von Kindern und Jugendlichen kaum gerecht werden.

Kontrovers blieb zwischen den Diskutanten die Frage, ob und inwieweit der § 35 a KJHG neue Möglichkeiten erschließt, um erzieherische Hilfen, therapeutische, rehabilitative und soziale Hilfen „aus einer Hand“ zu gewähren und ob nicht damit auch Hilfen finanzierbar werden, für die bisher aufgrund der getrennten Finanzierungswege über Krankenkassen/Sozialhilfe/Jugendhilfe keine Möglichkeiten bestanden. Konsens wurde darüber hergestellt, daß die Jugendhilfe keine Leistungen des Gesundheitswesens substituieren kann, gleichwohl aber durch die Zuordnung der seelisch Behinderten zur Jugendhilfe negative Konflikte zwischen den vorher sehr unterschiedlichen Kostenträgern minimiert werden können.

Die gesonderte Regelung der Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in einem eigenständigen Paragraphen führte zur Diskussion darum, ob nicht alle Hilfen für Kinder und Jugendliche, rechtlich gesehen, nach den §§ 27 ff. KJHG als Hilfen zur Erziehung gewährt werden können. Herausgestellt wurde besonders von Hilliger, daß Hilfen zur Erziehung unter der Berücksichtigung der neuen Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche weiterentwickelt werden müssen. Eine Ausgrenzung von Hilfen aus dem Hilfesetting der erzieherischen Hilfen und die Bildung einer besonderen Gruppe von Minderjährigen als „§ 35 a KJHG-Fälle“ wurde von Hilliger und Mörsberger gleichermaßen problematisiert.

Fachkompetenz

Besonders Mörsberger verwies darauf, daß mit der Einführung des § 35 a KJHG nicht gleichzeitig die Fachkompetenz der Jugendhilfe zum Umgang mit den Problemlagen der Betroffenen vorhanden ist. Der Omnipotenzanspruch der Jugendhilfe darauf, alle auftauchenden Problemlagen innerhalb des eigenen Systems lösen zu wollen, wurde als Risiko dargestellt und als unrealistischer Anspruch von ihm kritisiert.

Herausgestellt wurde die Notwendigkeit, daß von der Jugendhilfe Verfahren entwickelt werden, die die Zusammenführung der verschiedenen Fachkompetenzen zum Wohl der

betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien ermöglichen. Dabei ist eine Arbeitsteilung zwischen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie nötig und sinnvoll.

Für den medizinischen Aspekt sollte die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Diagnostik und Behandlung genutzt werden und die Jugendhilfe im Rahmen ihrer Kompetenzen tätig bleiben. Allerdings schränkte die Diskussion mit dem Plenum diese Position insoweit ein, als hier besonders diejenigen Praktiker der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe gemeint waren, die sich in ihren Arbeitsweisen angenähert haben, die sich den Bedürfnissen und komplexen Problemlagen der Kinder zuwenden und die das soziale Umfeld in die Diagnose und Therapie einbeziehen. Weitgehend ausgeschlossen wurde, daß die Klinik für Psychiatrie als stationäre Einrichtung im Hilfesetting eine große Rolle spielen könne.

Ressourcenstreit

Großen Raum nahm in der Diskussion der aktuellen Entwicklung der Ressourcenstreit zwischen den Einrichtungen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie ein. Bei diesem scheint es eher um den institutionellen Erhalt, um den Ausbau und um Stellenpläne zu gehen, als daß die Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien im Vordergrund ständen. Beispiele hierfür wurden herangezogen aus dem Bereich der Finanzierung der Frühförderstellen für behinderte Kinder, dem von Landesbehörden zusätzlich gewährten „Kopfgeld“ für Einrichtungen der Jugendhilfe, die seelisch behinderte Kinder und Jugendliche betreuen und der Kenntnis über die Schaffung von Sondereinrichtungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche innerhalb der Psychiatrie sowie auch innerhalb der Jugendhilfe.

Die Diskussion bot einen ersten Einstieg in die facettenreichen Aufgaben, denen sich Jugendhilfe und die psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen stellen müssen. Sie bot damit weniger Antworten als Hinweise auf weitergehende Fragen und Anforderungen an noch zu entwickelnde Problemlösungsstrategien an die Fachkräfte der Jugendhilfe, der Jugendpsychiatrie und der therapeutischen Institutionen. Dabei wird auch in Zukunft die finanzielle Absicherung der Hilfen über die kommunalen Jugendhilfehaushalte eine entscheidende Größe bei der zukünftigen Entwicklung der Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche innerhalb der Jugendämter darstellen.

Aktuelle Diskussionen um den § 35 a - eine erste Bilanz der Aufgabenwahrnehmung durch die Kinder- und Jugendhilfe

DR. REINHARD WIESNER

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

1. § 35 a - eine Zumutung für die Jugendhilfe?

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz oder - genauer gesagt - das Achte Buch Sozialgesetzbuch, ist inzwischen fast sechs Jahre alt und ist damit gewissermaßen den Kleinkinderschuhen entwachsen. Als Schulkind - wenn ich bei dem Bild bleibe - wird es jetzt mit dem Ernst des Lebens konfrontiert. Obwohl es also schon eine Biographie vorweisen kann, so sind sein Gedankengut, seine Absichten und Ansätze noch längst nicht überall Praxis geworden.

Wurde das Gesetz zunächst als eine bloße Festschreibung des Status quo in der Jugendhilfe - ja, ich muß sagen - diskreditiert oder auch denunziert, so ist inzwischen ganz im Gegenteil von einer Überforderung für die Sozialarbeit die Rede. Unlängst las ich sogar eine Überschrift mit dem Titel „*Ist das KJHG seiner Zeit voraus?*“ Eigentlich eine recht ungewöhnliche Ansicht zu einem Gesetz, denn Gesetze haben es so an sich, daß sie auf eine Problematik Antwort zu geben versuchen, die häufig schon bald nach ihrem Erlaß nicht mehr aktuell ist.

Auch die Umsetzung des § 35 a wirft in der Praxis Probleme auf, was allerdings die Experten nicht überrascht, hatte doch schon der Gesetzgeber eine gewisse Mühe, eindeutig zu bestimmen, wie er nun den lange diskutierten Zuständigkeitswechsel für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gesetzessystematisch versteht - als Unterfall der Hilfe zur Erziehung, wie in der ursprünglichen Fassung - oder als eigenständigen Leistungstatbestand *neben* der Hilfe zur Erziehung seit der Novellierung von 1993. Unsicherheiten und Frust zeigen sich auch auf der örtlichen Ebene, also bei den Jugendämtern; so nutzte eine Vertreterin eines rheinischen Jugendamtes meine Anwesenheit bei einer von vielen Tagungen zu § 35 a, und machte ihrem Ärger mit folgenden Worten Luft: „Herr Wiesner, erlösen Sie uns von dem § 35 a!“ Sie sehen, welche Erwartungen an jemanden gerichtet werden, der als Vater eines Gesetzes bezeichnet wird. Er wird wohl zeitlebens für die Folgen persönlich haftbar gemacht.

Auch den Ländern mochte der Bundesgesetzgeber, der sich selber unsicher war, was er nun eigentlich will, keine sofortige Umsetzung zumuten. Über Artikel 11 KJHG hat er ihnen eine Übergangsfrist zur Umsetzung eingeräumt. Diese Frist ist von den einzelnen Ländern unterschiedlich genutzt worden, einige haben keinen Gebrauch davon gemacht, andere haben Neufälle sofort von der Sozialhilfe auf die Jugendhilfe umgestellt. Die Mehrzahl hat, der Option des Artikel 11 Absatz 1 KJHG folgend, den Zuständigkeitswechsel zum 1.1.1995 vollzogen. Hessen hat sich noch ein Jahr länger Zeit gelassen. Dies bedeutet, daß erst seit dem 1. Januar 1996 die Jugendhilfe

in allen Bundesländern für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zuständig ist.

Aus Berlin hört man, daß Berlin - auch hinsichtlich der Praxis bei § 39 BSHG - seiner Zeit voraus war. Hier waren schon vor dem KJHG die Jugendämter der Bezirke im Rahmen einer speziellen Zuständigkeitsregelung auch für die Eingliederungshilfen zuständig, haben also anstelle der Sozialämter Sozialhilfe geleistet.

Wir können also, was die Einführung und Umsetzung des § 35 a anbetrifft, Ungleichzeitigkeiten in den verschiedenen Ländern feststellen, weil der Startschuß für den Zuständigkeitswechsel zu unterschiedlichen Zeiten gegeben worden ist. Dennoch - so habe ich den Eindruck, gibt es gewisse Phänomene, die sich in allen Ländern zeigen, so zum Beispiel eine örtliche oder regionale Konzentration bei der Inanspruchnahme der Hilfen. So gibt es Hinweise, daß die Fallzahlen in städtischen und großstädtischen Bereichen andere sind als auf dem flachen Land. Es geht dabei wohl um die Wechselwirkung von Angebot und Nachfrage. So sind mir Statistiken aus Bayern bekannt, aus denen sich eine Häufung der Fallzahlen in Oberbayern und dort wiederum im Münchner Raum ergibt. Aus anderen Ländern gibt es Hinweise, daß die Nachfrage in Universitätsstädten sehr groß sei.

Für diesen Befund gibt es nun zwei Möglichkeiten, einmal: Ein bedarfsgerechtes Angebot ist auf bestimmte städtische Ballungsräume konzentriert, fehlt aber auf dem flachen Land. Das heißt, der Befund würde auf eine Unterversorgung in diesen eher ländlichen Regionen hinweisen.

Oder die andere Alternative: In den städtischen Regionen führt eher die Dichte der niedergelassenen Psychotherapeuten zu einer Massierung des Angebots und damit auch zu einer überhöhten Nachfrage. Welche Deutung richtig ist, das wage ich hier nicht zu entscheiden, vielleicht kommen wir dem auch im Rahmen unseres Workshops etwas näher.

Eines muß man der Jugendhilfe bei allen Schwierigkeiten, bei allem Frust im Umgang mit dem § 35 a wohl doch attestieren: Sie setzt sich mit großem Ernst und mit großem Engagement mit dieser neuen Zuständigkeit auseinander. Solange die Sozialhilfe für diesen Bereich zuständig war, hat es so gut wie keinen Aufsatz zu dieser Thematik gegeben. Seit 1992 reißt aber die Kette von Fachbeiträgen nicht ab, und schon in den Jahren vor dem KJHG hat sich die Jugendhilfe mit dem Verhältnis zur Jugendpsychiatrie beschäftigt. In fast allen Ländern sind inzwischen Empfehlungen zur Umsetzung des § 35 a vorgelegt worden.

Obwohl es doch schon seit 1969 die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte im BSHG gibt, mußte der Eindruck entstehen, daß mit dem § 35 a ein völlig neuer Hilfetatbestand aus der Taufe gehoben und in unser Sozialrecht aufgenommen worden ist. Dies wirft kein gutes Licht auf die Praxis der Sozialämter.

Zu den Institutionen, die sich nun zum wiederholten Male mit dem Thema § 35 a auseinandersetzen, gehört auch der Verein für Kommunalwissenschaften. Er hat in der inzwischen gewohnten Weise diesen Workshop vorbereitet und nicht zuletzt eine hervorragende Literaturübersicht zusammengestellt. Unsere Aufgabe ist es jetzt, von diesen Empfehlungen auch Gebrauch zu machen.

2. Zum Verhältnis zwischen § 27 und § 35 a

In den kommenden drei Tagen wird sich zeigen, inwieweit sich der Nebel von Bogensee, dem Ort der ersten Tagung, inzwischen gelichtet hat. Ich bin sicher, daß die Praxis in diesen anderthalb Jahren einige Schritte vorangekommen ist. Aber es sind noch viele Fragen offen geblieben. Deshalb will ich versuchen, einige Aspekte aufzugreifen, deren Umsetzung aus meiner Sicht immer noch Schwierigkeiten bereitet. Ich will zunächst noch mal eingehen auf die klassische Frage nach dem Verhältnis der beiden Tatbestände des § 35 a und des § 27 zueinander und - wie Frau Cobus-Schwertner in ihrem Aufsatz in der Zeitschrift „Jugendwohl“ 1995 auf Seite 77 - fragen: „*Brauchen wir den § 35 a?*“.

Obwohl die Frage durch die gesetzgeberische Entscheidung ausgelöst worden ist, ist sie letztlich keine juristische, sondern eine fachliche - nämlich eine Frage nach dem Selbstverständnis der Jugendhilfe. Und es gibt darauf wohl keine allgemeingültige Antwort. Einmal, weil die Angebotsstruktur, weil die fachlichen Standards und die Kooperationsformen zwischen den verschiedenen fachlichen Disziplinen, wie Sozialarbeit, Pädagogik, Psychologie, Heilpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie örtlich und regional unterschiedlich sind. Zum anderen, weil es unter diesen Fachdisziplinen keinen Konsens gibt über die Methoden der Bedarfsermittlung und so gut wie keine Verständigung über die unterschiedlichen Erklärungsansätze. Und so tendiert eben jede Disziplin dazu, nur ihren Ansatz als überzeugend und tragfähig anzusehen.

Bei seinen Überlegungen, den § 35 a als eigenen Leistungstatbestand herauszustellen, ist der Gesetzgeber nicht von einer an sich wünschenswerten Praxis der Jugendhilfe ausgegangen, sondern hat auf die Realität abgestellt, die vielerorts durch sogenannte Vollzugsdefizite gekennzeichnet ist. Er hat sich für einen eigenständigen § 35 a entschieden, um sicherzugehen, daß auch nach dem Zuständigkeitswechsel von der Sozialhilfe in die Jugendhilfe die Leistungsberechtigten - also der Personenkreis, der vorher Leistungen nach § 39 BSHG erhalten hat - auch von den Trägern der Jugendhilfe die Leistungen erhalten, die ihren spezifischen Hilfebedarf decken. Der Gesetzgeber wollte jedenfalls verhindern, daß sich das Leistungsniveau für diesen Personenkreis verschlechtert.

Die Antwort auf die Frage kann sowohl lauten: „Wir brauchen keinen § 35 a, sondern müssen § 27 extensiv interpretieren hin auf eine Weiterentwicklung und Qualifizierung.“ Die Antwort kann aber auch lauten: „§ 35 a ist unter taktischen und fachpolitischen Voraussetzungen jedenfalls gegenwärtig sinnvoll und notwendig, um sicherzustellen, daß die Angebotsstruktur der Jugendhilfe weiterentwickelt und verbessert wird - vor allem in den Regionen, die bisher die Möglichkeiten des § 27 nicht ausgeschöpft haben.“

So sehen die einen in § 27 einerseits und in § 35 a andererseits völlig unterschiedliche und von einander völlig unabhängige Leistungstatbestände, andere aber einen mehr oder weniger breiten Überschneidungsbereich. Wieder andere schließlich halten § 35 a neben § 27 für überflüssig. Letztere befürchten - was ja auch in dem Streitgespräch deutlich geworden ist -, daß diese Hervorhebung nicht zu einer integrierten Angebotsstruktur führt, sondern daß sich auf beiden Rechtsgrundlagen je-

weils selbständige Angebotsstrukturen entwickeln. Wir werden diese Entwicklungen sorgfältig beobachten müssen.

Es ist die Aufgabe der örtlichen Jugendhilfe, im Rahmen ihrer Planungs- und der Gesamtverantwortung dafür zu sorgen, daß es nicht zu einer Spezialisierung kommt. Es wäre eine Fehlinterpretation, wenn die Schaffung des § 35 a als Signal für eine Auseinanderentwicklung zwischen den beiden Hilfeformen gedeutet würde. Ich sage hier noch einmal, was auch Herr Mörsberger angedeutet hat: Ich sehe den § 35 a als einen Zwischenschritt auf dem Weg von der Sozialhilfe hin zur Jugendhilfe. Am Ende der Entwicklung könnte ein neuer Hilfetatbestand stehen, der dann vielleicht eine andere Bezeichnung trägt, der aber vielleicht eines fernen Tages beide Bereiche - Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe - vereinigt. Eine solche Entwicklung braucht meines Erachtens Zeit und setzt eine interdisziplinäre multiprofessionelle Praxis voraus, wie sie heute noch selten anzutreffen ist.

Sowohl die Hilfen zur Erziehung als auch die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte sind rechtliche Konstrukte. Und obwohl sie gesetzessystematisch als Hilfetypen mit spezifischen Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolgen ausgestaltet sind, enthalten sie beide einen beachtlichen Gestaltungsspielraum, der örtlich und regional unterschiedlich genutzt wird und unterschiedlich genutzt worden ist. Die Frage, ob wir einen § 35 a brauchen, kann daher nicht auf der Basis dessen, was nach fachlicher Auffassung im Rahmen von § 27 ff. angeboten werden sollte, sondern nur auf der Basis der tatsächlichen, das heißt örtlich und regional unterschiedlichen Angebotsstruktur beantwortet werden.

Was wir daher zuerst brauchen, ist ein interdisziplinärer Dialog über die Frage, was Kinder, Jugendliche und ihre Eltern an Hilfe brauchen. Insoweit unterstütze ich vorbehaltlos, was in den Empfehlungen von Brandenburg steht, daß nämlich Ausgangspunkt jeder Hilfe die Frage sein muß: „Was brauchen Kinder und Jugendliche und ihre Eltern, was ist der Hilfebedarf?“ Und die nächste Frage muß dann lauten: Wie kann dieser Bedarf interdisziplinär festgestellt werden? Wie kann es gelingen, medizinische, therapeutische und pädagogische Leistungen so miteinander zu kombinieren oder so aufeinander abzustimmen, daß sich daraus ein geschlossenes, ganzheitliches Konzept ergibt?

Herr Mörsberger hat vorhin sehr pointiert von *Abgrenzung* zwischen den Disziplinen gesprochen. Mir ist das ein bißchen zu negativ. Jede Disziplin muß ihre spezifischen Kompetenzen einbringen. Hinzu kommen muß aber die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Damit so ein ganzheitliches Konzept entsteht, ist es notwendig, bisher verteidigte Definitionsmonopole aufzugeben. Ebensowenig, wie die Jugendhilfe fachliche Disziplin - wir sprechen auch in dieser Tagung immer wieder von Jugendhilfe, wenn wir eigentlich Sozialarbeit oder Sozialpädagogik meinen - sondern ein Leistungsträger ist, ebensowenig ist Eingliederungshilfe eine medizinische Wissenschaft, sondern ist ihrerseits ebenfalls ein Leistungsträger. Wofür ich plädiere, ist, den Blick nicht auf eine einzelne Fachdisziplin zu verengen, sondern den ganzheitlichen Auftrag der Jugendhilfe nach § 1 SGB VIII ernst zu nehmen. In der Jugendhilfe ist bereits heute eine Vielzahl von Disziplinen tätig, denken wir an Sozialarbeiter, Erzieher, Psycho-

logen und Heilpädagogen. Der nächste Schritt muß nun dahin gehen, weitere Fachkompetenz im Bereich der Jugendhilfe anzusiedeln. Daher halte auch ich es für mißverständlich, von „Jugendhilfe und Psychiatrie“ zu sprechen. Auch kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen können Leistungen der Jugendhilfe sein. Und wenn wir mit der großen Lösung tatsächlich irgendwann Ernst machen wollen, dann werden wir um die Frage gar nicht herumkommen, daß wir tatsächlich ein erweitertes Verständnis von Jugendhilfe für ganzheitliche Förderung junger Menschen brauchen. Es sei denn, die Jugendhilfe sagt: „Ja, körperlich und geistig Behinderte wollen wir schon fördern, aber wir wollen uns auf die pädagogischen Leistungen beschränken. Die orthopädischen oder medizinischen Hilfen, die gehen uns nichts an.“ Das ist eine Frage, wo die Jugendhilfe sich dann entscheiden muß, ob sie nur für die pädagogischen Komponenten zuständig sein will. Ich habe den ganzheitlichen Ansatz immer so verstanden, daß Jugendhilfe sich öffnen muß, sich erweitern muß, damit sie den gesamten Hilfebedarf kompetent decken kann.

3. Spezifische Probleme bei der Ausgestaltung des Hilfeprozesses

a) Zur Bedeutung von § 36 KJHG

Damit komme ich zum Kernstück der Zusammenarbeit, nämlich der Ausgestaltung des Hilfeprozesses. Dort, denke ich, geht es um die Nagelprobe für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen, nämlich bei der Gewährung der individuellen Hilfen, also der Hilfe zur Erziehung und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Die gesetzliche Verpflichtung zu einem von den Beteiligten gemeinsam gestalteten, zeit- und zielgerichteten Vorgehen, das im Hilfeplan zu dokumentieren ist, ist eines der zentralen Merkmale der Qualität und Qualitätssicherung in der Jugendhilfe. Obwohl auch in § 46 BSHG von einem Gesamtplan die Rede ist, dürften von dem § 36 SGB VIII weit mehr Impulse für die praktische Arbeit ausgegangen sein. Das kann man, glaube ich, jetzt nach fünfzehn Jahren sagen, auch wenn noch längst nicht überall dieser - zugegeben schwierige - § 36 entsprechend umgesetzt ist.

Ich möchte nur noch einmal einige Merkmale in Erinnerung rufen, die dieser Vorschrift ihre Bedeutung verschaffen:

Erstens: Leistungen der Jugendhilfe sind keine Geldleistungen, sondern *personenbezogene* soziale Dienstleistungen, sie erschöpfen sich nicht in Entscheidung und Vollzug, sondern sind als zeit- und zielgerichtete Prozesse auszugestalten, und diese Prozesse müssen gesteuert beziehungsweise moderiert werden.

Zweitens: Mit der individuellen Hilfeplanung tritt an die Stelle spontaner Eingriffs- und Rettungsaktionen eine fachlich reflektierte, gemeinsam mit dem Adressaten erarbeitete und verantwortete Entscheidung über das weitere Vorgehen.

Drittens: Der Hilfeprozeß wird zwar von Fachkräften moderiert, im wesentlichen aber durch das Zusammenwirken von Fachkräften mit den Adressaten gesteuert. Es geht also um einen partizipativen Prozeß, in der Sprache neuer Steuerung könnte man auch sagen: Fachkräfte und Leistungsempfänger sind Koproduzenten.

Und **viertens**: Wesentliche Bedingungen und Absprachen werden im Hilfeplan dokumentiert, Plan und Hilfeprozeß bedingen und beeinflussen sich gegenseitig, Hilfepläne sind daher - das schreibt auch § 36 vor - regelmäßig zu überprüfen, zu ändern und fortzuschreiben.

§ 36 stellt den Plan als Dokument in den Vordergrund. In Wirklichkeit ist der Plan immer vor dem Hintergrund des Hilfeprozesses zu sehen und in diesen Prozeß auch eingebunden.

b) Zum Stellenwert ärztlicher Diagnosen

Der ohnehin komplexe Auftrag von § 36 erhält im Kontext von § 35 a noch eine weitere Komponente, nämlich die Integration medizinischer Befunde in den sozialpädagogischen Aushandlungsprozeß. Man kann zunächst mal die Frage stellen: Brauchen wir denn überhaupt diagnostische Befunde, sind diese denn überhaupt mit einem sozialpädagogischen Verständnis von Hilfe vereinbar? Von der Zielsetzung, die Leistungsadressaten als Subjekte des Hilfeprozesses zu betrachten, werden von Experten der Jugendhilfe vielfach Elemente der Diagnostik und behandlungsorientierte Ansätze pauschal abgelehnt. Gefordert wird statt dessen ein sozialpartizipativer Ansatz, der den Prozeß des Aushandelns von Interessen in den Mittelpunkt stellt. Unter Aushandlung wird dabei - ich zitiere Jochen Merchel -, das Vermitteln und Zusammenführen unterschiedlicher Situationsdefinitionen und Handlungsvorstellungen sowie eine aus den unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten erfolgende Bewertung des Hilfeverlaufs verstanden.

Diese sozialpädagogische Position ist im wesentlichen im Zusammenhang mit der Kritik an der zunehmenden Therapeutisierung und einer dadurch geförderten Entmündigung durch Experten entwickelt worden. Sie trägt dem Grundgedanken Rechnung, daß im pädagogisch-therapeutischen Bereich der Mensch als Subjekt in seiner Menschenwürde nur dann respektiert wird und der Leistungszweck auch nur dann zu erreichen ist, wenn eine gemeinsame Sicht der Probleme erreicht wird, eine Verständigung über die einzelnen notwendigen pädagogischen und therapeutischen Schritte stattgefunden hat, und die Adressaten den Hilfeprozeß selbst wirksam mitgestalten.

Andererseits unterstellt aber diese Auffassung eine Gleichrangigkeit der handelnden Personen, die so realistischerweise nicht gegeben ist. Ich meine gar nicht das Gefälle etwa in der Artikulationsfähigkeit zwischen Helfer und Hilfesuchenden, dieses Gefälle läßt sich mit fachlicher Kompetenz und Einfühlungsvermögen jedenfalls teilweise reduzieren. Ich meine den schlichten Umstand, daß ein Hilfesuchender von einem Problem, einer belastenden Situation betroffen ist, die für ihn selbst hochbedeutsam ist, für deren Lösung ihm jedoch die Kompetenz fehlt. Und so richtig etwa der Hinweis von Frau Cobus-Schwertner an anderer Stelle ist, daß die Betroffenen Experten ihrer Lebenslage sind, so ist eben auch richtig, daß sie Rat und Hilfe holen, weil sie in ihrer Lebenssituation offensichtlich keinen Ausweg mehr wissen oder Hilfe von außen brauchen.

Das Bild von der Aushandlung der Interessen spiegelt zudem, und das mag jetzt vielleicht etwas weit hergeholt klingen, eine marktorientierte Dispositionsfreiheit vor, die vergessen läßt, daß es auch eine fachliche Verantwortung und eine fachliche

Ethik gibt. Das heißt verkürzt, es ist eben nicht *alles* aushandelbar. Die Fachkraft darf nicht in die Versuchung geraten, im Wege einer Aushandlung diese ihre fachliche Verantwortung auf den Hilfesuchenden zu delegieren.

Das Konstrukt der Aushandlung reicht - jedenfalls soweit es um die Klärung der Bedingungen geht - als Erkenntnisquelle für die zu treffenden Entscheidungen nicht immer aus. So zentral der Gedanke von der Subjektstellung des Hilfesuchenden ist und so wichtig es ist, eine Verständigung über die Problemdefinition und über notwendige Schritte zu ihrer Bewältigung herbeizuführen, sowenig enthebt dies aber die Fachkräfte der Notwendigkeit, über die Vernünftigkeit der Problemdefinition und der zu ergreifenden Schritte Rechenschaft abzulegen. Ich halte daher eine pauschale Ablehnung von Diagnosen für kurzsichtig und gefährlich. Und ich denke, wenn man sich den § 35 a und die Implikationen ansieht, so ist es nicht sinnvoll, medizinische Feststellungen einfach zu ignorieren. Ich denke, daß Diagnosen im Einzelfall ein wertvoller Baustein für die Entscheidungsfindung sein können.

Worauf es letztlich ankommt, ist, daß Hilfesuchende als Beteiligte am Prozeß über diagnostische Schritte aufgeklärt und beraten werden, und daß Diagnosen eingebettet werden in eine umfassende Problemsicht, aus der abgestimmte Hilfen entwickelt werden.

c) Wer ist für den Hilfeplan verantwortlich?

Im Kontext des § 35 a gewinnt auch die Frage nach der Verantwortung für die Hilfeplanung Bedeutung. Zeigt doch die Praxis gerade bei § 35 a, daß es im Verhältnis Arzt/Jugendamt immer wieder zu Konflikten kommt.

Nach dem Wortlaut des § 36 bleibt zunächst offen, wer denn den Hilfeplan eigentlich aufzustellen hat. Zwar ist im Absatz 2 des § 36 von Fachkräften die Rede, ob diese Fachkräfte aber nun solche des Jugendamtes, des öffentlichen Trägers sein müssen oder in seinem Auftrag handeln müssen, ist nicht ausdrücklich geregelt.

Die Hilfeplanung ist aber eng mit der Entscheidung über die zu gewährende Hilfe verknüpft. Ihre Feststellungen zur Klärung der Bedingungen beziehungsweise zur Bewertung der belastenden Lebenssituation liefern Grundlagen für die Entscheidungsfindung. Aussagen über die geeigneten Maßnahmen, Absprachen oder Vereinbarungen geben Hinweise auf Ausgestaltung des Hilfeprozesses und über die Schritte, über die sich Fachkräfte und Leistungsadressat verständigt haben. Die Hilfeplanung nach § 36 ist daher wegen ihrer Relevanz für die - immer vorläufige und auch immer wieder korrekturbedürftige - Entscheidung vom zuständigen Leistungsträger zu verantworten beziehungsweise ihm zuzurechnen. Das heißt also, sie ist von den jeweils zuständigen Fachkräften im Jugendamt zu verantworten. In der Regel werden dies Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem ASD sein, also Personen mit einer sozialpädagogischen Ausbildung. Das muß nicht so sein, das hängt auch von der Organisationsstruktur der Ämter ab.

Die Verantwortung des Jugendamts schließt freilich weder aus, daß an der Entscheidungsfindung beziehungsweise ihrer Vorbereitung auch Fachkräfte etwa aus dem Bereich freier Träger oder anderer Institutionen mitwirken, noch daß sich die Fach-

kräfte des Jugendamtes auf externe Erkenntnisquellen stützen, zum Beispiel auf Gutachten und Stellungnahmen anderer Dienste. Ziel der Verpflichtung zur Zusammenarbeit im Sinne des § 36 Absatz 2 ist die Repräsentation eines möglichst breiten Spektrums fachlicher Sichtweisen und Methoden zur umfassenden Erkennung der Problemlagen, aber auch von Kenntnissen über die Struktur pädagogischer und therapeutischer Angebote in der Region, um damit eine möglichst optimale Deckung des ermittelten Bedarfs zu erreichen.

d) Die Beteiligung des Arztes an der Hilfeplanung

Für die Gewährung von Eingliederungshilfen enthält der § 36 Absatz 3 eine Spezialregelung, die auf § 46 BSHG zurückgeht, inhaltlich aber etwas anders konstruiert ist, darauf will ich jetzt nicht näher eingehen. In § 36 Absatz 3 ist die Rede davon, daß ein Arzt bei der Aufstellung des Hilfeplanes und bei der Durchführung der Hilfe zu beteiligen ist, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügt. Im Hinblick auf den Leistungstatbestand der **seelischen** Behinderung, und nur um den geht es ja in § 35 a, werden sich die geforderten Erfahrungen des Arztes nicht auf irgendeine Behinderung, sondern eben diese, die seelische Behinderung, beziehen müssen. Das heißt also, es kommt wohl kaum ein Orthopäde für die Beurteilung einer seelischen Behinderung in Betracht, sondern in erster Linie ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Im Hinblick darauf, daß in manchen Regionen diese Fachkompetenz weder durch niedergelassene noch durch entsprechende Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen oder in Kliniken zur Verfügung steht - Kinder- und Jugendpsychiater sind dünn gesät -, wird im Einzelfall auch ein möglichst sozialpädiatrisch erfahrener Kinderarzt oder schließlich auch der das Kind oder den Jugendlichen behandelnde Arzt herangezogen werden müssen. Dieser Arzt ist regelmäßig zu beteiligen, wenn - so heißt es in § 36 Absatz 3 - Hilfen nach § 35 a erforderlich erscheinen.

Dadurch wird aber auch deutlich, *daß ein Arzt nicht etwa erst bei einer vom Jugendamt getroffenen Entscheidung über die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe einzubeziehen ist.*

Vergegenwärtigen wir uns dazu noch einmal die Struktur des Tatbestandes der Eingliederungshilfe, wie sie aus § 39 BSHG in § 35 a übernommen worden ist. Danach setzt jede seelische oder drohende seelische Behinderung zunächst die Feststellung einer seelischen Störung voraus. Auch der Begriff „seelische Störung“ ist nicht beliebig interpretierbar, vielmehr weist der - wenngleich veraltete und auf Erwachsene abgestellte - Katalog in § 3 der Eingliederungsverordnung darauf hin, daß es sich um eine Störung von Krankheitswert handeln muß. Jedenfalls wollte der Gesetzgeber im Rahmen von § 35 a keine neue Definition der „seelischen Behinderung“ schaffen, sondern diejenige aus § 39 BSHG übernehmen. Dies schließt nicht aus, daß diese Vorgaben irgendwann behutsam weiterentwickelt oder verbessert werden können.

Eine so definierte *seelische Störung mit Krankheitswert* kann aber auch nach dem Zuständigkeitswechsel zur Jugendhilfe nur von einem Arzt festgestellt werden. Jörg Fegert und andere empfehlen zur Feststellung die Verwendung multiaxialer Diagnostik nach der ICD-10 und meinen, daß sie damit einen aktuelleren Katalog zur Verfügung hätten als den, der in § 3 der Verordnung enthalten ist. Ein zentrales Ar-

gument ist, daß die ICD-10 ebenfalls im konkurrierenden Bereich der Krankenversicherung verwendet wird. Die Verwendung einer gemeinsamen Sprache erleichtert sicher die Entscheidung, wer im Einzelfall und für welche Maßnahmen vorrangig zuständig ist.

Ist die Feststellung der *seelischen Störung* zweifellos die Aufgabe des Arztes, so läßt sich streiten, ob auch die Feststellung einer *seelischen Behinderung* oder einer *drohenden seelischen Behinderung* nur durch den Arzt getroffen werden kann. Specht und auch die anderen Kinder- und Jugendpsychiater in ihren Veröffentlichungen sehen dies wohl so. Fraglich bleibt dann allerdings, welchen Entscheidungsspielraum eine nichtärztliche Fachkraft, also Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter, beim Jugendamt noch hat oder noch hätte. Denn aus der Feststellung ergibt sich ja auch automatisch ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Hilfe.

Die Rolle des Arztes ist die eines Gutachters. Ein solches Gutachten kann aber die fallverantwortliche Fachkraft nach außen nicht binden. Frage ist natürlich, welche Kompetenz sie wiederum haben muß, wenn sie von dieser Feststellung abweichen will. Wenn es etwa zum Prozeß kommt, muß sie überzeugend begründen können, warum sie anderer Auffassung ist.

Gerade für den Bereich psychischer Störungen ist es eher typisch, daß Eltern nicht direkt den Weg zum Jugendamt wählen, sondern mit ihrem Kind einen Arzt aufsuchen, oder daß sich bei einem Arztbesuch aus anderem Anlaß Anhaltspunkte für eine seelische Störung ergeben. Es liegt dann nahe, daß der behandelnde Arzt mit Hilfe seiner Diagnostik feststellt, ob eine seelische Störung vorliegt, und daß er dann möglicherweise klärt, ob eine Behinderung droht, und welche Maßnahmen schließlich angezeigt erscheinen. Aber die Rechtslage ist dieselbe, ob jemand zuerst beim Jugendamt ankommt und das Jugendamt dann den Arzt als Gutachter einschaltet, oder ob umgekehrt jemand direkt den Arzt aufsucht: das Jugendamt ist nachher mit einem medizinischen Gutachten konfrontiert und muß dieses deuten und die verantwortliche Entscheidung treffen.

Der Arzt muß bei seinen Überlegungen natürlich auch prüfen, ob möglicherweise zwar eine psychische Störung vorliegt, aber noch keine drohende Behinderung. Dann wird er prüfen müssen, ob Maßnahmen der Krankenbehandlung angezeigt und ausreichend sind, hält er aber neben den Maßnahmen nach SGB V eine pädagogische Unterstützung für angezeigt, so wird er den Eltern möglicherweise empfehlen, sich an das Jugendamt zu wenden, um andere Leistungen, nämlich nach § 35 a oder nach § 27 in Anspruch zu nehmen.

Deutlich wird daraus, daß der Arzt im System der Jugendhilfe eine andere Stellung hat, als im System der Krankenversicherung. In der Krankenversicherung stellt der Arzt nicht nur die Diagnose, sondern entscheidet im Verhältnis zur Krankenkasse als Leistungsträger im Grundsatz auch selbständig und eigenverantwortlich über die erforderlichen Maßnahmen. Seine Verordnungen und Rezepte lösen im Rahmen der Vereinbarungen zwischen den Kassen und den kassenärztlichen Vereinigungen eine Vergütungspflicht durch die Krankenkasse aus.

e) **Verständigung und interdisziplinäre Zusammenarbeit**

In der Jugend- und in der Sozialhilfe liegt **die Entscheidung** über die geeigneten und notwendigen Maßnahmen - ich wiederhole und betone das nochmal - bei der Behörde, das heißt **bei den dafür zuständigen Fachkräften** - also im Jugendamt in der Regel bei den Sozialpädagogen und Sozialarbeitern. Da in der Sozialhilfe, soweit ich das sehe, im wesentlichen Fachkräfte mit Verwaltungsausbildung zuständig sind, etwa auch auf der Ebene der Landessozialämter, mag dort faktisch der Einfluß ärztlicher und anderer Gutachten stärker sein als in der Jugendhilfe, wo die entscheidende Person aufgrund ihrer Ausbildung und Qualifikation jedenfalls den pädagogischen Bedarf selbst beurteilen kann und je nach Zusatzqualifikation auch mit einzelnen Therapieformen vertraut ist. Hinzu kommt auch noch, daß der Gesetzgeber dem Entscheidungsprozeß der Jugendhilfe - anders als in der Sozialhilfe - besondere Bedeutung beimißt und er im Rahmen des § 36 das Verfahren der Entscheidungsvorbereitung, der Entscheidung selbst und der Umsetzung durch die Verpflichtung zum Zusammenwirken von Fachkräften besonders betont hat.

Die Schwierigkeit für die sozialpädagogische Fachkraft besteht nun darin zu wissen, wie sie mit ärztlicher Diagnosestellung und mit Therapievorschlügen umgehen soll. Nun ist es ja einerseits nichts besonderes, daß sich eine für eine Entscheidung verantwortliche Person auf externes Expertenwissen einlassen und verlassen können muß - ebenso wie sich die Richter auf Gutachten von Medizinern, von Architekten und anderen Sachverständigen einlassen müssen. Damit aber ein solches Expertengutachten in den Entscheidungsprozeß einfließen kann, damit es zutreffend bewertet und gewürdigt wird, ist Kommunikation nötig. Hilfreich dafür sind aber auch **gemeinsam erarbeitete Regeln** darüber, wie solche Stellungnahmen aufgebaut werden können. Dies dient nicht etwa nur dem Interesse des Jugendamtes, damit es besser verstehen kann, was in der Stellungnahme zum Ausdruck kommt, sondern es muß eigentlich auch im Interesse des Arztes liegen, daß sein gutachterliches Votum Gewicht erhält.

Und das alles bedeutet letztlich natürlich auch, daß überhaupt die Bereitschaft zur Kommunikation vorhanden sein muß, um sich und seine Aussagen verständlich machen zu wollen. Das wird nicht ohne eine **gemeinsame Sprachregelung** möglich sein. Wahrscheinlich müssen aber auch Fachkräfte im Jugendamt im Wege der Weiterqualifizierung besser in die Lage versetzt werden, Feststellungen und Wertungen aus anderen Fachdisziplinen nachzuvollziehen.

Jedenfalls wird deutlich, daß im Bereich des § 35 a der Entscheidungs- und Gestaltungsprozeß komplexer wird: es wirken nicht nur mehrere Personen mit. **Es gilt medizinisch ärztliche Diagnostik in einen sozialpädagogischen Aushandlungsprozeß zu integrieren.**

Ärzte und Sozialpädagogen sind - so könnte man sagen - zur Zusammenarbeit verdammt. Im Augenblick steht diese Zusammenarbeit nicht überall zum besten, stehen ihr doch verschiedene Status- und Standesbarrieren im Wege. Möge Jörg Fegert Recht behalten, wenn er meint: *„Mittelfristig kann sich gerade an dieser ausbalancierten Machtkonstellation, die dem Gefälle des Sozialprestiges entgegensteht, ein Dialog entwickeln, der für beide Professionen eine verbesserte Qualität der Versor-*

gung im gegenseitigen Voneinanderlernen bringen kann“ und er empfiehlt, Kenntnisse des Jugendhilfesystems in die Facharztausbildung einzubeziehen.

Aus meiner Sicht ist es vor allem notwendig, im örtlichen Bereich, in der Region, den Dialog zu führen zwischen Jugendamt und anderen öffentlichen Fachdiensten sowie zwischen Jugendamt und niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Hier bieten sich Runde Tische, Clearingstelle und Arbeitsgemeinschaften an, bei denen unterschiedliche Sichtweisen und die unterschiedliche Rolle der einzelnen Beteiligten diskutiert und eine Verständigung angestrebt wird.

4. Verhältnis zu anderen Leistungsträgern

Die Zuständigkeitserweiterung für die Jugendhilfe hat auch die Schnittstellen für konkurrierende Leistungen vergrößert. So hat die **Krankenversicherung (SGB V) als vorrangiger Leistungsträger an Bedeutung gewonnen.**

Dies gilt in zweifacher Weise:

- einmal im Vorfeld seelischer Behinderung:

Wie festgestellt, ist eine seelische Störung Voraussetzung für, aber selbst noch keine (drohende) Behinderung. Sie muß sich gewissermaßen erst verfestigt haben. Solange dies nicht der Fall ist, kommen nicht Leistungen der Eingliederungshilfe, sondern ärztliche oder ärztlich delegierte Leistungen der Krankenversicherung in Betracht.

Das Beispiel verdeutlicht: Je länger bestimmte Störungen auftreten, je länger über Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Leistungs- und Kostenträgern gestritten wird, um so mehr wächst die Wahrscheinlichkeit einer (drohenden) seelischen Behinderung und damit einer Zuständigkeit der Jugendhilfe.

- Der Vorrang der Krankenkassen wird aber auch an einer zweiten Stufe deutlich:

Wird nämlich eine (drohende) Behinderung festgestellt, so sind sehr häufig - wenn auch nicht nur - Maßnahmen der sogenannten medizinischen Rehabilitation notwendig. Auch diese werden für den Personenkreis der Versicherten - und damit für die überwiegende Mehrheit der Anspruchsberechtigten - durch die Krankenkassen getragen.

Damit wird deutlich, wie wichtig die rechtzeitige Beteiligung des Arztes ist, der feststellt, ob Maßnahmen der Krankenversicherung angezeigt sind und ob sie auch ausreichen. Er kann durch die Feststellung ärztlicher Behandlungsbedürftigkeit der Jugendhilfe Kosten sparen helfen. Allerdings betont auch Fegert, daß in vielen Fällen kombinierte Leistungen notwendig sind, nämlich da, wo der festgestellte Bedarf über Leistungen nach dem SGB V nicht abgedeckt wird.

Insbesondere zur Behebung von *Teilleistungsstörungen*, wie der sogenannten Lese-Rechtschreib-Schwäche bleibt die **Schule** ein wichtiger vorrangiger Leistungsträger. Offensichtlich reift jedoch nur in einigen Ländern die Erkenntnis, daß die Schule verpflichtet ist, *allen* Kindern Möglichkeiten zu eröffnen, richtig lesen, schreiben und rechnen zu lernen. Durch die Untätigkeit der Kultusverwaltungen in verschiede-

nen Ländern kommt es dazu, daß sich bei vielen Kindern aus der bloßen Teilleistungsstörung eine psychische Störung entwickelt, die dann ihrerseits zu einer (drohenden) seelischen Behinderung wird und damit eine Zuständigkeit der Jugendhilfe herbeigeführt wird.

Unklar ist weiterhin, welche fachliche Verantwortung auf die Jugendhilfe bei *suchtgefährdeten und suchtkranken jungen Menschen* zukommt. Während dieser Personenkreis zum Beispiel in den Empfehlungen von Hessen ausdrücklich hervorgehoben wird, geben die Empfehlungen von Nordrhein-Westfalen hier eher Entwarnung, indem sie auf die Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten der Krankenkassen verweisen.

5. Änderungsvorschläge der kommunalen Spitzenverbände

Lassen Sie mich abschließend noch auf eine Problematik im Zusammenhang mit § 35 a eingehen, die von kommunalpolitischer Seite immer häufiger an uns hergetragen wird und auch Gegenstand von Vorschlägen zur Änderung des SGB VIII ist, die von zwei kommunalen Spitzenverbänden vorgelegt worden sind:

Anders als § 39 BSHG verzichtet § 35 a SGB VIII auf eine Unterscheidung der wesentlichen und der nicht wesentlichen Behinderung - mit der Folge, daß auch bei der Feststellung einer nicht wesentlichen Behinderung ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe besteht (sofern die Hilfe geeignet und notwendig ist). Offensichtlich führt die Herabsetzung der Schwelle für den Rechtsanspruch dazu, daß es gerade im Kontext von Teilleistungsstörungen, die für sich weder psychische Störungen noch eine drohende seelische Behinderung sind, zu einem massiven Antragsdruck gegenüber den Jugendämtern kommt.

Auffallend ist dabei, daß es sich hier - im Gegensatz zur üblichen Klientel bei Hilfen zur Erziehung - weit überwiegend um Kinder aus der oberen Mittel- oder gar Oberschicht handelt. Diese Entwicklung führt in verschiedenen Kreisen und Städten zu erheblichen Kostensteigerungen - in einer Zeit, in der die Jugendhilfehaushalte nicht mehr wachsen, sondern zum Teil dramatisch gedeckelt - oder vornehmer ausgedrückt - budgetiert werden. Vorgeschlagen wird deshalb, nach dem Muster des § 39 BSHG wieder zur Unterscheidung zwischen einer wesentlichen Behinderung und einer nicht wesentlichen Behinderung zurückzukehren oder aber die Attraktivität solcher Leistungen dadurch zu mindern, daß für ihre Inanspruchnahme Kostenbeiträge erhoben werden.

Die Umsetzung des § 35 a ist eine schwierige Aufgabe in einer schwierigen Zeit. Um so wichtiger ist deshalb dieser Workshop, um uns allen ein Stück mehr Sicherheit im Umgang mit den Vorschriften zu geben. So sehr ich den anfangs erwähnten Seufzer einer Sozialarbeiterin verstehen kann, die darum bat, die Praxis der Jugendhilfe von § 35 a zu erlösen, so bin ich doch überzeugt, daß wir noch längst nicht alle Chancen ausgelotet haben, um zu einer besseren Praxis zu kommen.

Arbeitsgruppe zum Thema:

Verfahrensweise der Jugendämter in der Hilfeplanung und Hilfeplanerstellung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Diagnostik, Hilfeplanerstellung, Leistungserbringung, Finanzierung, Kontrolle, weitere Veranlassung; Anforderungen an die Fachkompetenz im Jugendamt

Bericht

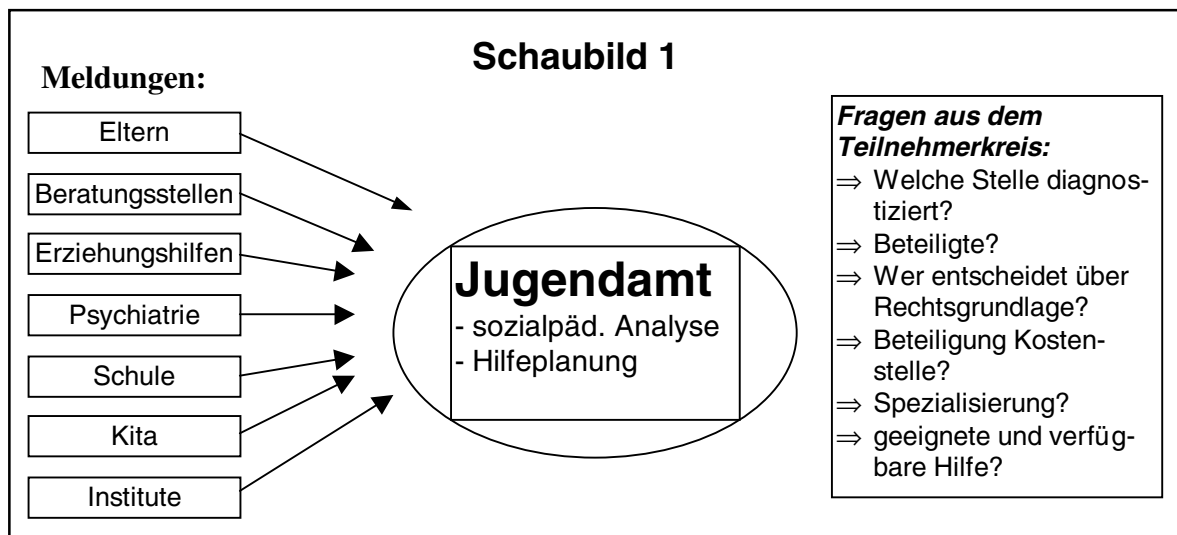
KARL-HEINZ STRUZYNA

Jugendamtsdirektor, Berlin-Hellersdorf

Schönen guten Morgen wünsche ich Ihnen! Meine beiden Kolleginnen, Frau Martin und Frau Dr. Athenstädt und ich, werden versuchen, Ihnen in einigen Minuten zusammengefaßt vorzustellen, was wesentlicher Inhalt und Ergebnis der gestrigen Arbeitsgruppe war.

Der thematische Schwerpunkt war das Hilfeplanverfahren und die damit verbundenen Fragen für Fälle, die möglicherweise eine besondere Hilfe aufgrund einer seelischen Behinderung benötigen.

Wir werden es in der Praxis nicht vorfinden, daß ein Kind mit einem Schild um den Hals „Ich bin ein §-35-a-Fall“ bei uns ankommt. Die Zuordnung zu einer Rechtsnorm und die Feststellung der geeigneten Hilfeform kann erst das Ergebnis unserer Arbeit sein. Das heißt, wir finden hier zum Beispiel Meldungen von Eltern, die sich direkt an das Jugendamt wenden, wir finden Verweise von Beratungsstellen an das Jugendamt, aus anderen Erziehungshilfen, aus stationärer Heimunterbringung, zum Beispiel besonders bei Kindern die sich nicht in den Heimalltag einfügen, die stören, die das System durcheinanderbringen. Aus der Psychiatrie, aus Schulen, aus Kindergärten, und zunehmend - darauf kommen wir am Ende noch einmal zurück - auch von Instituten, die selbst Anbieter von Leistungen sind und die letztlich an das Jugendamt verweisen müssen.



Unstrittig ist, daß das Jugendamt Herr des Verfahrens ist. Es ist im Jugendamt üblicherweise der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst, bei dem die Fälle auflaufen und bekannt werden, und nach einer sozialpädagogischen Analyse wird sich in der Regel ein Hilfeplanverfahren anschließen. Und in den letzten Jahren bemühen sich viele Jugendämter, auch viele Landesjugendämter mit ihren Richtlinien darum, dieses Hilfeplanverfahren möglichst fachgerecht und effizient zu gestalten.

Was uns in diesen Fällen wichtig erschien, ist, die verschiedenen Professionen, die dem Jugendamt helfen können, in die Beurteilung solcher Fälle einzubeziehen. Deshalb haben wir versucht, die ganze Veranstaltung gestern auch unter dem Motto zu sehen: „**Multiprofessionelles Handeln organisieren**“. Das Jugendamt braucht hier zusätzliche Fachkompetenzen, medizinisch-psychiatrischer Art meistens, über die es in der Regel nicht selber mit eigenem Personal verfügt.

Mitunter gibt es Modelle, wo Psychiater zum Beispiel eine Stelle im Jugendamtsbereich haben, das heißt, zum Eigenpersonal des Jugendamtes gehören. Sinnvoll erscheint, wenn diese Spezialisten integriert sind in andere Beratungsdienste des Jugendamtes, in einer Erziehungsberatungsstelle zum Beispiel, wo dann auch der psychologische Sachverstand da ist.

Einige wesentliche Fragen, die den Teilnehmern an dieser Stelle wichtig erschienen, habe ich im Schaubild 1 aufgeführt: **Welche Stelle diagnostiziert?** Ich sage mal gleich einige Antworten dazu: in der Regel oder häufig wird es das Gesundheitsamt oder ein dem Gesundheitsamt angeschlossener kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst - oder wie er auch immer regional heißen mag - sein, also eine ärztlich-psychiatrische Fachkraft. Auf der anderen Seite werden nach den regionalen Möglichkeiten zum Beispiel auch Universitätskliniken oder -institute in Anspruch genommen.

Priorität sollte, wo immer möglich, eine ambulante Diagnostizierung haben. Es gibt in der Regel kaum einen Grund, ein Kind zur Diagnostik irgendwo einzuweisen, das kann nämlich zu Fehlergebnissen führen, behaupte ich mal kühn. Wer ein Kind von seinen Bezugspersonen trennt, es in eine fremde, künstliche Umgebung versetzt, es in Test- und Streßsituationen unter Beobachtung stellt, braucht sich über auffälliges und angstbesetztes Verhalten nicht zu wundern!

Die Beteiligten am Hilfeplanverfahren - an der Hilfeplanerstellung - sind natürlich als federführende Stelle das *Jugendamt*, ASD, dann der psychiatrische oder psychologische Gutachter, der in seinem Gutachten eine Empfehlung ausspricht, die allerdings noch nicht abschließend verbindlich ist für das Jugendamt, sondern als wesentliches Element in die Hilfeplanung einfließt. Dieser Gutachter sollte bei der weiteren Ausgestaltung des Hilfeplans, und später auch bei der Ausführung und bei der Überwachung des Verlaufs, beteiligt bleiben.

Hinzu kommen andere Beteiligte: *Eltern, Kinder* - es ist von Fall zu Fall mit den Betroffenen zu entscheiden, inwieweit diese in alle Beratungssitzungen einbezogen werden, inwieweit sie dazu auch in der Lage sind, oder sich eher überfordert fühlen vor dem geballten fachlichen Hintergrund. Wesentlich ist, daß diese Hauptpersonen den Sinn, Inhalt und das Ergebnis der Hilfeplanung verstehen, mitgestalten und akzeptieren können.

Die Funktion des *Gutachters* in der Hilfeplangestaltung wurde mit der Bemerkung apostrophiert, sie sei in erster Linie die, die sozialpädagogischen Fachkräfte des Jugendamtes zu beraten und zu unterstützen. Der Gutachter hat also nicht die Funktion, die Entscheidung alleine nach seinen ärztlichen und psychiatrischen Gesichtspunkten zu treffen, sondern er ist Fachberater für die anderen Fachkräfte.

Die Helferkonferenz, so man eine durchführt, kann selbstverständlich auch im Bedarfsfall vor Ort stattfinden, wie in anderen Hilfeplanverfahren auch. Zum Beispiel in einer Kita, um die Möglichkeit zu schaffen, die Kitaerzieherin zu beteiligen, sonst besteht oft das Problem, sie vom Dienst freigestellt zu bekommen.

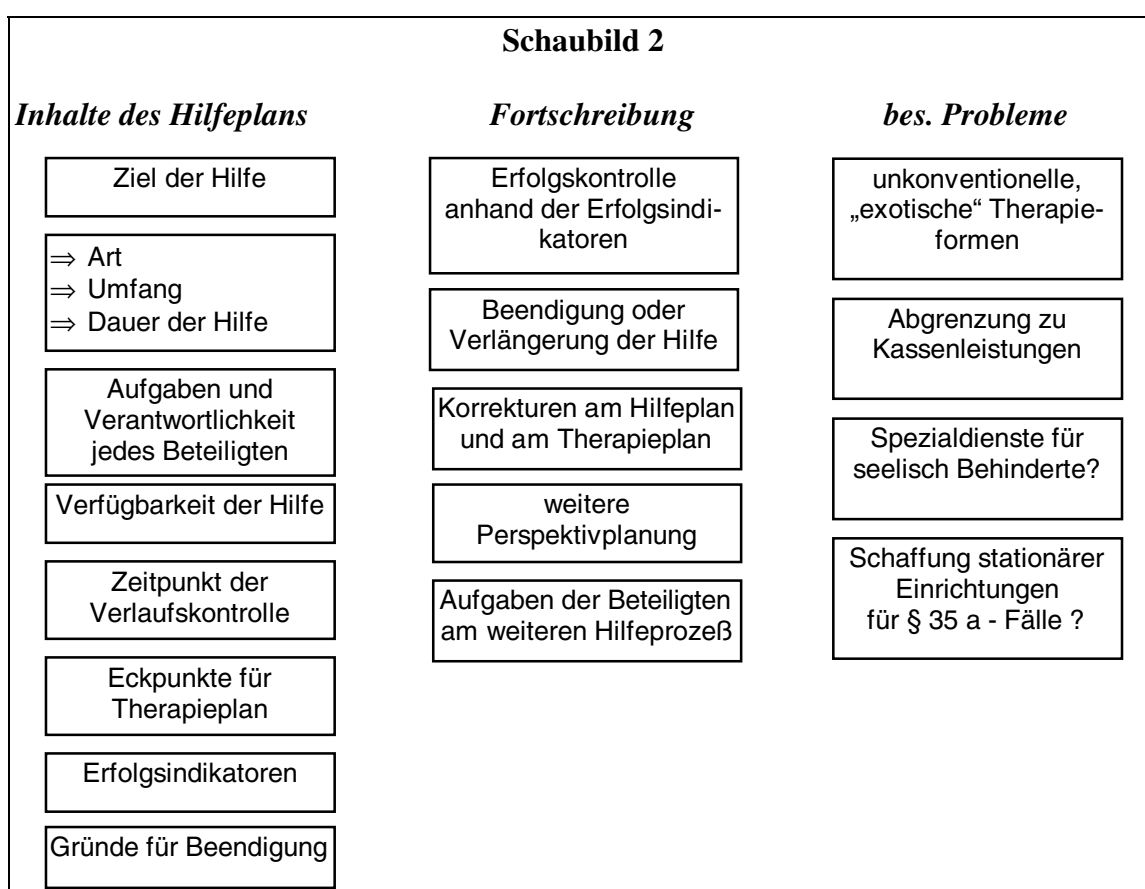
Weiterer Beteiligter an der Hilfeplankonferenz könnte sein - so wird es ohnehin in manchen Jugendämtern gehandhabt - *die Kostenstelle*, also die Mitarbeiterin, der Mitarbeiter, die/der die Kosten berechnet und letztlich auch zahlbar machen muß. Dies einfach, um sie frühzeitig mit einzubinden und um nicht hinterher, wenn man fachlich alles ausgeknobelt und geklärt hat, auf die Schwierigkeit zu stoßen, ob die Kosten denn auch so übernommen werden können. Dies läßt sich mitunter vereinfachen, wenn die Mitarbeiter gleich mit am Tisch sitzen und eventuelle Bedenken dann auch gleich mit eingebracht werden können. Dort, wo es so gehandhabt wird, liegen in der Regel gute Erfahrungen damit vor.

Ich greife jetzt den Punkt der **Spezialisierung** heraus. Da wir ja letztlich in diesem Stadium der Hilfeplanung noch nicht wissen, um welche Art von Fall es sich handelt, welche Art von Hilfe denn die richtige, die geeignete und notwendige ist - aus diesem Grunde ist zumindest in diesem Stadium die Zuständigkeitsverlagerung auf einen Spezialdienst gar nicht sinnvoll, denn dann müßte ich ja von vorne herein schon entscheiden, ordne ich den Fall dem Spezialdienst zu oder dem ASD. Man würde dadurch womöglich eine Entscheidung vorwegnehmen, die ja erst Ergebnis der Hilfeplanung sein kann.

Letztlich wird auch im Hilfeplan die **Rechtsgrundlage** zu benennen sein. Wir haben den alten Streit, ob denn der § 35 a KJHG nötig ist oder nicht angewandt zu werden braucht, hier nicht im Grundsatz vertieft. Der Streit wird sicherlich in Fachkreisen weitergeführt werden müssen. Die Entscheidung im Einzelfall, im Hilfeplan, wird sicherlich eine sozialpädagogische Entscheidung, nicht vorrangig eine Rechtsentscheidung sein. Nämlich die, die *geeignete* und auch *verfügbare*, nämlich die *regional am Ort realisierbare Hilfe*, zu bestimmen. Und die mag in der einen Region dann § 35 a heißen; in einer anderen Region wird man das eher als Erziehungshilfe mit Zusatzleistung nach § 27 (3) definieren. Es hängt von den regionalen Möglichkeiten ab, solange dieser Grundsatzstreit noch nicht abgeschlossen ist. Aber ich denke, das ist kein Problem, was die Hilfe dann selber in Frage stellen oder hemmen muß. Die Praxis kann durchaus auch leben mit regional unterschiedlichen Zuordnungen der Rechtsgrundlage.

Ein interessanter Punkt war noch: **Was ist die geeignete und verfügbare Hilfe?** Die geeignete kennen wir alle aus allen Hilfeplanverfahren. Verfügbar, das haben gestern viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Kreise hier gesagt, sind viele spezielle Hilfen regional im Einzelfall eben nicht. Das gilt besonders für ländliche Regionen. Weil es eben wenige Einzelfälle sind, um die es hier geht, und nie große Zahlen von Hilfefällen.

Deshalb muß man in der Hilfeplanung unter Umständen auch mit berücksichtigen: Wie können wir uns vor Ort für den Einzelfall eine geeignete Hilfe stricken. Das heißt: unter Inanspruchnahme spezieller Angebote oder durch Inanspruchnahme der Regelangebote, ergänzt durch Zusatzleistungen. Auch in den Regionen, die relativ gut versorgt sind mit Spezialinstituten, werden wir immer wieder in Situationen kommen, wo genau das, was wir uns fachlich wünschen, so perfekt vor Ort nicht verfügbar ist, und sich dann die Frage stellt, bringen wir das Kind stationär an einem anderen Ort unter, damit es die Spezialtherapie bekommt. Das mag im Einzelfall vielleicht einmal notwendig sein, aber Priorität wird immer die Integration, der Verbleib am bisherigen Lebensort haben. Die Hilfe sollte so gestaltet werden, daß das Leben am Lebensort und die Integration - eine Kollegin hat drauf verwiesen, daß wir ja nur mal ins Gesetz gucken brauchen: der Begriff heißt „Eingliederungshilfe“ - am Ort ermöglicht wird.



Noch zwei Punkte, die in der Hilfeplanung eine Rolle spielen: Mancherorts ist es so, daß der § 35 a ein breiteres Spektrum an individuell geschneiderten Hilfen ermöglicht, als es im Rahmen der Erziehungshilfen möglich ist. Das hängt von der regionalen Beurteilung, von den regionalen Strukturen ab. Auch das mag ein Gesichtspunkt sein, der eine Rolle spielt bei der Wahl der Rechtsgrundlage.

Was vermieden werden sollte, sind von der Hilfeplanung und von der folgenden Kontrolle während der Hilfeausführung losgelöste Therapien. Anbieter von Therapieleistungen schicken die Klienten zum Jugendamt mit fertigen Gutachten, in denen das Therapieangebot des jeweiligen Therapeuten als geeignet und notwendig nach KJHG

bezeichnet wird. Das Gutachten soll als Grundlage für die Kostenbewilligung dienen. Zweifellos verlockend für manchen Sozialarbeiter, dem damit seine eigentliche Arbeit - die Durchführung und Gestaltung des Hilfeplanverfahrens - vermeintlich erspart bliebe. Das Jugendamt darf sich darauf keinesfalls einlassen, erstens, weil es nicht fachgerecht wäre, und zweitens, weil es auch den gesetzlichen Vorschriften nicht entsprechen würde. Und auch weil es längerfristig sowohl im Einzelfall als auch insgesamt aus dem Ruder laufen kann, wenn wir hier ohne Kontrolle, ohne fachgerechte Entscheidung, schnell mal nebenher eine Reihe von Therapien bewilligen würden.

Damit wäre die Hilfeplanung abgeschlossen und die Hilfe kann beginnen. Es bedarf aber einer weiteren **Überwachung und Fortschreibung des Hilfeplanes**. Je deutlicher und klarer der Hilfeplan selber formuliert ist, je deutlicher das Ziel der Hilfen ist, Art, Umfang und Dauer der Hilfe und noch eine Reihe weiterer Punkte, desto einfacher ist hinterher die Beurteilung des Erfolgs und die Fortschreibung des Hilfeplanes.

Wenn wir uns erst nach einem halben Jahr oder nach einem Jahr in der Hilfeplankonferenz darüber unterhalten, was denn eigentlich Ziel der Hilfe sein soll, kann das natürlich dazu führen, daß das erste Jahr vergeblich war. Deshalb ist es sehr wichtig, den Hilfeplan sehr präzise zu gestalten und auch schriftlich zu fixieren, und dazu gehört auch, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten eines jeden Beteiligten zu beschreiben, den Zeitpunkt der folgenden Verlaufsüberprüfung festzulegen, also nach 3 Monaten oder nach einem halben Jahr, je nach Einzelfall. *Die Eckpunkte für eine Therapie sind im Hilfeplan festzulegen. Also Art, Umfang, Dauer.* Der Therapieplan, den dann ein Therapeut im einzelnen aufstellen muß, ist unter Umständen wesentlich detaillierter als der Hilfeplan selbst und umfaßt Aussagen über die Ziele einzelner Therapieschritte und über die Inhalte der einzelnen Therapiestunden.

Dann sollte im Hilfeplan stehen, was eigentlich die *Erfolgsindikatoren* sind. Die können beispielsweise darin bestehen, daß man die Häufigkeit des Einnässens mißt. Viele Therapeuten und Therapieformen machen nicht von sich aus Evaluationsvorschläge, das heißt, da muß man vor Beginn Klarheit schaffen, sonst streitet man sich hinterher, ob das Ganze denn noch Sinn macht oder überhaupt Sinn gemacht hat oder nicht. Ebenso sollten der *Zeitraum der Therapie und Gründe für eine vorfristige Beendigung* benannt werden. Zu bedenken ist, daß nur seriöse Therapieformen von qualifizierten Therapeuten durchgeführt werden sollten. Nicht allein der Kosten wegen, sondern weil unerwünschte oder gar schädliche Nebenwirkungen auftreten könnten.

Bei der Hilfeplanfortschreibung sollte der Gutachter, der die Erstdiagnostizierung gemacht hat und die Therapieempfehlung aufgestellt hat, dabei sein. Fragen zum Erfolg des Verlaufs, wie: „Sind Wirkungen der Therapie feststellbar? Sind bei fachgerechter Durchführung Wirkungen in dem Zeitraum zu erwarten?“ können nur auf dem Gebiet spezialisierte Fachleute beantworten.

Nötigenfalls sind *Korrekturen* am Hilfeverlauf und am Therapieplan vorzunehmen und über eine Verlängerung der Hilfe zu entscheiden. Es stellt sich hier erneut die Frage nach einer Spezialisierung im ASD. Ein Modell haben wir gehört, das keinen Spezialdienst einrichtet, sondern das die Fragen um seelische Behinderung als Vertiefungsgebiet ausweist. Das heißt, einzelne Kollegen, die ihre Regelarbeit haben, vielleicht in etwas reduzierter Form, vertiefen sich hier wissensmäßig in die mit seelischer Behinde-

rung zusammenhängenden Fachprobleme. Das kann durchaus vorteilhaft sein, weil es im Verlauf der Hilfe doch um sehr differenzierte Fragen geht, die nicht jeder Sozialarbeiter auf Anhieb aus seinem Repertoire beantworten kann.

Teilnehmer: Also die übernehmen nicht die Zuständigkeit, wenn ich das richtig sehe?

Karl-Heinz Struzyna: Das kann Ihnen Frau Dr. Athenstädt genau sagen, dort wird das so gehandhabt ...

Irmgard Athenstädt: Bei uns ist das so, daß der Sozialarbeiter weiter für den Fall zuständig ist, der immer schon für den Fall zuständig war. Der Sozialarbeiter, der sich vertieft mit dem Sachgebiet befaßt, ist Multiplikator und Ansprechpartner für die anderen Sozialarbeiter.

Karl-Heinz Struzyna: Zur Frage der unkonventionellen - mitunter wissenschaftlich umstrittenen - Therapien, von Reittherapie über alle möglichen Varianten von Musiktherapie bis hin zu so „exotischen“ Dingen wie einer „Klang-Atlas-Therapie“ (einzelne Kollegen nehmen hier neue Eindrücke mit nach Bayern über Therapieformen, die dort bislang unbekannt waren): Das ist ein Markt, der sich schwer kontrollieren läßt.

Eine Möglichkeit, damit umzugehen, ist, regional ein Zulassungsverfahren für solche Therapieformen und deren Anbieter zu vereinbaren. Das kann darin bestehen, daß die Therapieform dem Gesundheitsamt darzulegen ist und das Gesundheitsamt dann über Eignung oder Nichteignung entscheidet. Man kann auch jährlich die Anbieter von therapeutischen Leistungen auf ein öffentliches Fachforum einladen, wo sie ihre Angebote in Theorie und in praktischer Anwendung vorzustellen haben und eine Fachkommission darüber entscheidet, ob das zum zu bezahlenden Repertoire der Jugendhilfe gehören soll oder nicht. Wichtig ist, daß man in irgendeiner Weise sicherstellt, daß das nicht dem Wildwuchs überlassen bleibt, sondern eine Art von kommunikativem Regularium findet unter Beteiligung der regional vorhandenen Stellen.

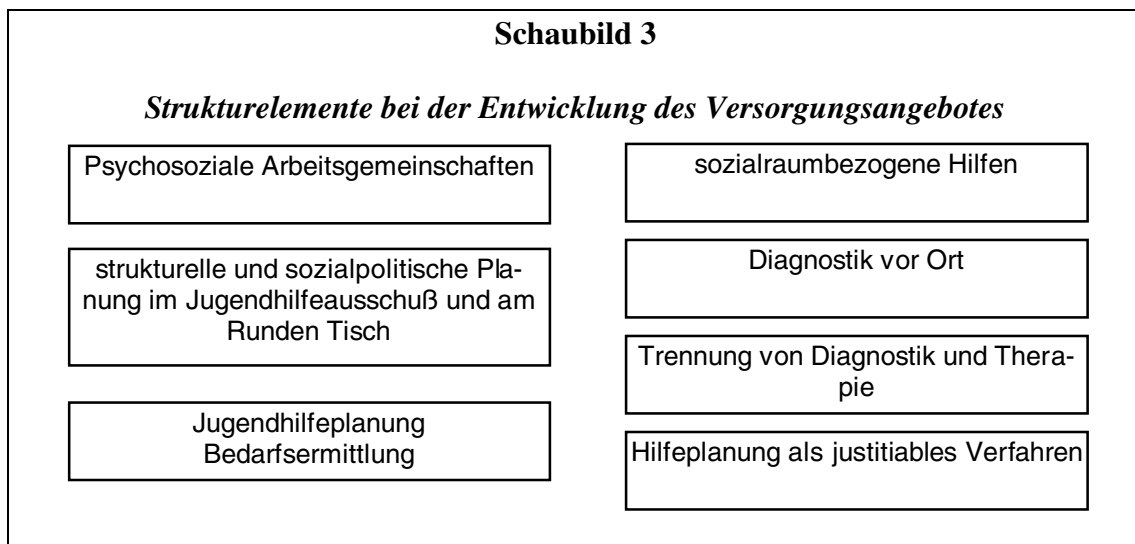
Was den Jugendämtern häufig schwerfällt, ist die Abgrenzung der Jugendhilfeleistungen zu Leistungen der Krankenkassen. Der Gutachter sollte sich dazu äußern, ob seine Diagnose unter den gesetzlich definierten Krankheitsbegriff fällt und demzufolge eine Heilbehandlung durch die Träger der Krankenversicherung zu finanzieren ist.

Und es spielte noch die Frage eine Rolle: „Stationäre Einrichtungen für §-35-a-Fälle?“ Einhellig bestand Ablehnung in der Teilnehmerrunde, daß Heimgruppen eingerichtet werden, die nur solche Fälle aufnehmen. Wir kennen Anbieter, Träger von Heimeinrichtungen, die jetzt Konzeptionen verschicken zu Spezialgruppen oder Spezialheimen für §-35-a-Fälle. Wahrscheinlich sind die ganz und gar nicht geeignet, dem Integrationsgedanken und der **Eingliederung** zu dienen.

Andersherum muß die Vorgehensweise sein: für den Einzelfall, für das einzelne Kind zu gucken, was ist die erforderliche Grundversorgung und welche Zusatzleistungen muß man im Einzelfall schneidern und dazupacken, damit es an seinem Lebensort integriert werden und aufwachsen kann. Und eine Form, die im Falle stationärer Unterbringung Variationsmöglichkeiten bietet, sind Pflegestellen als Sonderformen, häufig

von Professionellen geleitet, die dann mit den notwendigen Therapie- und Beratungsangeboten ergänzt werden können.

Einzelne Elemente der strukturellen Versorgung haben wir nicht vertieft in der Arbeitsgruppe, weil der Schwerpunkt das Hilfeplanverfahren im Einzelfall war. Wir haben sie aber festgehalten auf dieser Nebentafel:



Dazu gehören psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, die gibt es in vielen Regionen. Es handelt sich um ein Forum von Fachorganisationen und Fachleuten in der Region, wo man zum Beispiel Zusammenarbeit, Zulassungsverfahren für ungewöhnliche Therapieanbieter und solche Sachen fachlich verabreden und vereinbaren kann. Vielleicht weil die Bezeichnungen sehr unterschiedlich sind, sind sie möglicherweise dem einzelnen Sozialarbeiter nicht bekannt, aber sie können eine Möglichkeit bieten, dort Fachdiskussionen zu führen und Verfahren zu vereinbaren.

Brigitte Martin: Mir ist wichtig, daß die Jugendhilfe darin Mitglied ist und mitarbeitet. Daß man das nicht den anderen überläßt, also dem Gesundheitswesen oder der Schulpolitik sondern sich als Jugendhilfe einmischt (zum Beispiel mit dem psychosozialen Arbeitskreis als „Runder Tisch“ im Landkreis).

Teilnehmerin: Wenn ich in unserer Stadt gucke, so werden 80 Prozent der an der Basis tätigen Sozialpädagogen sicher nicht wissen, wie das bei uns in der Stadt oder im Kreis heißt, und deswegen der Hinweis: Gucken, ob es vielleicht anders heißt.

Teilnehmerin: Bei uns ist so eine Arbeitsgruppe erst gegründet worden im September, und um ein Haar wäre das eine Sache der Erwachsenenpsychiatrie geworden. Und erst kurz bevor der Zug abfuhr, haben wir überhaupt davon erfahren und gerade noch sagen können: „Also bitteschön, vergeßt mal die Kinder und Jugendlichen und die Fachkollegen der Jugendhilfe nicht.“

Karl-Heinz Struzyna: Das trifft sicherlich auch in anderen Regionen zu. Die Frage der regionalen Versorgung, der Verfügbarkeit von Leistungen, von Anbietern in der Region ist hier nicht vertieft worden. Was das Jugendamt zum Beispiel anregen und dazu beitragen kann, daß bestimmte Leistungsangebote auch vor Ort entstehen. Das ist eine Frage der strukturellen Planung, die im Jugendhilfeausschuß behandelt werden sollte oder an Runden Tischen, an denen sich verschiedene Fachkräfte zusammenfinden, letztlich eine Frage der Jugendhilfeplanung und der Bedarfsermittlung in der Region.

Eine Bedarfsschätzung für Baden-Württemberg hat Frau Martin hier mal genannt, mit aller Vorsicht sicherlich, die ist so ausgefallen, daß rund 6,6 Prozent der Grundpopulation Leistungen im Rahmen seelischer Behinderung in Anspruch nehmen könnten.

Brigitte Martin: Wobei diese Auszählung direkt für Kinder von 0 bis 6,5 Jahren ist. Bei Schulkindern, also älteren Kindern kommen ja dann die kontrovers diskutierten Teilleistungsstörungen, zum Beispiel Lernbehinderungen. Es ist die Frage, ob man die alle unter seelischen Behinderungen nennt, oder ob man, zum Beispiel über Foren wie den Psychosozialen Arbeitsgruppen, dafür sorgt, daß sich die ja nun eh zuständigen Träger, wie zum Beispiel das Schulsystem, verstärkt darum kümmern sollen. Aber diese Schätzung, wer vom Prinzip davon erwartbar betroffen sein könnte, wären 6,6 Prozent der Kinder. Das andere wären dann Auslegungszahlen.

Teilnehmer: Wie war denn das Ergebnis in der Gruppe, die sich mit dieser Frage beschäftigt hat, wie kann man das denn da einordnen, wer hat denn das nach welchen Kriterien erhoben?

Brigitte Martin: Ich beziehe mich auf die Studie von Trost in Baden-Württemberg. Ich kann gern die Studie nennen, damit man sie sich bestellen kann: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, „Frühförderung in Baden-Württemberg“, Stuttgart, Reihe: Politik für Behinderte, Nr. 5.

Ich meine, man kann ja soweit gehen, wie der Lempp gegangen ist im 5. Jugendbericht, der einfach gesagt hat: 25 Prozent bis ein Drittel der Kinder sind verhaltensauffällig oder schwererziehbar und deshalb von seelischer Behinderung bedroht. Das hat er damals interessegeleitet gesagt, damit die Erziehungsberatungsstellen ausgebaut werden. Und deshalb denke ich, es wäre eine verdienstvolle Arbeit für Landesjugendämter, also Landesbehörden, dafür zu sorgen, daß mal wirklich gute und valide Daten erhoben werden, damit man überhaupt Planungszahlen hat.

Und Fegert weist ja auch immer auf dieses bestehende Kontinuum hin, angefangen von der, sagen wir mal ganz mageren Schätzung von 1,6 Prozent bis hin zu einer weiten Auffassung, wo sicher alle Hilfen nach § 27 drin sind und die ein Viertel bis ein Drittel ausmacht. Aber das wäre sicher mal ein Appell an die Länder, sich darum zu kümmern, auch damit die Jugendhilfe nicht in Panik gerät bei dem Gedanken, wieviel da auf sie zukommt.

Ich habe dann halt von uns die Zahlen genannt, wir haben 1.100 Fälle pro Jahr auf einen Einzugsbereich von 750.000 Einwohnern. Von diesen 1.100 Fällen kriegen wir nur 500 überhaupt in die differenzierte entwicklungspsychologische Diagnostik, und davon sind nur 10 bis 20 Prozent wirklich Fälle, wo wir mit der Jugendhilfe ganz eng zusammenarbeiten und Maßnahmen nach § 27 (3) beziehungsweise § 35 a vorschlagen.

Karl-Heinz Struzyna: Zurück zum Schaubild 3, zum Stichwort Diagnostik vor Ort: Wo immer möglich, wo immer Sie sich als Fachkräfte darauf einlassen können, gehen Sie dort hin, wo das Kind seine regelmäßige Umgebung hat, führen sie dort eine Diagnostik durch und isolieren Sie es nicht, bringen Sie es nicht in eine Sondersituation, setzen Sie es nicht unter Beruhigungsmittel und andere Drogen und gucken dann, ob Sie Auffälligkeiten feststellen können.

„Sozialraumbezogene Hilfen“ heißt noch ein Stichwort für die Integration am vorhandenen Lebensort. „Trennung von Diagnostik und Therapie“ weist darauf hin, daß derjenige, der als Gutachter, als diagnostizierende Stelle im Hilfeplanverfahren mitwirkt, nicht der gleiche sein soll, der hinterher die Leistung, die Therapie durchführt und abrechnet, weil sonst die Kontrolle kaum sinnvoll möglich ist.

„Das Hilfeplanverfahren ist justitiabel“ heißt, es ist im Gesetz vorgeschrieben und kann vom Gericht überprüft werden, und die Jugendhilfe tut gut daran, dieses Verfahren fachgerecht durchzuführen. Ein wesentliches Ergebnis ist, daß den Jugendämtern klar geworden ist, daß sie Herr des Verfahrens sind, sie entscheiden entsprechend dem Ergebnis der Hilfeplanung, und nicht der Psychiater alleine.

Nur mit fachgerecht durchgeführten Hilfeplanverfahren kann man sogenannten Fertigtgutachten entgegenwirken, die mitunter von gewinnorientierten Instituten den Eltern mitgegeben werden, und wo ihnen gesagt wird: „Damit müssen Sie zum Jugendamt gehen. Sagen Sie § 35 a, bestehen Sie auf Ihren Hilfeanspruch, zeigen Sie ins Gesetz, dann kann das Jugendamt gar nicht anders, als die Kosten zu übernehmen.“

Wir haben gestern gefragt in der Arbeitsgruppe: ungefähr zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten solche Erfahrungen in ihrer Region, das hat mich selber überrascht. Zwei Drittel der Teilnehmenden hatten Erfahrungen damit, daß Eltern mit Fertigtgutachten kamen, die das Jugendamt vor vollendete Ergebnisse stellen und in Bedrängnis bringen und hohe Kostenfolgen auslösen. Da hilft tatsächlich nur, ein fachgerechtes Hilfeplanverfahren durchzuführen in aller Freundlichkeit, aber auch in aller Konsequenz.

Es muß hier ein Hilfeplanverfahren, wie in anderen Fällen auch, eingeleitet werden. Die Ergebnisse des bereits - ohne Auftrag des Jugendamtes - angefertigten Gutachtens können in die Hilfeplanung einfließen, sofern der Anbieter das Gutachten hierfür kostenfrei zur Verfügung stellt. Das Hilfeplanverfahren muß sozialpädagogisch kompetent den Einzelfall in seinen sozialen Zusammenhängen analysieren und muß ergänzt werden durch zusätzliche Fachkompetenz. Häufig wird es der Psychiater sein, es kann fallbezogen aber durchaus auch die eigene oder eine freie Erziehungsberatungsstelle sein, die geeignet ist.

Teilnehmer: Manche Jugendämter haben wohl eigene medizinische oder psychiatrische Fachkräfte ...

Karl-Heinz Struzyna: Ich kann jetzt in der Kürze nur sagen, es gibt einzelne Jugendämter, bei denen einzelne Fachkräfte aus dem Gesundheitsamt in den Stellenplan des Jugendamtes überführt wurden oder denen ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer

Dienst zugeordnet ist, der aus Psychiater, Sozialarbeiter und Sprechstundenhilfe bestehen kann. Das ist zwar keine direkte KJHG-Aufgabe, aber die Zugliederung von anderen Diensten ist durchaus rechtlich und organisatorisch zulässig und möglich.

Teilnehmerin: Aber in der Praxis ist es doch eher der Einzelfall, zumindest was ich so weiß aus den neuen Bundesländern.

Teilnehmerin: Also wir haben gestern gesagt, wir sollten auf die Suche nach fachkompetenten Partnern gehen. Das wäre eigentlich sinnvoll.

Karl-Heinz Struzyna: Wir müssen immer schauen, was regional an Fachkompetenz verfügbar ist und versuchen, mit Gesundheitsämtern, Klinikambulanzen, geeigneten Beratungsstellen oder Universitätsinstituten zu kooperieren.

1. Impulsreferat der Arbeitsgruppe

BRIGITTE MARTIN

Sozialpädiatrisches Zentrum der Kinderklinik Lörrach

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Triade unserer Arbeitsgruppe Jugendamtsleiter, Vertreterin eines Landesjugendamtes und mir komme ich aus der Praxisecke; und hier einer ganz besonderen und speziellen!

Angesiedelt im südwestlichsten Zipfel der Republik im sogenannten Dreiländereck Frankreich-Schweiz-Bundesrepublik - im schönen Markgräflerland mit sonnenverwöhnten Weinen - arbeite ich seit nunmehr fünf Jahren in einem Sozialpädiatrischen Zentrum an der Kinderklinik des Kreiskrankenhauses des Landkreises Lörrach.

Mit dieser Institution versorgen wir gemäß § 119 SGB V die Landkreise Lörrach, Waldshut und Breisgau-Hochschwarzwald (südlich von Freiburg). Es handelt sich um ländlich strukturierte Landkreise mit einigen Klein- und Mittelstädten (Lörrach, Weil am Rhein, Waldshut, Müllheim, usw.). Außer in Freiburg (und über der Grenze dann wieder in Basel) gibt es bisher noch keine kinder- und jugendpsychiatrische Anstalt; eine Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kreiskrankenhaus ist derzeit im Aufbau.

Was ist ein Sozialpädiatrisches Zentrum?

Ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) ist eine interdisziplinär ambulant arbeitende Einrichtung; sie dient der Diagnostik, Behandlung und Förderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen sowie mit drohenden beziehungsweise manifesten Behinderungen. Behinderung wird hier verstanden als seelisch, geistig und körperlich. Das Aufgabenspektrum der Sozialpädiatrischen Zentren umfaßt die Entwicklungsrehabilitation, das heißt Frühdiagnostik, Frühtherapie, Frühförderung, Frühbetreuung; es steht unter Leitung eines Neuropädiaters - in der Sprache des KJHG § 36 Absatz 3: „*Ein Arzt, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügt*“.

Das Sozialpädiatrische Zentrum gehört also zum **Gesundheitssystem**, arbeitet aber eng mit anderen Stellen, insbesondere Frühförderstellen, sonderpädagogischen Beratungsstellen der Schulen, Kindergärten, Gesundheitsämtern und Jugendämtern zusammen.

Mit der Personalbesetzung in unserem SPZ versorgen wir jährlich circa 1.100 bis 1.200 Kinder (beziehungsweise Fälle inklusive des Familiensystems, des Helfersystems). Meistens werden die Kinder vom Kinderarzt überwiesen - das ist die Vorschrift -, in etwa einem Viertel der Fälle ist das Jugendamt entweder bereits beteiligt oder wird dann durch unsere Aktivitäten beteiligt. Nach langjährigen Erfahrungen (Auszahlungen der Fälle bezogen auf die Grundgesamtheit der Kinder zwischen null und 18 Jahren) versorgen wir circa 2,4 Prozent der Grundpopulation.

Es sei noch einmal wiederholt: insbesondere entwicklungs-diagnostische Förderung, Therapien, Beratung und Betreuung erfolgen dann von den niedergelassenen beziehungsweise institutionalisierten Helfersystemen.

Dem Sozialpädiatrischen Zentrum werden Kinder zugewiesen, die auffallen: bei den Vorsorgeuntersuchungen im Kindergarten, in der Schule oder auch im Milieu. Sie gehören üblicherweise zur Population der Risikokinder, die mit Risikofaktoren geboren wurden. Man rechnet, daß etwa 15 Prozent der Neugeborenen mit Risikofaktoren behaftet sind; diese sind insbesondere:

- Einwirkungen während der Schwangerschaft,
- Einwirkungen während der Geburt,
- Risiken während der Neugeborenenperiode, im Säuglings- und Kindesalter, (Erbanlagen und angeborene Erkrankungen),
- psychosoziale Faktoren,
- Kinder mit Entwicklungsverzögerungen in körperlicher, geistiger oder seelischer (emotional-sozialer) Art,
- und/oder Behinderungen (körperlich/geistig/seelisch).

(Definiton des Behindertenbegriffs gemäß § 3 Schwerbehindertengesetz: *„Behinderung im Sinne dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrigkeit ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht.“*)

Diesem „Behindertenbegriff“ bezogen auf das Lebensalter null bis sechs Jahre liegt mit der Studie von Trost „Frühförderung in Baden-Württemberg“, aus der Reihe: Politik für Behinderte, Nr. 5 von 1991 ein empirischer Anhaltswert zugrunde, gemäß dem etwa sechs Prozent der Kinder einer Altersstufe behindert beziehungsweise von Behinderung bedroht sind. Eingeschlossen sind hier auch 0,6 Prozent Kinder mit Lernbehinderungen einschließlich Erziehungshilfe und verhaltensauffällige Kinder sowie ein Prozent Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Risikokinder. Die größte Gruppe sind Kinder mit Sprachbehinderungen (drei Prozent).

Erinnert sei hier an das Modell von Speck, der die Diskussion zum § 35 a in den Kontext der sich überschneidenden Zuständigkeitsbereiche aus den drei Systemen **Gesundheitswesen/Schule/Jugendhilfe** stellt.

Gerade das Schulsystem hat sich in Baden-Württemberg sehr differenziert entfaltet, und erst in letzter Zeit unter dem Diktat der Sparbeschlüsse, beginnt sich die starke Differenzierung zugunsten des Integrationsgedankens etwas abzumildern.

Demgegenüber stellen wir als Folge der Auswirkungen der Gesundheitsreformgesetzgebung fest, daß viele der Kinder, denen wir innerhalb des Gesundheitssystems haben helfen können, zunehmend dort herausfallen.

So kommt aus meiner Sicht als Praktikerin in einem Sozialpädiatrischen Zentrum der § 35 a KJHG gerade zur rechten Zeit, damit das **System Jugendhilfe** Hilfen für die von seelischer Behinderung bedrohten beziehungsweise seelisch behinderten Kinder leisten kann.

Wie kommen die Fälle nach § 35 a zum SPZ beziehungsweise wie ist der Weg, über den das SPZ mit Fällen zum § 35 a KJHG betraut wird?

Die Fälle, die wir bisher mit der Jugendhilfe zusammen bearbeitet haben, lassen sich wie im folgenden beschrieben grob typisieren, wobei wir uns hier an der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10“, insbesondere an den Unterabschnitten F8 und F9 orientieren. F8 „Entwicklungsstörungen“, F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (sowie auch F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, zum Beispiel Eßstörungen, Schlafstörungen, usw.) und andere.

Typus Eins:

Zuweisung zum SPZ - Diagnostik im SPZ mit dem Ergebnis, daß

- die vorhandenen Förderungen, die das Kind erhält (zum Beispiel Familie, Kindergarten, Schule, Turnverein, etc.), nicht mehr ausreichend sind und
- die medizinisch zu verordnenden Hilfen nicht angebracht sind (Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik oder ähnliches) und
- der Fall nicht so gelagert ist, daß das Kind zum Beispiel in eine sonderpädagogische Einrichtung gehören würde.

Dann entwickeln wir im Diagnose- und Befundbericht einen Vorschlag, der die uns angemessen erscheinende Hilfeleistung für das Kind enthält, zum Beispiel Klangtherapie nach Tomatis oder heilpädagogisches Reiten oder Kinderpsychotherapie bei einer nicht im Delegationsverfahren anerkannten Heilpädagogin u.ä. Hierbei handelt es sich dann um ein Einzelantragsverfahren, eine Hilfe nach § 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.

Dies setzt natürlich voraus, daß die Eltern einverstanden sind und den Antrag beim Jugendamt stellen; nicht selten kommt es auch vor, daß wir unsererseits dem Jugendamt Mitteilung machen - und davon natürlich die Eltern unterrichten, da wir ansonsten das Wohl des Kindes gefährdet sehen (zum Beispiel bei Sprachverweigerung/Mutistischem Rückzug, auto-aggressivem Verhalten, Stereotypien im Verhalten, unklaren Angstzuständen).

In diesen Fällen profitiert das Jugendamt einfach von der größeren und intensiveren Kenntnis des therapeutischen Marktes, den wir als SPZ aufgrund unserer langjährigen Triagefunktion haben, womit *klarer und entschiedener gesehen* werden kann, ob die ambulanten Maßnahmen im Spektrum der §§ 27 ff. noch ausreichend sind.

Typus Zwei:

Das Jugendamt schaltet das SPZ ein im Rahmen der Hilfeplanung für Fälle, in denen das Jugendamt tätig ist.

Ebenfalls kommt hier wieder unsere größere diagnostische Erfahrung und Kenntnis der kindlichen Entwicklungsstörungen und Auffälligkeiten zum Tragen, die wir dann im Sinne einer Serviceleistung dem Jugendamt zur Verfügung stellen. Unter Kostengesichtspunkten bleibt natürlich auch hier das Jugendamt der Herr des Verfahrens, denn von dort müssen die Kosten übernommen werden.

Uns ist klar, daß das Jugendamt häufig die Fälle auch deshalb an uns überweist, um vorrangig diejenigen Maßnahmen auszuschöpfen, die im Medizin- beziehungsweise Gesundheitssystem finanzierbar sind, und die eigene Kostenübernahme gemäß § 35 a weitestgehend zu vermeiden.

Typus Drei:

Kinder, die sich in Kinderheimen gemäß §§ 27 ff. KJHG befinden, wobei das SPZ als „neutraler Dritter“ eingeschaltet wird, wenn es um die Fortschreibung der Hilfeplanung geht oder um Streitigkeiten mit den Personensorgeberechtigten bezüglich Rückführung oder weiterem Verbleib.

Auch hierzu nutzen wir die Unabhängigkeit, die uns die Zugehörigkeit zum Medizinsystem gibt, das oftmals (wie auch in den vorgenannten Fällen) tatsächlich als unabhängige Partei beziehungsweise der Gesundheit, dem Wohlergehen und der weiteren **Entwicklung des Kindes** verpflichtete Institution, **von allen Seiten** - also auch von den Eltern - **akzeptiert** wird. Hier ist zu bedenken, daß für die Diagnose die Eltern oder Personensorgeberechtigten beziehungsweise der Versicherte unsere direkten Auftraggeber sind, da wir auf Überweisungsschein arbeiten.

Werden wir von Kinderheimen herangezogen, so geraten wir öfter in die Position, daß wir dem Kinderheim nützen sollen, dortige Ansprüche gegen das Jugendamt als Kostenträger durchzusetzen (zum Beispiel die ambulante Erziehung im Heim zusätzlich durch unterstützende Maßnahmen wie heilpädagogisches Reiten, Töpferkurs oder ähnliche beschäftigungstherapeutische Maßnahmen zu fördern).

Hierbei haben wir auch schon den § 35 a in Verbindung mit § 35 so ausgedeutet, daß wir besonders auffälligen Heimkindern durch zusätzliche Übernahme von Einzelbetreuung im Heim den weiteren Verbleib im Heim ermöglichen und somit eine Verlegung und Ausstoßung haben ersparen können.

Typus Vier:

Zuweisungen vom Schularzt beziehungsweise dem Gesundheitsamt bei Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit Einschulungsfragen auftreten.

Dieser Auftrag zur Diagnostik sieht häufig sehr harmlos aus, da es sich lediglich um die Stellungnahme zur Frage „Schulreife oder nicht“ beziehungsweise „Schulzurückstellung - warum?“ oder Einschulung in besondere Schularten (Sonderschulen) handelt.

Bei unserem besonderen Zugang (familienorientiert, systemisch, interdisziplinär) decken wir aber auch bei diesem Falltypus öfter Verhältnisse auf, die bedeuten, daß das Kind seelisch gefährdet ist - und somit den Tatbestand § 35 a KJHG erfüllen.

Diese Kinder sind häufig entweder zu selten in den Kindergarten gegangen oder auch wegen des randständigen Milieus noch nicht im Jugendamt aufgefallen. Es sind Kinder mit sensorisch und emotional deprivierenden frühkindlichen Bedingungen.

Entwicklungsbeeinträchtigungen fallen zuerst im Sprachbereich auf. Hier haben wir schon häufig gute Erfahrungen gemacht mit dem Vorschlag gemäß 35 a, die sogenannte **Sprachgestaltungstherapie** nach dem anthroposophischen Ansatz zu leisten, um die drohende seelische Behinderung des Kindes aufzufangen und es dann auf diese Weise schulfähig zu machen, und um es dann in sonderpädagogische Maßnahmen eingliedern zu können; die Jugendhilfe ist dann mit ihrer Leistung wieder draußen.

Typus Fünf:

Zuweisung von Sonderkindergärten, weil das pädagogische Therapieangebot in Sonderkindergärten hin und wieder im Einzelfall nicht ausreicht, um die gesamte Entwicklung des Kindes sicherzustellen und es der drohenden seelischen Behinderung zu ent-

ziehen (dies zum Beispiel bei Eltern, die selbst in Drogenentzug, Alkoholentzug, psychiatrischen Erkrankungsphasen stecken beziehungsweise sich noch in Rehabilitation und Reintegration in die Gesellschaft befinden). Wie vorne bereits erwähnt, liegen unseren Diagnosen die ICD-10-Kriterien zugrunde. Für unsere Beschreibung achten wir auf alle Risikofaktoren in der bisherigen Entwicklung eines Kindes, nämlich Faktoren

- im Kind selbst,
- innerhalb seines Familiensystems und
- bezogen auf die psychosozialen und sozio-demographischen Ausgangslagen.

In unserer Wohngegend gibt es auch einen hohen Anteil an Asylbewerbern, Aussiedlern, Übersiedlern, grenzübergreifenden oder gemischtnationalen Ehen, die in internationalen Streitigkeiten liegen, wo diese besonderen sozio-demographischen Merkmale die Identitätsentwicklung und Persönlichkeitsbildung des Kindes gefährden und es in seinen Sozialisationsbedürfnissen oftmals lange Zeit unberücksichtigt geblieben war.

Unsere Zusammenarbeit mit dem Jugendamt - und somit unsere Mitwirkung bei der Erstellung des Hilfeplanes, der Änderung des Hilfeplans und der Durchführung der Hilfe gemäß § 36 Absatz 3 für §-35-a-Fälle beziehen wir also gerade aus unserem Kompetenz-Kontext als Angehörige des Gesundheitssystems.

Aus dem ganzen Spektrum und Kontinuum von Fällen von entwicklungsverzögerten Kindern bis zu geistig, seelisch und/oder körperlich behinderten Kindern können wir zu den Störungen, den § 35 a betreffend, überzeugende Argumente und begründete Sichtweisen liefern, die bisher weitestgehend auch akzeptiert wurden.

Kooperation braucht Kommunikationsstrukturen

Über die konkrete Zusammenarbeit bei einem Einzelfall hinaus gibt es im Landkreis den psychosozialen Arbeitskreis und sogenannte Runde Tische, in denen alle in der Frühförderung oder sozialtherapeutisch Tätigen im Landkreis zusammenkommen, Erfahrungen austauschen und auch den Versuch machen, politische Handlungsperspektiven zu thematisieren.

Üblicherweise stellen sich Therapeuten, die sich neu niederlassen, öffentlich vor und laden alle möglichen Kooperationspartner zur Vorstellung ein, so daß die Behandlungsformen und Therapieansätze bekannt, nachvollziehbar und auch einer gewissen Überprüfung zugänglich sind.

Bei Fällen, in denen das SPZ an der Hilfe und Therapieplanung beteiligt ist, führen wir üblicherweise nach einem halben bis einem Jahr Kontrolluntersuchungen durch, die dann in einer gemeinsamen Helferkonferenz (durchführender Therapeut, Kostenträger/Jugendamt, SPZ, unter Umständen auch Eltern oder Heimträger/Kindergarten) durchgesprochen und in der möglicherweise erforderliche Änderungen beschlossen werden.

Strittige oder exotische Therapieansätze werden von uns im Rahmen unserer Hilfeplanung nicht belegt oder vorgeschlagen, da wir uns einem verantwortbaren öffentlichen Interesse verpflichtet fühlen.

Gleichwohl besteht auch hierfür ein Markt, der dann eben auf Selbstzahlerbasis in Anspruch genommen werden kann.

Selbstverständlich ist uns auch bekannt, daß das Jugendamt durchaus die „Freiheit“ hat, unsere Vorschläge zu boykottieren, zu unterlaufen und zunichte zu machen: Ein Faktor, der dabei wesentlich ist, sind zeitliche Verzögerungen in der Fallbearbeitung; häufig werden die Fälle dann amtsintern mit immer wieder neuen Fragestellungen oder Aufgabenstellungen herumgereicht, um der Entscheidung zu entgehen. Bisher hat in unserem Zuständigkeitsbereich noch kein Personensorgeberechtigter ein Beschwerdeverfahren eingeleitet. Für Fälle, für die wir uns mit unserer Institution besonders einsetzen, üben wir die Praxis der monatlichen Wiedervorlage des Falls und unterstützen den Antrag der Erziehungsberechtigten gemäß § 35 a für ihr Kind in der Weise, daß wir selbst dem Jugendamt keine Ruhe lassen und immer wieder rückfragen.

In diesen kleinflächigen, überschaubaren Strukturen der ländlichen Region im Landkreis bauen wir aber auf Kooperation statt Konflikt und bauen auch darauf, daß die fachliche Leistung, die das SPZ in Diagnostik, Therapie und Fallberatung zu erbringen vermag, für die Partner unverzichtbar ist und deshalb auch ernstgenommen wird.

Ausblick

Erstens: Mir scheint, der § 35 a ist dazu angetan, eine „Zeitenwende in der Jugendhilfe“ einzuläuten.

Deutlicher als bisher wird sichtbar, daß Jugendhilfe im gesamtkontextuellen Rahmen zwischen Gesundheit, Pädagogik und Sozialpolitik steht, und - damit die Einzelfälle als Problem nicht in den Drehtürmechanismus geraten - könnte Jugendhilfe als Herr des Verfahrens gemäß § 35 a zum Wohle des Kindes und zur Abwendung der drohenden seelischen Behinderung die Hilfe und Entwicklung leisten lassen, die „hilft“!

Zweitens: Es erscheint mir hierzu notwendig, daß die Jugendhilfe/Sozialarbeit erneut in ihrer professionellen Geschichte einen Blick über den Zaun der eigenen Kompetenzen richtet, und sich vertraut macht mit der besonderen - medizinisch, psychologisch und psychiatrisch begründeten - Sichtweise der Störungsbilder zur „seelischen Behinderung“.

Noch einmal sei betont: „Man sieht nur, was man weiß“, und damit die Sozialarbeit mitreden, mitwirken, mitgestalten kann bei den Maßnahmen nach § 35 a, die die drohende seelische Behinderung des Kindes abwenden, muß sie sich hier kundig machen.

Aus meinem Erfahrungshintergrund eines Sozialpädagogischen Zentrums würde ich mir wünschen, daß sich dabei der Blick nicht zu sehr auf die „rein psychiatrischen Erscheinungsformen“ einengt, sondern die psychiatrischen Auffälligkeiten als **Entstehungsgeschichten** begriffen werden, die auch einem Entwicklungsprozeß unterliegen, der, schon bevor „das Kind in den Brunnen gefallen ist“, abgewendet werden könnte.

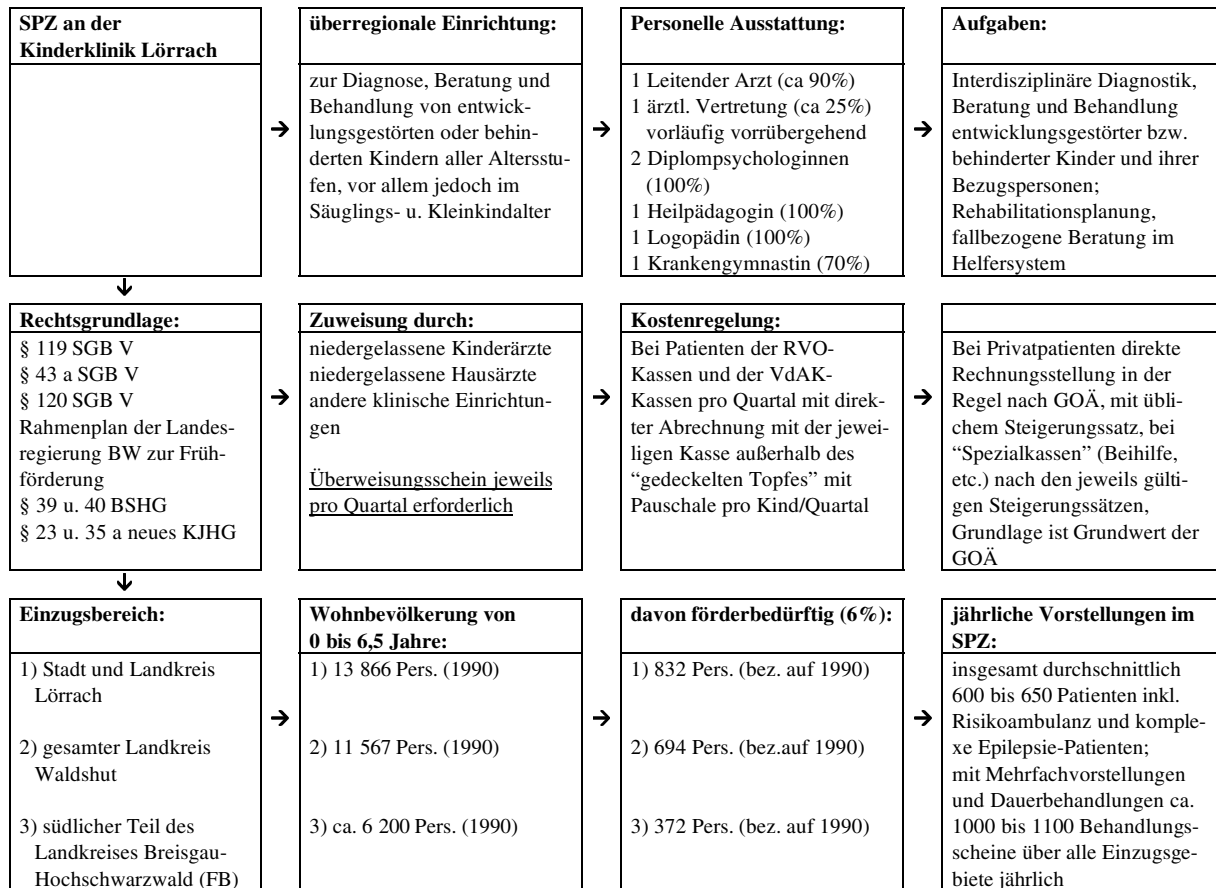
Dies zu tun ist sicherlich der Geist des § 35 a.

Nachfolgende Schautafeln mögen die Arbeit des SPZ verdeutlichen:

Sozialpädiatrisches Zentrum, Kinderklinik Lörrach - Gegenwärtige Situation

Das Sozialpädiatrische Zentrum an der Kinderklinik Lörrach ist unselbständiger Bestandteil der Kinderklinik, ohne den Status einer Abteilung. Mit Beschluß der Schiedskommission vom 15.12.1990 wurde dem SPZ Lörrach die Institutsermächtigung zugesprochen.

Laut Planung und Beschlußfassung der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Situation der Frühförderung in Baden-Württemberg ist das SPZ Lörrach als überregionale Diagnose-, Beratungs- und Behandlungsinstitution für entwicklungsgestörte beziehungsweise behinderte Kinder fester Bestandteil der Schwerpunktversorgung im Bereich Hochrhein (Landkreise Lörrach und Waldshut).



In seiner bisherigen Arbeit sah sich das SPZ Lörrach gezwungen, aus personellen Gründen den wesentlichen Teil seiner Klientel altersmäßig zu beschränken. So sind mehr als 70% unserer Patienten aus der Altersgruppe 0 bis 7,0 Jahre zu finden. Bei den nur knapp 30% der älteren Kinder handelt es sich zudem vorwiegend um Patienten, die wegen Anfallserkrankungen oder anderer schwerwiegender neurologischer oder medizinischer Störungen in ambulanter Dauerbehandlung beziehungsweise Langzeitkontrolle bleiben.

Besonderes Augenmerk wollen wir auf den hohen Anteil (und auch auf die selbstverständliche Möglichkeit) an interdisziplinärer Arbeit auf allen Ebenen unserer Tätigkeit richten. Insbesondere diese Möglichkeit ist unverzichtbarer Bestandteil sozialpädiatrischer Diagnostik, Beratung und Behandlung.

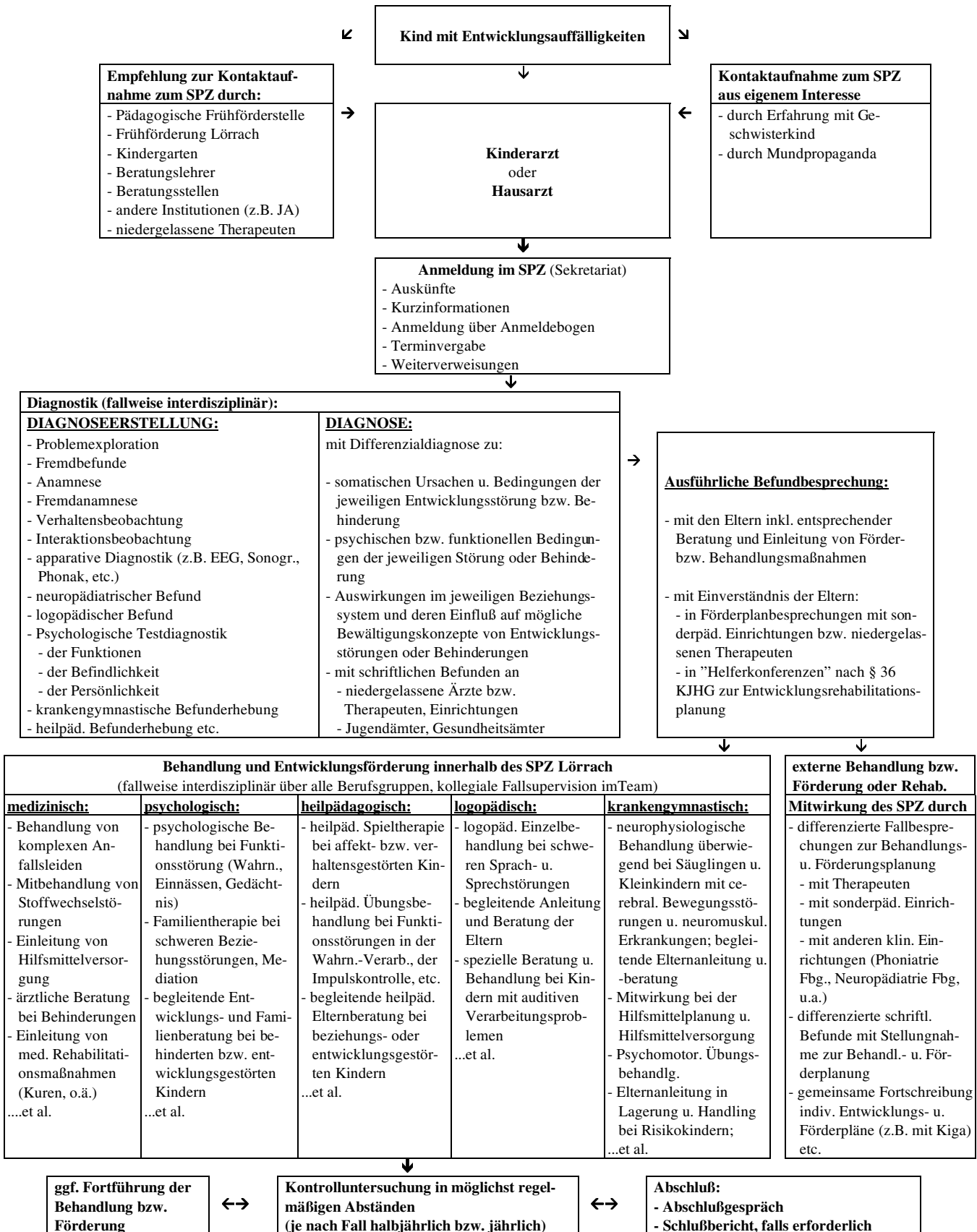
Der daraus erwachsene "Gewinn" für Patienten und Mitarbeiter durch kurze Wege, ständige gegenseitige Weiterqualifizierung und hohe Beratungskompetenz wird allerdings durch den enorm hohen Arbeitsanfall immer wieder eingeschränkt.

Dies zeigt sich deutlich in den Wartezeiten allein für Untersuchungen, die im Durchschnitt bei zwei Monaten liegen, im psychologischen Dienst bei vier bis fünf Monaten.

Eine personelle Erweiterung des SPZ nach langem Warten ist jetzt bald Realität. Die unbedingt notwendige Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten im SPZ durch qualifizierte Ergotherapie ist jetzt verwirklicht.

Zudem wird auch die Logopädie-Stelle zum 1.12.1996 wieder besetzt.

Sozialpädiatrisches Zentrum, Kinderklinik Lörrach - Schematische Darstellung der Arbeit



Sozialpädiatrisches Zentrum - Kinderklinik Lörrach

Arbeitsbereiche des SPZ in seiner Funktion als überregionales Diagnose- und Behandlungszentrum

Unterricht in der Kinderkrankenpflegeschule	Mitarbeit in Fachgremien der Frühförderung
<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - im medizinischen Bereich - im logopädischen Bereich - fallweise im psychologischen Bereich 	<p>z.B.:</p> <p>Gremien nach der Rahmenkonzeption der Landesregierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachausschuß Fbg. - Fachausschuß WT - Fachausschuß LÖ <p>- AG Frühförd. Südbaden (freie Träger)</p> <p>- AG Frühförd. Landkreis LÖ beim Staatl. Schulamt</p>
Im Rahmen der dienstlichen Aufgaben bisher schon regelmäßig tätig	

Öffentlichkeitsarbeit und Informationen für komplementäre Dienste	Fort- und Weiterbildung für andere in der FF tätige Berufsgruppen
<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - themenzentrierte Vorträge in Kindergärten, bei Elterninitiativen, etc., nur auf besonderen Wunsch (z.B. zu Aggressivität, Vulnerabilität, etc.) - Teilnahme an Informationsveranstaltungen für uns wichtiger anderer Einrichtungen 	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung in differ. Testdiagnostik - Interinstitutioneller Erfahrungsaustausch (z.B. Psychosoziales Forum) - themenzentrierte Vorträge und/oder Workshops (z.B. Wahrnehmungsdiagnostik, Differenzialdiag. bei V.a.MCD, Interaktionsstörungen, etc.)
Notwendige und zunehmend vermehrt nachgefragte Aufgaben, die jedoch aus Zeitmangel nur sporadisch in Angriff genommen werden können.	

2. Impulsreferat

DR. IRMGARD ATHENSTÄDT

Sachgebietsleiterin Besondere Dienste am Jugendamt der Stadt Potsdam

Als ich gefragt wurde, ob ich in einem Beitrag zum Workshop zu diesem Thema unsere Erfahrungen bei der Gestaltung des Hilfeplanungsprozesses für seelisch behinderte Kinder darlegen könnte, hatte ich sehr zwiespältige Gefühle.

Ich selbst habe Probleme mit dem Begriff der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen. Wie viele andere Fachleute der Jugendhilfe vertrete auch ich die Auffassung, daß eine Abgrenzung von den Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. KJHG von uns betreut werden, kaum möglich ist. Seelische Behinderung zeigt sich wie bei vielen anderen Fällen in der Jugendhilfe in Form des abweichenden Verhaltens. Wo gibt es Unterschiede zwischen verhaltensauffälligen, „schwierigen“ und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen? Wie viele „unserer“ Kinder und Jugendlichen sind in ihrer Seele verletzt, ohne daß im eigentlichen Sinne von einer seelischen Krankheit gesprochen werden kann? Vielen unserer Kinder und Jugendlichen fällt es schwer, sich in ihr soziales Umfeld einzugliedern und geltende Regeln der Gesellschaft einzuhalten. In der Jugendhilfe gilt für alle gleichermaßen, entsprechend dem Bedarf die notwendige und richtige Hilfe zu finden und zu gewähren. Dies schließt therapeutische Hilfen ein, wobei auch bei diesen Hilfen immer die sozialen und familiären Bedingungen zu sehen sind und pädagogische Maßnahmen getroffen werden müssen.

Ich kenne aus meiner Praxis im ASD kaum einen Fall, wo wir „nur“ wegen einer „seelischen Behinderung“ gemäß der Definition tätig wurden. Immer spielten auch Fragen der Erziehung eine Rolle.

Die Empfehlungen des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg bieten deshalb für uns eine gute Arbeitsgrundlage: *„Für die Bewilligung einer spezifischen Hilfe für ein Kind beziehungsweise einen Jugendlichen mit besonderen Schwierigkeiten und möglicherweise auch psychiatrisch zu definierenden Auffälligkeiten ist eine Zuordnung zum Personenkreis der seelisch Behinderten nicht erforderlich, da die Hilfen nach §§ 27 ff. SGB VIII eine hinreichende und das Jugendamt in vollem Umfang verpflichtende Rechtsgrundlage für diese Hilfen darstellen. Sie bieten auch die notwendige Flexibilität bei der Ausgestaltung und bei der Berücksichtigung spezifischer zum Beispiel therapeutischer oder heilpädagogischer Aspekte der Hilfe.“*

Dies wird auch in der Arbeitsanweisung zum Inhalt und Verfahren nach § 36 KJHG (Mitwirkung, Hilfeplan) deutlich, nach der im Jugendamt Potsdam seit 1995 gearbeitet wird. Bei Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 36 a KJHG) ist danach zu verfahren.

Die Einbeziehung in den Hilfeplanungsprozeß läßt das geforderte fachübergreifende Zusammenwirken sowie die fachliche Verständigung aus sozialpädagogischer, medizinisch-psychiatrischer, rechtlicher und finanzpolitischer Sicht zu, fordert es regelrecht heraus.

Karl-Heinz Struzyna formulierte als ein Ziel bei der Arbeit mit dem § 35 a KJHG: *„Aufgabe der Fachkräfte bei der Anwendung des § 35 a KJHG ist die Qualifizierung des Diagnose- und Hilfeplanungsprozesses und der zu erbringenden Jugendhilfeleistung durch strukturiertes Handeln in multiprofessioneller Kompetenz unter Federführung des Jugendamtes.“*

Für dieses Ziel setze ich mich bei uns im ASD bei der Gewährung aller Hilfen besonders ein. Insofern glaube ich, daß ich in dieser Arbeitsgruppe Erfahrungen zum obigen Thema einbringen kann, obwohl ich nicht der „Spezialist“ für den § 35 a KJHG bin.

Die Frage, ob Hilfeplanung bei § 35 a fachlich und rechtlich immer geboten ist, wurde bei uns im Jugendamt eindeutig mit „Ja“ beantwortet.

Bei meinen weiteren Ausführungen gehe ich von einem idealtypischen Ablaufschema bezüglich des Hilfeplanungsprozesses aus, das allen bekannt sein müßte.

Als erste Frage tritt dabei auf, wer **Anlaufstelle** für die Klienten ist und wie das Problem bekannt wird.

Anlaufstellen sind neben dem Jugendamt vor allem das Gesundheits- und Sozialamt sowie das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ). Manchmal befinden sich auf Wunsch der Eltern Kinder und Jugendliche bereits in der Psychiatrie, und von den dortigen Ärzten oder Sozialarbeitern wird weiterer Hilfebedarf signalisiert.

Immer häufiger kommt es vor, daß durch eine Hilfe zur Erziehung (zum Beispiel Familienhilfe, Tagesgruppe, Heimerziehung) ein zusätzlicher Bedarf an Hilfe im Sinne des § 35 a KJHG erkennbar wird.

Da in dieser ersten Phase Zuständigkeiten oftmals noch nicht klar sind, erstellen die Anlaufstellen eine **sozialpädagogische Analyse beziehungsweise Diagnose**, um den Hilfebedarf festzustellen. Parallel dazu erfolgt die Beratung der Anspruchsberechtigten.

An dieser Stelle ein Exkurs zu Fragen der **Spezialisierung im ASD** unseres Jugendamtes. Eine zu starke Spezialisierung steht der Forderung gegenüber, ganzheitliche Hilfe zu leisten. Andererseits können Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter heute keine „Allroundgenies“ sein. Wichtig ist, das richtige Maß der Spezialisierung und bestmögliche Formen der Kooperation und Kommunikation zu finden.

Neben den allgemein üblichen Spezialdiensten haben sich bei uns einige Sozialarbeiterinnen entsprechend ihren Interessen auf einem bestimmten Fachgebiet besonderes Wissen angeeignet. Sie wirken als Multiplikatoren im ASD und bieten in schwierigen Einzelfällen den anderen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern Unterstützung an. Eine Mitarbeiterin im ASD hat sich auf dem Gebiet der Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen, einschließlich der seelisch Behinderten, spezialisiert.

Wäre die Jugendhilfe für alle behinderten Kinder und Jugendlichen zuständig, wäre für diesen Bereich sicherlich ein Spezialdienst denkbar.

In Berliner Jugendämtern ist die Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen anders geregelt. Durch unsere territoriale Nähe zu Berlin entstehen bezüglich der Verfahrensweise deshalb im Einzelfall häufig Probleme.

Bei der sozialpädagogischen Analyse seitens des Jugendamtes werden bei Fällen, in denen es um die Eingliederung behinderter Kinder und Jugendlicher geht, oftmals die Kollegin mit ihrem Spezialwissen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialamtes einbezogen beziehungsweise entsprechende Gutachten und Stellungnahmen eingeholt.

Wird in der ersten Phase der Diagnose beziehungsweise Analyse erkennbar, daß Hilfe nach §§ 27 ff. oder 35 a KJHG erforderlich erscheint, ist immer das zuständige Jugendamt einzubeziehen.

Wir wünschen uns bereits zu diesem Zeitpunkt ein gemeinsames Gespräch mit den entsprechenden Fachleuten, dem zuständigen Arzt, Therapeuten oder Psychologen beziehungsweise Mitarbeitern des Gesundheits- oder Sozialamtes. Der Gesetzgeber schreibt dieses **Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte** im § 36 KJHG vor und verlangt bei Hilfen nach § 35 a KJHG ausdrücklich die Beteiligung eines Arztes. In der Praxis bedeutet dies eine ungewohnte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie setzt gegenseitige Akzeptanz und Anerkennung unterschiedlicher Professionen voraus. Ärzte und Psychologen müssen sich eventuell von Privilegien verabschieden, Sozialarbeiter mehr Fachkompetenz und Selbstbewußtsein erlangen. Auch für die Eltern bedeutet dieser Prozeß ein Umdenken. Es geht nicht mehr nur darum, „Verordnungen und Anweisungen“ des Arztes ohne weiteres zu akzeptieren und zu befolgen, sondern sie sollen aktiv bei der Hilfeplanung mitwirken, ihre eigenen Ressourcen erkennen und Ideen einbringen.

Das Jugendamt bestimmt federführend, welche Maßnahmen im Einzelfall geeignet sind und wie sie umgesetzt werden sollen. Es kann diese Hilfen aber nicht selbst leisten und muß sich deshalb mit den entsprechenden Einrichtungen arrangieren.

Natürlich sind wir ärgerlich, wenn ohne diesen gemeinsamen Dialog und ohne unser Mitwirken die anderen Stellen (zum Beispiel Fachkräfte in den Krankenhäusern) bereits Hilfen ausgesucht haben (zum Beispiel konkrete Heime), die Eltern und Kinder ganz stark für diese Einrichtungen motiviert worden sind und wir als Jugendamt lediglich die Kostenerstattung zusichern sollen.

Formal beugen wir dieser Vorgehensweise etwas vor, indem in unserem Jugendamt Hilfen nach § 35 a KJHG nur gewährt werden, wenn ein unabhängiges ärztliches Gutachten des Gesundheitsamtes Potsdam vorliegt. (Natürlich stellt sich dabei die Frage, inwieweit wir selbst die Fachlichkeit anderer Stellen akzeptieren!)

In letzter Zeit traten bei den „normalen“ Fällen selten Probleme auf. Die Zusammenarbeit mit den anderen Fachstellen, die Anwendung der Hilfen nach §§ 27 ff. sowie die Durchsetzung des Hilfeplanverfahrens haben sich bewährt.

Schwierigkeiten gibt es bezüglich der Zuständigkeit weiterhin bei den Grenzfällen und bei den Mehrfachbehinderungen. Hier spielen vorrangig Fragen der Finanzierung eine Rolle, aber auch Probleme bei der Findung einer richtigen Hilfe und einer Einrichtung, die diese Hilfe leisten kann.

In der Stadtverwaltung Potsdam findet sich für diese „schwierigen“ Fälle bei Bedarf eine Arbeitsgruppe zusammen. Zu dieser Gruppe gehören eine Mitarbeiterin der Wirtschaftlichen Jugendhilfe, Mitarbeiterinnen des ASD des Jugendamtes, Mitarbeiter des Sozialamtes und des Gesundheitsamtes. Hier sollen vorerst die Zuständigkeiten geklärt und finanzielle Rahmenbedingungen abgesteckt werden.

In der Phase der Diagnostizierung, bei der Beratung der Eltern und Kinder sowie in den Fachgesprächen sind Aushandlungsprozesse von entscheidender Bedeutung. Erst wenn bezüglich des Hilfebedarfs, der Zuständigkeiten, der geeigneten und möglichen Hilfe(n) ein Konsens erzielt wurde, ist es sinnvoll, das **Hilfeplangespräch** durchzuführen.

Teilnehmer des Hilfeplangesprächs sind:

- die Anspruchsberechtigten,
- die zuständige Fachkraft des Jugendamtes,
- wichtige Personen aus dem Umfeld des Kindes oder Jugendlichen,
- Fachkräfte der Dienste und Einrichtungen, die die Hilfe(n) erbringen.

In diesem Gespräch werden unter Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen Ziele der Hilfe abgesteckt, zeitliche Vorstellungen festgelegt und Termine für weitere Beratungen abgestimmt.

Diese Festlegungen finden Niederschlag im **Hilfeplan**.

Der Hilfeplan sollte unbedingt enthalten:

- eine Problemanalyse und die derzeitige Situation,
- den Bedarf aus sozialpädagogischer und medizinischer Sicht,
- die Hilfeart einschließlich Beginn und Dauer,
- die Leistungen, die alle Beteiligten erbringen sollen,
- Festlegungen zur Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Für mich ist der Hilfeplan nicht gleichzusetzen mit einem Therapieplan bei einer Therapie oder einem Erziehungsplan bei Hilfe in einer Einrichtung der Jugendhilfe. Der Hilfeplan kann dafür nur der Rahmen sein.

Beispiel:

Ein hyperaktiver Junge wird im Sozialpädiatrischen Zentrum betreut. Die Psychologin fragt im Jugendamt an, welche weiteren Hilfen in diesem Fall denkbar wären. Telefonisch wurden die derzeit möglichen Hilfen genannt und der Verfahrensweg besprochen. Die Psychologin informierte darüber die Mutter. Es fand ein erstes gemeinsames Gespräch zwischen Mutter und Sohn, Psychologin und Sozialarbeiterin des ASD im SPZ statt. In einer Teamberatung wurde mit der Psychologin des SPZ über mögliche Hilfen diskutiert.

Neben der weiteren Beratung im SPZ schien der Einsatz eines männlichen Familienhelfers günstig. Mutter und Sohn waren damit einverstanden, ein Helfer wurde der Familie vorgestellt. In einem gemeinsamen Gespräch zwischen Mutter und Sohn, der Psychologin vom SPZ, dem Familienhelfer und der Sozialarbeiterin wurden die Aufgaben und Ziele der Hilfe besprochen und voneinander auch abgegrenzt. Der Familienhelfer hält

ständigen Kontakt zur Psychologin im SPZ und erhält von ihr auch Hinweise zum Umgang mit dem Jungen. Verlaufskonferenzen sind halbjährlich geplant.

Durchführung

Wir haben bisher Hilfen nach § 35 a KJHG vorwiegend im Rahmen der Hilfen zur Erziehung gewährt und dafür selten gesonderte Hilfen/Einrichtungen in Anspruch genommen, auch deshalb, weil ansonsten bezüglich der Finanzierung Schwierigkeiten entstehen. Es wird aber immer deutlicher erkennbar, daß sich ambulante und stationäre Hilfen stärker auf eine „schwierige“ Klientel einstellen müssen und dafür besonders qualifizierte Fachkräfte erforderlich sind. Es gibt Abschiebetendenzen, Wechsel der Hilfen wegen Überforderung und Heimverlegungen, weil Kinder und Jugendliche „nicht in die Gruppe passen“ oder „andere Kinder gefährden“. Auch Psychiatrien schicken aus diesen Gründen Jugendliche zurück!

Verlaufskonferenzen sollen im Rahmen des Hilfeplanungsprozesses überprüfen, ob die Hilfe die geeignete Hilfe war, ob und mit welchen Zielen sie weitergeführt werden soll oder ob und wann die Hilfe beendet werden kann. Hier fehlt es uns im Amt noch an Erfahrungen, vielleicht auch am Verständnis im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Teils werden Erfolge zu schnell erwartet, teils fehlt uns das Fachwissen, unnötig lange Therapien auch zu beenden. Hier brauchen wir wieder die Kooperation mit den Fachkräften anderer Disziplinen.

Arbeitsgruppe zum Thema:

Zusammenarbeit der Jugendämter mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie mit Diensten und Einrichtungen, die im Rahmen des § 35 a tätig werden

Institutionelle und fachliche Zusammenarbeit, Bedeutung von und Umgang mit Diagnosen, Strukturen der Zusammenarbeit

1. Impulsreferat der Arbeitsgruppe

HAGEN WINTER

Institut für Soziale Praxis (ISP) beim Rauhen Haus, Hamburg

Zusammenfassung

Es wurden zwei unterschiedliche Aspekte behandelt:

1. In einem Einführungsreferat wurden die Teilnehmer zunächst bekannt gemacht mit einer - selbst unter Ärzten - sehr umstrittenen Einführung des Begriffs „psychische Auffälligkeit“: die Studie von REMSCHMIDT und WALTER zur Verbreitung psychischer Auffälligkeiten bei Schulkindern. Deren Ergebnisse werden kontrastiert mit Auffassungen von FEGERT, der einen Ansatz vertritt, der stärker auf Kooperation mit sozialpädagogischen Fachkräften ausgerichtet ist.

Der Ansatz von REMSCHMIDT und WALTER, die seelische Beeinträchtigung mit Hilfe der **Child Behavior Check List** zu konzipieren, wird für die Jugendhilfe als ungeeignet und unergiebig kritisiert. Insbesondere wird dargestellt, daß die CBCL für Praktiker ungeeignet ist, weil sie nicht einmal einfachen Trennschärfenanforderungen genügt, um zwischen Jugendlichen, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden und solchen, die nicht behandelt werden, zu differenzieren. Noch schwerwiegender für Sozialpädagogen aber ist der Umstand, daß sich aus der CBCL keine Handlungsstrategien für die Jugendhilfe entnehmen lassen.

Das Lernziel dieses Seminarabschnitts besteht darin, ein eigenständiges Problembewußtsein sozialpädagogischer Fachkräfte zu entwickeln und eine originär sozialpädagogische Position gegenüber den Phänomenen seelischer Behinderung zu entfalten.

2. Im zweiten Teil des Seminars nehme ich einzelne Thesen von FEGERT auf, nach denen es eine Vielzahl von Krankheitsbildern unter dem Sammelbegriff „seelische Behinderung“ gibt.

Ich problematisiere vor diesem Hintergrund die Frage, ob es vernünftig ist, Spezialeinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung aufzubauen. Es wird die Position vertreten, daß an die Stelle spezialisierter Einrichtungen besser ein Konzept „flexibler Hilfen“ treten sollte, bei dem nicht in Konzepte gegossene Angebote zur Verfügung stehen, sondern lernfähige Organisationen geschaffen werden, die sich individuellen Bedarfen anpassen können.

Dieses Konzept, daß in seinen Grundzügen unter dem Begriff „flexible Erziehungshilfen - Jugendhilfestationen“ bekannt geworden ist, wird ausführlich dargestellt. Es hat gegenüber anderen Ansätzen vor allem die Vorteile, daß es ortsnah gestaltet werden kann, die Unterstützungsressourcen der Gemeinwesen integriert und sich durch geringe Ausgrenzungstendenzen auszeichnet. Es kann zudem der individuellen Entwicklung der betreuten Kinder und Jugendlichen Rechnung tragen, ohne den befürchteten Beziehungsabbruch herbeizuführen.

In einem letzten Abschnitt des Seminars wird dargestellt, welche Schritte bestehende Einrichtungen einleiten können, um an Flexibilität zu gewinnen und sich somit auch dem Kreis der seelisch beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen zuwenden zu können.¹

¹ Anmerkung des Herausgebers:

s. auch: Jörg M. Fegert, Seelische Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen - Definition und Abgrenzung, in: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.), Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe, Berlin 1995 (Aktuelle Beiträge zur Kinder und Jugendhilfe, Band 1).

s. auch Anhang: Hagen Winter, Vorabdruck eines Vortrags anlässlich der Fachtagung vom 18. und 19. Oktober 1996 in Bogensee, in: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.), Flexibilisierung und Steuerung im Bereich der Hilfen zur Erziehung, Berlin 1996 (Aktuelle Beiträge zur Kinder und Jugendhilfe, demnächst veröffentlicht).

2. Impulsreferat der Arbeitsgruppe

HELGA SCHMIDT-NIRAESE

Leiterin des ASD, Jugendamt der Stadt Mannheim

In Baden-Württemberg ist die Zuständigkeit für „seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte junge Menschen“ durch landesrechtliche Regelung bereits seit dem 1.1.1991 (Neufälle) beziehungsweise dem 1.1.1992 (Altfälle) auf die Jugendhilfe übergegangen.

In Mannheim hat sich dieser Zuständigkeitswechsel fast unbemerkt vollzogen. Dies mag daran liegen, daß zum einen Eingliederungshilfen für behinderte Kinder und Jugendliche organisatorisch seit langem dem Jugendamt in einem eigenen Sachgebiet zugeordnet sind und zum anderen Ausgestaltung von Erziehungshilfen auch für seelisch verletzte und beeinträchtigte Kinder und Jugendliche bereits zu Zeiten des JWG im Rahmen der Amtskonferenz (Hilfeplankonferenz) in enger Kooperation mit der Psychologischen Beratungsstelle und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik beraten und entwickelt wurde.

Ende 1995 gab es im Sachgebiet „Eingliederungshilfen für behinderte Kinder und Jugendliche“ nur zehn Fälle, in denen Hilfen nach § 35 a KJHG gewährt wurden. Die Vorgeschichten dieser zehn Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen zeigten, daß mehrheitlich die Eingliederungshilfen ohne Beteiligung der Jugendhilfe beziehungsweise Beratung in der Hilfeplankonferenz eingeleitet worden waren. Seit Anfang des Jahres ist die Zuständigkeit für „seelisch beeinträchtigte und verletzte junge Menschen“ in den Aufgabenbereich des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) integriert und gleichzeitig verbindlich festgelegt, daß auch für die Einleitung von Hilfen nach § 35 a KJHG das Hilfeplanungsverfahren einschließlich der Fallberatung im Rahmen der Hilfeplankonferenz eingehalten werden muß.

Gleichwohl haben die nebeneinander bestehenden Regelungen der Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27 ff. und der Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG in der Praxis ein neues Spannungs- und Konfliktfeld zwischen Allgemeinem Sozialen Dienst und Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet, weil sie die Abgrenzungsdiskussion um die Frage, ist ein Kind seelisch behindert und bedarf daher der Eingliederungshilfe oder ist es nicht seelisch behindert, so daß Hilfe zur Erziehung ausreicht, weiter fördern und damit die Diskussion um die Frage, lassen sich bereits vorhandene Angebote der Jugendhilfe im Blick auf die neue Aufgabe weiterentwickeln und qualifizieren oder werden neue behindertenspezifische Sondereinrichtungen benötigt, beleben.

Aus Berichten der ASD-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter erfahre ich, daß gegenwärtig im Verlaufe von gemeinsamen Fallkonferenzen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie starke Verunsicherungen auftreten, wenn es darum geht, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfekonzepte zu entwickeln und damit beispielsweise die Unterbringung in auswärtigen Einrichtungen für seelisch behinderte Kinder zu vermeiden.

Hintergrund hierfür ist in meinen Augen, daß die ASD-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sich durch Sichtweisen und Fachsprache der Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie irritieren und durch Hinweise auf die bevorstehende notwendige Entlassung junger Menschen aus stationärer Behandlung zeitlich unter Druck setzen lassen.

Vor diesem Hintergrund halte ich es im Blick auf die notwendige Zusammenarbeit zwischen Fachkräften der Jugendhilfe und Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie für unerlässlich, sich neuerlich über die Aufgabenstellung und das Aufgabenverständnis der Jugendhilfe zu einigen:

§ 1 KJHG legt unter anderem fest, daß

- *jeder* junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat,
- *Jugendhilfe* junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen soll, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen.

Kinder, ob sie behindert sind oder nicht, sind in erster Linie Kinder, die Anspruch auf einen kinderfreundlichen Lebensort, stabile Beziehungen und erst zusätzlich gegebenenfalls therapeutische Hilfen haben. Sie befinden sich in einem körperlichen und psychischen Entwicklungsprozeß, der durch „seelische Not“ und „seelische Verletzungen“ erschwert, aber nicht aufgehalten oder gar beendet wird. Das bedeutet, die Zuständigkeit und Verantwortung der Jugendhilfe nach § 1 KJHG besteht auch dann, wenn Minderjährige in einer spezifischen Krisen- oder Krankheitssituation besondere Hilfen brauchen.

Jugendhilfe hat den Auftrag, einen ganzheitlichen Hilfeansatz sicherzustellen. Diesem Gedanken entspricht die gesetzliche Regelung in § 27 Absatz 3 KJHG, nach der Hilfen zur Erziehung auch insbesondere pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen umfassen.

Wenn ein seelisch verletztes Kind neben der Erziehung durch die Eltern zusätzlicher Hilfen bedarf, ist in meinen Augen eine dem Wohle des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende, auf seine individuellen Probleme, Schwierigkeiten und Bedürfnisse umfassend eingehende Erziehung nicht gewährleistet und damit nach § 27 Absatz 3 die zusätzliche (Eingliederungs-)Hilfe in Orientierung am individuellen erzieherischen Bedarf erforderlich.

Die Verständigung hierüber ist zentrale Zielsetzung des Hilfeplanprozesses. Im Rahmen dieses Prozesses ist vom Jugendamt zu prüfen, ob angesichts der individuellen Lebensumstände des Minderjährigen ein Hilfebedarf besteht, und wie der Hilfebedarf aussieht.

Nach Gesichtspunkten der Fachlichkeit hat das Jugendamt die im Einzelfall geeignete und notwendige Hilfe - auch über den Katalog bereits entwickelter Erziehungshilfen hinaus (§§ 28 bis 35 KJHG) - zu bestimmen und darzustellen, warum gerade sie geeignet und notwendig ist. Im Hilfeplanprozeß müssen daher alle Bemühungen vorrangig darauf gerichtet sein, sich mit allen Beteiligten über den konkreten Hilfebedarf zu verständigen.

Im Mittelpunkt des Hilfeplanungsprozesses muß für uns die Förderung der Mitwirkungsbereitschaft der Eltern sowie der Kinder und Jugendlichen stehen. Wir haben alle die Erfahrung gemacht, daß Angebote der Erziehungshilfe ohne aktive Beteiligung der Leistungsadressaten und ohne ihre Mitwirkung zur Wirkungslosigkeit verurteilt sind. Ich messe daher dem Wunsch- und Wahlrecht der Eltern (§ 5 KJHG) ebenso wie der Beteiligung der Kinder und Jugendlichen (§ 8 KJHG) außerordentliche Bedeutung bei.

Beteiligung und aktive Mitgestaltung erweisen sich, insbesondere für die Personensorgeberechtigten, immer wieder als sehr schwierig: zum einen sind sie häufig ungeübt in der Kommunikation mit Behörden und Diensten, zum anderen befinden sie sich in Lebenssituationen, in denen das Selbstbewußtsein erschüttert und häufig in der Folge auch das Interesse an aktiver Beteiligung verloren gegangen ist.

Im Wissen hierum ist es notwendig, im Blick auf den gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozeß um die Mitarbeit von Eltern sehr ausdauernd zu werben und ein Klima entstehen zu lassen, welches das Wachsen von Selbstbewußtsein und Bereitschaft, eigene Verantwortlichkeiten wahrzunehmen, fördert. Fachlichkeit und Verantwortung der Fachkräfte besteht zu einem wesentlichen Teil darin, daß sie

- offen sein, sich auf die vorgefundene Situation einlassen und den nötigen Aushandlungs- und Entscheidungsprozeß zulassen können,
- Erwartungen von Eltern, Kindern und Jugendlichen klären und deren Lebenszusammenhänge, deren Lebenssituation wahrnehmen und erkennen,
- sich selbst die hierfür notwendige Zeit lassen und geben,
- offen bleiben für eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung von Hilfeangeboten und sich nicht ausschließlich an bereits vorhandenen Hilfekategorien orientieren.

Ganz wesentliche Hilfestellung auf diesem Weg bietet die Regelung in § 36 Absatz 2 KJHG, nach der *„die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden soll“*.

Die Beratung unter *mehreren* Fachkräften soll sicherstellen, daß der Beratung und Unterstützung im Aushandlungsprozeß mit Eltern, Kindern und Jugendlichen genügend Raum gelassen wird, damit alle denkbaren Hilfemöglichkeiten in Betracht gezogen werden und zum Zuge kommen.

Auf der Grundlage der Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Hilfeplanung nach § 36 KJHG ist ein Diskussionsprozeß darüber in Gang gekommen, wie sich der Hilfeplanungsprozeß strukturierter gestalten und im Blick auf den Beratungs- und Unterstützungsauftrag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Eltern, Kindern und Jugendlichen qualifizieren läßt. Ein zentrales Thema dabei ist die Frage nach der Bedeutung von und dem Bedarf an Beratung aus dem Blickwinkel der beteiligten Fachkräfte.

Die Diskussionen machen deutlich, daß einerseits der Beratungsbedarf groß ist und viel Beratung im Kollegenkreis gesucht und genutzt wird, andererseits jedoch die Annahme, eine gute Fachkraft müsse aus sich heraus in der Lage sein, zu den richtigen Lösungen und Ergebnissen zu kommen, noch immer breiten Raum einnimmt und die Befürchtung im Vordergrund steht, durch den in der Hilfeplankonferenz institutionalisierten Bera-

tungsprozeß werde die eigene Professionalität in Frage gestellt. Mit dem Ziel, die nötige Offenheit für den Beratungsprozeß und die kritische Reflexion eigener Sichtweisen herzustellen, behandeln wir das Thema in den Dienstbesprechungen und berücksichtigen es bei der Gestaltung von Fortbildungsveranstaltungen.

Offenheit für den Beratungsprozeß und die kritische Reflexion *eigener* Sichtweisen im Zusammenwirken mit *anderen* Fachkräften sind nach meiner Erfahrung eine entscheidende Voraussetzung für die partnerschaftliche Zusammenarbeit unterschiedlicher Dienste und Institutionen.

Mich bestärken Erfahrungen, wie sie in den vergangenen Jahren in einem intensiven Kooperationsprozeß zwischen ASD und psychologischen Beratungsstellen, der von mir und dem Leiter der Städtischen Beratungsstelle sehr gefördert wurde, stattgefunden haben.

Die psychologische Beratungsstelle der Stadt Mannheim hat zwischenzeitlich mit der Bildung von drei Teilstellen eine bindende regionale Zuständigkeit für die Stadtgebiete Mannheim-Nord, -Mitte und -Süd hergestellt. Das erleichtert die Kooperation mit den für die drei Einzugsbereiche zuständigen Bezirksgruppen des ASD. Es finden gemeinsame Gespräche statt, und es entwickeln sich gemeinsame stadtteilbezogene Projekte.

Daneben hat sich eine institutionalisierte Kooperation zwischen ASD, Psychologischer Beratungsstelle und Staatlichem Schulamt entwickelt - zunächst auf der Amts- und Abteilungsleitungsebene -, aber mit dem erklärten Ziel, Kooperationsformen auf Stadtteilebene herzustellen, die die gemeinsame Arbeit an Lösungsstrategien für Kinder mit Schwierigkeiten erleichtern und Ausgrenzungsgefahren entgegensteuern. Inzwischen werden an vielen Schulen in unterschiedlichen Stadtteilen „Pädagogische Tage“ gemeinsam von Lehrern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe gestaltet, und es ist ein „Schüler-Café“ entstanden, in dem Beratungsangebote stattfinden und angenommen werden.

Diese - ich gebe es zu - sehr zeitintensiven Bemühungen um bessere Zusammenarbeit sind lohnend, weil sie Einfluß auf das Eigenverständnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben und dazu beitragen, an die Stelle der uns allen vertrauten Rechtfertigungs-, Zuständigkeits- und Abgrenzungskämpfe Klarheit über Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Dienste und Institutionen zu setzen und damit auch Zusammenarbeit zu sichern.

Das Spannungsfeld zwischen Jugendamt/ASD und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist aus meiner Sicht vornehmlich dadurch gekennzeichnet, daß beide Institutionen die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern und dabei soziale und individuelle Umstände, die die Entwicklung beeinträchtigen, berücksichtigen wollen, sich beide Institutionen aber gleichzeitig durch Sichtweisen und Sprachgebrauch nicht unerheblich unterscheiden.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht das Kind, den Jugendlichen aus dem Blickwinkel der Klinik, der Ambulanz, der Arztpraxis und ist gleichzeitig konzentriert auf die Störung oder Beeinträchtigung, mit der ein Minderjähriger vorgestellt wird. Das Jugendamt/der ASD sieht das Kind, den Jugendlichen aus dem Blickwinkel seines Le-

bensortes, seiner sozialen Bezüge, seiner Erfahrungen im sozialen Umfeld (Kindergarten, Hort, Schule, Einrichtung der Erziehungshilfe).

Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendet eine Sprache, die sich insbesondere auf die Störung, die Beeinträchtigung/Behinderung orientiert und über Diagnosen eine zusammenfassende Beurteilung formuliert. Der ASD beschreibt Lebenssituationen, Stärken und Schwächen, vermittelt Einschätzungen und Aussagen von Eltern, Kindern, Jugendlichen sowie Bezugspersonen im Umfeld.

Notwendige Kooperationsbemühungen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen zum Ziel haben, die Verantwortung für die Entwicklung und Ausgestaltung individueller Hilfen für seelisch verletzte und beeinträchtigte junge Menschen gemeinsam zu übernehmen mit der Maßgabe, die notwendigen therapeutischen Hilfen in die Erziehungshilfe-Angebote einzubetten. Insbesondere bei der Ausgestaltung der Hilfen sollten pädagogische Aspekte zur Förderung der jungen Menschen im Mittelpunkt stehen und der Lebensweltbezug erhalten bleiben.

Voraussetzung hierfür ist, daß *alle* Kooperationspartner

- sich zunächst über Sichtweisen und Entwicklungsperspektiven verständigen,
- eine gemeinsame Sprache finden, die auch Eltern, Kindern und Jugendlichen verständlich ist und die Beteiligung ermöglichen sollte.

Voraussetzung hierfür ist weiter, daß insbesondere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe (ASD, Erziehungshilfe-Einrichtungen) sich nicht dem Expertenwissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterordnen, sondern ihre Kenntnis der „Normalität“ im Lebensalltag von Familien und ihren Kindern selbstbewußt einbringen und im Aushandlungsprozeß um die geeignete Hilfe gleichrangig neben die Fachkenntnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen.

Mit dem Ziel, Kooperation und gemeinsame Verantwortlichkeit zu erreichen, hat in Mannheim zwischenzeitlich auf Initiative einer Erziehungshilfe-Einrichtung, die seit Jahren eine besondere Wohngemeinschaft für seelisch behinderte Jugendliche unterhält, und der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) ein erstes gemeinsames Gespräch mit dem Jugendamt stattgefunden, an dem auch das Landesjugendamt beteiligt war.

Institutionalisierte und verbesserte Kooperation wurde von allen Teilnehmern als vorrangige Voraussetzung dafür angesehen:

- sich über den Bedarf an Hilfeangeboten für seelisch verletzte Kinder zu verständigen,
- sich bei der Weiterentwicklung und einzelfallbezogenen Ausgestaltung von Hilfeangeboten gegenseitig zu unterstützen und
- sich schließlich über möglicherweise für einzelne Kinder und Jugendliche notwendige besondere Hilfeangebote zu einigen.

Die Fortsetzung der Gespräche ist geplant, wobei - insbesondere in der konfliktreichen Anfangsphase - die Teilnahme der Amts-, Klinik- und Einrichtungsleitungen den Prozeß nach meinen Erfahrungen fördert, weil die Entschlossenheit der verschiedenen In-

stitutionen, Kooperation an die Stelle von gegenseitiger Abgrenzung zu setzen, unterstrichen wird.

Wir haben im nächsten Schritt den gemeinsamen Besuch der „Leppermühle“, einer bundesweit belegten Einrichtung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, vereinbart mit dem Ziel, vor dem Hintergrund gemeinsamer Eindrücke und Informationen der Frage konstruktiver nachgehen zu können, auf welche Weise Mannheimer Einrichtungen der Erziehungshilfe mit Unterstützung des Jugendamtes und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen aus Mannheim Angebote machen können.

Die Einrichtungen sind ebenso wie die Schulen bereit, sich dieser Aufgabe zu stellen, ziehen sich jedoch in schwierigen Einzelfällen angesichts der Prognosen der Kinder- und Jugendpsychiatrie verunsichert zurück.

Wir werden daher in Vorbereitung auf den Besuch in der „Leppermühle“ im Kreis aller Beteiligten versuchen, die Situation und den Hilfebedarf der Kinder und Jugendlichen zu klären und einer gemeinsamen Einschätzung zuzuführen, für die die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Unterbringung in speziellen Einrichtungen für unerlässlich hält.

Dies setzt voraus, daß im Gespräch miteinander weniger Diagnosen verwandt und statt dessen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben werden, und dies verlangt weiter, daß die Jugendhilfe-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter nicht angesichts der Diagnose verstummen, sondern die für ihre Arbeit notwendigen Informationen in einer ihnen verständlichen Sprache erfragen.

Gleichzeitig hat sich im ASD eine Arbeitsgruppe gebildet, die an Fragen zur Thematik aus der Mitarbeiterschaft arbeitet mit dem Ziel, eine Orientierungs- und Arbeitshilfe für den ASD zu erstellen. Zum Beispiel:

- Lassen sich Krankheitsbegriff - Behinderung - Auffälligkeit voneinander abgrenzen? Was verstehen wir unter den einzelnen Begriffen?
- Gibt es Grenzen für die Bemühungen um Integration, wenn ja, wie erkenne oder beschreibe ich sie?
- Wie können wir uns und unsere Position in Gesprächen mit Ärzten und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie stärken?
- Welche Ideen und Überlegungen gibt es zur Weiterentwicklung und Ausgestaltung der Hilfen zur Erziehung, wenn diese auch für seelisch beeinträchtigte Kinder hilfreich sein sollen?
- Was können wir tun, um unsere Haltung und Position zum Thema auch in die Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung hineinzutragen und mit ihnen zusammen weitere Partner zu finden?

Hilfreich für diesen vor Ort einzuleitenden Kooperationsprozeß sind Veranstaltungen der Landesjugendämter, die den Erfahrungsaustausch fördern und so dazu beitragen, losgelöst von den vor Ort unterschiedlichen Gegebenheiten, den Blick für neue Verfahrensweisen zur Weiterentwicklung der Leistungsangebote der Jugendhilfe und der Kooperationsformen zu öffnen.

Plenum

Länderberichte über die Realisierung der rechtlichen Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für die Hilfe zur Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher

VIOLA GEHRHARDT, *Landesjugendamt Thüringen*

BIRGIT HEINISCH, *Landesjugendamt Sachsen*

ANDREAS HILLIGER, *Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Brandenburg*

HANS HILLMEIER, *Landesjugendamt Bayern*,

THOMAS MÖRSBERGER, *Landesjugendamt Baden*

Inge Cobus-Schwertner: Für den letzten Teil des Workshops haben wir Vertreter der zuständigen Ministerien einiger Bundesländer gebeten, aus ihrer Sicht etwas zu der Übernahme seelisch behinderter Kinder in die Jugendhilfe zu sagen. Uns geht es in unserer Diskussion um die bis heute vorliegenden Erfahrungen, es geht um die Erkundung entstehender Probleme, darum, welche Wege bei der Gestaltung der Hilfen nach § 35 a KJHG beschritten werden und um die sich in der Praxis zeigenden Probleme in dem gesamten Prozeß.

Alle, die hier im Raum sitzen, sind herzlich aufgefordert, sich an diesem Gespräch zu beteiligen, Fragen zu stellen und das Vorgestellte zu diskutieren.

Meine erste Frage richtet sich an Frau Heinisch:

Gibt es vom Landesjugendamt Sachsen und/oder vom Jugendministerium für die kommunalen Jugendämter Arbeitsrichtlinien oder Empfehlungen zur Handhabung des § 35 a? Und was ist aus Ihrer Sicht bei der Gestaltung der Hilfen für seelisch behinderte Kinder wichtig für die Praxis?

Birgit Heinisch: Wir haben in Sachsen zwei Regelungen geschaffen. Die eine mit dem Ausführungsgesetz selber, so daß wir eigentlich gar nicht so lange gewartet haben, bis der § 35 a ins KJHG kam, sondern die Übergangsregelung für uns in Sachsen so geklärt hatten, daß die Zuständigkeit, allerdings für die wesentlich seelisch behinderten jungen Menschen, schon seit 1992 beim Jugendamt liegt.

1992 und 1993 hatte sich noch gar nicht so sehr viel getan, außer daß wir uns sehr über Abgrenzungszuständigkeiten zwischen überörtlichem Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe gestritten haben. Das hat etwas damit zu tun, daß wir Zuständigkeiten bekommen haben, die früher beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, unserem Landeswohlfahrtsverband, gelegen haben.

Aktuell wurde es bei uns 1994, als in Sachsen eine Schulgesetznovelle verabschiedet wurde, die besagt, daß Horte, Sondereinrichtungen und ehemalige Internate an Förderschulen zum kommunalen Aufgabenbereich kommen. Seitdem gibt es einen erheblichen Regelungsbedarf in bezug auf Zuständigkeit und Hilfeleistung.

Wir haben als Landesjugendamt versucht, diesem Bedarf zu begegnen, indem wir zunächst mal eine *Empfehlung* kreierten, die mit sehr vielen offenen Fragestellungen versehen ist.

Mir ist dabei deutlich geworden, daß dieser Bereich „Zuständigkeit und Leistung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ Fragen aufwirft, die gar nicht so leicht zu beantworten sind.

Diese Empfehlung hat als wesentlichste Aufgaben: zum einen für diese bestimmten Kinder zu sensibilisieren und zum anderen auch kritisch zu überlegen, gehören sie nach dem Leistungskatalog der Jugendhilfe nicht in den bereits geregelten Aufgabenbereich der Jugendhilfe hinein? Also ähnlich, wie das Brandenburg auch postuliert hat. Aber wir sind wohl etwas vorsichtiger damit umgegangen.

Für die Zukunft finde ich, muß man sich überlegen, ob diese Zuständigkeit der Jugendhilfe auch auf die wesentlich körperlich und geistig behinderten Kinder erweitert werden sollte.

Wir sehen das zumindest als Landesjugendamt im Moment so, daß sich der überörtliche Träger der Sozialhilfe um allgemeine Sozialisationsfragen, die wesentlich körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche betreffen, noch zu wenig Gedanken gemacht hat. Jedenfalls in den Einrichtungen, bezogen auf Sachsen, ist das der Fall.

Aus meiner Sicht glaube ich, daß die Qualifizierung der Leistungen über die Jugendhilfe, nämlich über den Hilfeplanungsprozeß, ein großer Vorteil für viele betroffene Kinder und Jugendliche wäre.

Inge Cobus-Schwertner: Haben Sie Regelungen getroffen oder Empfehlungen gegeben für eine Erweiterung der Hilfen zur Erziehung auch im therapeutischen Bereich, die dem Hilfebedarf seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher Rechnung tragen? Ist in Sachsen überhaupt spürbar, daß sich mit der neuen Zuständigkeit der Jugendhilfe etwas verändert? Rufen die Jugendämter bei Ihnen an und sagen: „Ich weiß überhaupt nicht, wie ich mit der Diagnose *seelisch behindert* umgehen soll“? Das heißt, werden Fragen gestellt nach der Klärung von Zuständigkeit und Kostenträgerschaft?

Birgit Heinisch: Es ist schon so, wie Sie es sagen. Wir haben vielfältige Fragen von den Jugendämtern, und die laufen vor allem darauf hinaus, sich, was den ganzen Bereich der seelischen Behinderung angeht, zunächst einmal selber zu qualifizieren. Wir bemerken, daß es eine erhebliche Motivation für Mitarbeiter in den Jugendämtern gibt, sich mit den Problemen seelischer Störungen zu beschäftigen und darüber hinaus auch verstärkt auf örtlicher Ebene Kooperation mit den psychiatrischen Einrichtungen und Diensten zu suchen, die wir natürlich auch empfehlen.

Inge Cobus-Schwertner: Herr Hilliger, die Diskussion, auch auf dieser Tagung, zeigt aus meiner Sicht, daß die Brandenburger Empfehlungen der Praxis einen guten Impuls dahingehend gegeben haben, zu beachten, daß Hilfen nach §§ 27 ff. auch für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche einzusetzen sind. Die Brandenburger Empfehlung gilt, überspitzt formuliert, als eine jugendhilfepolitisch „linke“ Regelung, die zum Teil auch kritisiert wird, weil sie die Entwicklung besonderer Hilfen nach § 35 a KJHG überflüssig zu machen scheine, beziehungsweise die Finanzierung bestehender Hilfen für diesen Personenkreis gefährde.

Andreas Hilliger: Wir haben ganz bewußt nicht Empfehlungen zum § 35 a gegeben, sondern uns mit dem Verhältnis zwischen dem § 35 a und den Hilfen nach §§ 27 ff. beschäftigt.

Wir haben es mit zwei sozialrechtlichen Konstrukten zu tun, den Hilfen zur Erziehung und den Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Dies aber entspricht nicht unterschiedlichen Realitäten von Kindern und Jugendlichen.

Die Zuordnung zu einer der beiden Seiten wäre mehr zufällig, und es hilft auch nichts, den Prozeß der Hilfe zu verbessern, wenn Bedürftige da oder dort zugeordnet sind. Die Zuordnung zum § 35 a erweitert nicht das Hilfeinstrumentarium. Und deshalb haben wir versucht, den Blick weg von der Frage zu ziehen: Ist es denn nun eigentlich ein seelisch behindertes Kind? Und hin zu der Frage zu kommen: Was braucht denn dieses einzelne Kind für Hilfen?

Von seiten des Ministeriums läßt sich natürlich schwer beurteilen, was diese Empfehlungen bisher für Wirkung hatten. Ich glaube aber, es hat in dem Bereich ein bißchen zur Entkrampfung beigetragen, wenn man sagt, es geht um Hilfen für bestimmte Kinder, und es lohnt sich nicht, größere diagnostische Aufwendungen in die Wege zu leiten, es sei denn, die Diagnose zielt darauf, wie man den Kindern helfen kann, und nicht in welches Tütchen oder in welches Fach sie gehören.

Nur Diagnosen, die hilfebezogen sind, sind sinnvoll. Wenn aber fünf Seiten über das Kind geschrieben worden sind und am Ende steht: „Das Kind ist seelisch behindert und braucht entsprechende Hilfe“, dann kann man sich das nicht nur selber sparen, sondern das kann man vor allem auch dem Kind ersparen. Die Diagnosen sollten nur auf die Frage bezogen sein: wie kann es weitergehen, welche Hilfen sind erforderlich?

Ich glaube nicht, daß die Fragen, die Kinder mit sehr großen Entwicklungsschwierigkeiten, auch seelischen, psychischen Schwierigkeiten oder Verhaltensschwierigkeiten, an das Hilfesystem der Jugendhilfe stellen, schon wesentlich qualifizierter beantwortet werden als vor zwei Jahren. Den Optimismus habe ich nicht. Aber ich glaube, es ist die richtige Richtung, zu sagen, wir müssen an dieser Frage weiterarbeiten, wir müssen auch sehen, wie wir da auch anderes Know-how, auch medizinisches Know-how in Anspruch nehmen können, um weiter zu kommen. Die Entwicklung der Hilfen zur Erziehung ist in den zwei Jahren nicht stagniert, aber es ist noch nicht so, daß man jetzt sagen kann, wir haben jetzt schon ein Leistungssystem, welches in der Lage ist, allen Kindern und Jugendlichen zu helfen, und wahrscheinlich wird das die Jugendhilfe auch nie erreichen. Aber ich glaube, es ist ein Impuls gegeben worden, um hier weiterzuarbeiten.

Inge Cobus-Schwertner: Der Berliner Jugendpsychiater Fegert hat im Zusammenhang mit der Diskussion um Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche während der Bogensee-Tagung 1995 kritisiert, die Brandenburger Empfehlung verhindere, daß die Jugendämter das notwendige therapeutische Hilfeangebot für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche machen. Durch den Hinweis auf §§ 27 ff. KJHG würden bestimmte Probleme und Hilfebedarfe gar nicht mehr wahrgenommen.

Aber um diese Aussage zu bestätigen oder um sie widerlegen zu können, wäre es notwendig, die Hilfen zur Erziehung in den kommunalen Jugendämtern in Brandenburg differenziert zu ermitteln. Dies ist jedoch nicht möglich. Es gibt in den neuen Ländern nach wie vor noch einen großen Kampf um Gelder für Jugendhilfe in den kommunalen

Haushalten, damit man überhaupt den differenzierten Hilfekatalog nach §§ 27 ff. finanzieren kann. Diese Erfahrungen konnte ich als Jugend- und Sozialdezernentin in Potsdam selbst machen. Noch vor zwei Jahren war der Etat, den das Jugendamt für die verschiedenen Hilfen des KJHG hatte, nur sehr gering.

Insofern wird das Problem der Quantität und Qualität der Hilfestruktur nicht immer mit dem richtigen Bezug angesprochen. Der Mangel an differenzierten ambulanten und teilstationären Hilfen wird nicht ausreichend gesehen, und die Empfehlung des Brandenburger Jugendministeriums zum § 35 a KJHG wird statt dessen als Ursache für fehlende Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche herangezogen.

Andreas Hilliger: Ich finde problematisch, wenn so etwas behauptet wird, denn Sie beschreiben ja die Entwicklungsnotwendigkeit, weg von stationärem hin zu einem differenzierten Angebot. Dies beschreiben Sie richtig als die Aufgabe, die sich aus §§ 27 ff. ergibt.

Auch die Frage der Therapie ist ja nicht ausschließlich im § 35 a geregelt, sondern es gibt die Therapiemöglichkeiten nach § 27, und ich glaube schon, daß wir zum Verhältnis Pädagogik/Therapie noch einigen Klärungsbedarf haben.

Es ist doch die Frage, inwieweit gezielte Therapien, zum Beispiel bei Teilleistungsschwächen, auch in die Systematik der Jugendhilfeleistungen eingeordnet werden können. Da ist dann zu fragen, wie sich dies zu der Schulverantwortung stellt. Es bestehen da Probleme. Nur: die werden nicht leichter, wenn man den § 35 a anwendet, es sei denn, was ich, wie gesagt, für problematisch halte, man traut auch in der Auseinandersetzung um die für die Hilfe notwendigen Gelder der stärkeren Kraft der Argumente, die von Menschen mit weißen Kitteln geäußert werden, mehr als den eigenen.

Und das finde ich zumindest bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen etwas problematisch, denn wir wollen in der Jugendhilfe ganz bewußt nicht zu einer Struktur kommen, die im Grunde der Verschreibungsstruktur im medizinischen Bereich entspricht.

Also gerade die Hilfeplanung im einzelnen, die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt als verantwortlicher Institution und freien Trägern als ausführende, setzt ja im Grunde auf ein anderes als auf ein Verschreibungsverhältnis. Zu dem Verschreibungsverhältnis, denke ich, sollten wir uns nicht hin entwickeln, denn das würde auch die Hilfen zur Erziehung negativ beeinflussen.

Die Frage der Therapie ist relevant, ich glaube aber, sie kann auch mit entsprechendem Selbstbewußtsein und Kompetenz innerhalb des Jugendhilfesystems selbst gelöst werden, ohne daß man dafür die Hilfskategorie „seelisch behindert“ benötigt.

Inge Cobus-Schwertner: Frau Gehrhardt, welche Strategie können Sie aus Thüringen zum Aspekt der Qualifizierung in den Einrichtungen und der Qualifizierung von Angeboten berichten? Gibt es neue Entwicklungen mit der Einführung des § 35 a KJHG?

Viola Gehrhardt: Thüringen hat seit 1993 durch das Ausführungsgesetz die Zuständigkeit der Jugendhilfe für die seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen. Wir haben dabei zunächst den interdisziplinären Ansatz gesucht, die interdisziplinäre Diskus-

sion, um überhaupt erst einmal in Thüringen Voraussetzungen für den Umgang mit dieser Problematik zu schaffen.

Zu dem Zeitpunkt waren wir nicht sehr glücklich darüber, mit dem Ausführungsgesetz „überrascht“ zu werden. Heute sind wir froh, daß sich dort zunächst keine Strukturen verfestigen konnten, daß man also gleich mit den entsprechenden Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, mit den sozialpädagogischen Zentren und mit den Einrichtungen der Jugendhilfe und den Jugendämtern intensiv zusammenarbeiten, eine erste gemeinsame Orientierung finden konnte.

Wir haben zunächst keine Empfehlungen des Landesjugendamtes vorgegeben, sondern versucht, einen integrativen Ansatz zu finden, der dann durch Beschluß des Landesjugendhilfeausschusses auch bestätigt worden ist.

Die Diskussion der Frage, ob wir den § 35 a SGB VIII brauchen oder eher nicht sowie die Diskussion der vorhandenen und erforderlichen Standards, die Sie mir denn auch stellten, hat in jedem Fall zu einer wesentlichen Entwicklung im Bereich der Hilfen zur Erziehung beigetragen, vor allem zum Verständnis dessen, daß man, wenn man integrativ betreuen oder Maßnahmen ansiedeln will, entsprechende Qualitätssicherung gewährleisten muß.

Das ist ein ganz wesentlicher Ansatzpunkt, auch in der ganzen Kostendiskussion, wie mit dem § 35 a SGB VIII im Rahmen der Hilfen zur Erziehung oder parallel zu den Hilfen zur Erziehung umzugehen ist.

Wir haben keine spezielle Einrichtung für §-35-a-Fälle in Thüringen etabliert. Ein freier Träger der Jugendhilfe strukturiert eine Einrichtung, die klassisch aus der Psychiatrie entstanden war, schrittweise in eine integrative Einrichtung der Jugendhilfe, ein heilpädagogisches Zentrum um, mit einem sehr positiven Ansatz, aus unserer Sicht.

Vielfältiges ist darüber hinaus in Eigenregie, in Eigenverantwortung der Jugendämter vor Ort mit Beratung durch das Landesjugendamt entstanden, und diese Form, diese Struktur wollen wir auch weiter verfolgen. Unsere Aufgaben und Möglichkeiten sehen wir darin, beratend tätig zu werden und Impulse für Innovationen zu geben.

Dabei geht es vor allem um Qualitätssicherung, Qualitätsstandards, Leistungsvereinbarungen, um im Einzelfall dann wirklich entscheiden zu können, was braucht das Kind, was braucht der Jugendliche.

Aus Sicht des Thüringer Landesjugendamtes hat die Diskussion nicht den Schwerpunkt: „Wie läuft die Diagnostizierung, hat hier die Psychiatrie den Vorrang?“ Oder: „Hat die Psychiatrie den Anspruch, weitere Betten zu schaffen?“ Grenzfälle der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie werden in Thüringen vorrangig im Rahmen der Jugendhilfe betreut.

Wir haben nach drei Jahren den Stand erreicht, daß wir sagen können, die Altfälle sind soweit geklärt, bis auf fünf Einzelfälle. 1993 waren es circa 80 Altfälle. Wir haben zur Zeit 146 seelisch behinderte Kinder integrativ stationär betreut und 16 teilstationär. Über die Anzahl der ambulanten Fälle kann ich momentan keine Aussage machen.

Schwerpunktmäßig geht es um Probleme von Parallelstrukturen mit Kultusministerium, Schulen usw. Das ist von Bedeutung, um adäquate Möglichkeiten der Beschulung für betroffene Kinder und Jugendliche zu schaffen. Lernzielgleichheit spielt hier zum Beispiel eine Rolle. Wenn ich weiß, das eine oder andere Kind schafft mit Sicherheit keinen Schulabschluß, wird mit Sicherheit nie eine Berufsausbildung machen können, welche Möglichkeiten gibt es dann, überhaupt „lebenstüchtig“ zu werden?

Inge Cobus-Schwertner: Frau Gehrhardt, in welcher Weise haben Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit seitens des Landesjugendamtes organisiert? Ich kenne im Moment nur die kommunale Ebene, und ich weiß, daß alles, was wir in der Kommune nicht tun, in der Regel kein anderer für uns macht. Laden die Landesjugendämter verschiedene Experten zu Fachgesprächen ein und diskutieren sie generelle Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit?

Viola Gehrhardt: Im März 1993 wurde das Thüringer KJHAG beschlossen, welches die Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Bereich der Jugendhilfe ansiedelt. Im Juni 1993 wurden zu einer vom Landesjugendamt angeregten Fachtagung die Leiter der sozialpädiatrischen Zentren, die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, die Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrien, der Jugendämter und auch der Gesundheitsämter eingeladen, um einen ersten gemeinsamen Ansatz zu finden. Infolge dieser Fachtagung wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe etabliert. Darin ist das Landesjugendamt federführend in Zusammenarbeit mit der Obersten Landesjugendbehörde und dem Landessozialamt tätig geworden, um zunächst die Problematik der Altfälle zu lösen. Dies hat sich so weiterentwickelt, daß es auf regionaler Ebene fortgesetzt wird. Das ist aus meiner Sicht ein positiver Ansatz. Möglicherweise werden wir Ende des Jahres, Anfang nächsten Jahres in einer ähnlichen Zusammenkunft wie 1993 die Erfahrungen der interdisziplinären Zusammenarbeit aus den zurückliegenden drei Jahren resümieren.

Inge Cobus-Schwertner: Herr Mörsberger, gibt es bei Ihnen im Landesjugendamt oder in den kommunalen Jugendämtern neue Stellen für Jugendpsychiater oder jugendpsychiatrisch gebildete Pädiater? Wie sieht es in der Praxis der Jugendämter in Baden aus?

Thomas Mörsberger: Zunächst stelle ich ganz allgemein fest: Wir haben es, wenn ich das im Vergleich betrachte, langsamer angehen lassen. Das mag damit zu erklären sein, daß wir schon seit langer Zeit einen intensiven interdisziplinären Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie haben. Zudem haben wir in Baden den sogenannten Regionalen Hilfeverbund. Das sind insbesondere Hilfekonferenzen in den insgesamt vier Regionen, also Arbeits- und Planungstreffen unter Leitung des Landesjugendamtes mit Vertretern der Heimerziehung, der psychiatrischen Einrichtungen, der Schulbehörden und der Jugendämter. Insofern bedeuten Kooperationsprobleme wegen § 35 a nicht etwas prinzipiell Neues bei uns.

Nun zu Ihrer konkreten Frage: Soweit ich informiert bin, hat man keine neuen Leute eingestellt. Allerdings müssen wir uns in den weiteren Beratungen offen halten, ob wir derartige Stellen möglicherweise nicht doch einmal einrichten. Bislang liegt der Schwerpunkt unserer Aktivitäten eher darin, daß wir in Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen den Erfahrungsaustausch betreiben und die unterschiedlichen Einschätzungen kontrovers diskutieren. Deshalb gibt es bei uns noch keinen Gedanken

daran, Empfehlungen auszuarbeiten. Die gibt es übrigens auch im anderen Landesteil, also Württemberg, nicht.

Nun will ich aber noch ein Stichwort aufgreifen, das eben von Herrn Hilliger angesprochen wurde: das Stichwort Therapie. Auch das ist zwar ein Thema, das bei uns schon seit langem, nämlich im Kontext von Heimerziehung, thematisiert und problematisiert wurde. Ich behaupte aber, daß die Therapiefrage im Kontext von Heimerziehung bisher viel weniger diskutiert und durchleuchtet worden ist, als dies jetzt im Kontext von § 35 a passiert. Und von daher hätte ich auch Schwierigkeiten, seelische Behinderung automatisch in den Katalog der §§ 27 ff. aufzunehmen, sie immer *nur* jugendhilfeorientiert zu sehen. Ich melde übrigens Zweifel an, ob eine solche Einbeziehung, wie hier behauptet, immer eine „linke Position“ wäre. Ich würde sie eher als dogmatisch bezeichnen.

(Unruhe im Auditorium)

Ja, weil sie etwas hindert. Wir diskutieren statt dessen die Frage der Therapie ganz neu im Blick auf die prospektiven Pflegesätze. Diese Diskussion über die sogenannten neuen Entgeltsysteme führt möglicherweise auch zu einer weiteren, präziseren Untersuchung dessen, was da läuft, ist aber keineswegs auf die Frage nach § 35 a begrenzt. Man muß sich immer wieder überlegen: Wo sucht man einen geeigneten Ausgangspunkt, um hier kritisch zu hinterfragen, was läuft eigentlich normal, wer ist wirklich qualifiziert, und wo soll nur irgendetwas hin und her geschoben werden, damit jemand an sein Geld kommt?

Inge Cobus-Schwertner: Nehmen Sie aus der Sicht des Landesjugendamtes Einfluß auf die Kommunikationsprozesse in den Jugendämtern? Beeinflussen Sie überhaupt in einer aktiven Form die Tätigkeit der Jugendämter in bezug auf den § 35 a KJHG?

Thomas Mörsberger: Das ist ja wohl eine Gretchenfrage über die Rolle der Landesjugendämter überhaupt. Frau Gehrhardt hat eben sehr deutlich betont, wie sich das Landesjugendamt - auch wenn es wie in Thüringen ministerial organisiert ist - versteht. Wir, die wir kommunal als Teil eines Landeswohlfahrtsverbandes organisiert sind, wir verstehen uns erst recht nicht (mehr) als eine *übergeordnete* Behörde, sondern allenfalls als eine *zugeordnete* Behörde. Ich muß das so deutlich sagen, weil dieses Selbstverständnis die Art und Weise bestimmt, wie wir Entwicklungsprozesse einfädeln. Was tatsächlich das Bessere ist, das hängt nicht nur davon ab, was als Idee besser erscheint, sondern was sich im Endergebnis als das bessere Konstrukt erweist. Und in dieser Hinsicht muß ich eine erstaunliche Erfahrung vermelden: Da wechseln die Fronten zwischen den Beteiligten oft erstaunlich schnell und oft überraschend. Das gilt ebenso für die Psychiatrieseite wie für die der Jugendhilfe. Mich interessiert jedenfalls in erster Linie, daß die gegenseitige Beeinflussung intensiviert wird, und ich glaube, eben damit wird das Entscheidende verändert, findet also nicht Wandel durch Annäherung, sondern Annäherung durch Wandel statt (bei den Einzelnen).

Inge Cobus-Schwertner: Ich würde diese Frage gerne an die übrigen Teilnehmer weitergeben. Vielleicht habe ich ja ein völlig falsches Bild von dem, was Landesjugendämter tun sollten. Hätten Sie Erwartungen an die Landesjugendämter, daß diese gerade in bezug auf die aktuelle Frage zum § 35 a etwas tun sollten?

Teilnehmerin: Bei uns in Hessen ist es so, daß der § 35 a erst zum 1. Januar diesen Jahres in Kraft getreten ist. Das bedeutet, diese Übergangsphase war eigentlich sehr lang, und ich und bestimmt auch andere meiner Kolleginnen und Kollegen hatten von den Mitgliedern der Leitungsebene erwartet, daß in diesem langen Vorfeld schon irgend etwas inhaltlich koordinierend hätte gelaufen sein können.

Vorgelegen haben dann sehr detaillierte Übergangsbestimmungen, wer wann welchen Fall vom Landessozialamt übernehmen muß. Das ist wirklich bis ins i-Tüpfelchen ausgetüfelt worden. Aber inhaltliche Diskussionen hat es, aus meiner Kenntnis als Sozialarbeiterin eines Jugendamtes, so gut wie keine gegeben.

In unserem Landesjugendamt versucht die zuständige Kollegin, die Amtsleiter zu Tagungen zusammenzubringen und sie zu motivieren, sich inhaltlich auseinanderzusetzen. Ich höre aber, daß das sehr zäh und träge läuft.

Mir ist nicht bekannt, daß auf diesem Wege Anstöße oder verbindliche Vorschläge entstanden. Es gab zwei Tagungen, auf beiden war ich anwesend. Da wurden von verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern von Jugendämtern zum Thema Ausführungen gemacht, die auf ganz allgemeinem Niveau waren; man hatte sich nur schnell sachkundig gemacht, was das alles überhaupt ist.

Es ist bei uns so, daß jedes Jugendamt seine eigenen Ideen entwickelt und versucht, diese regional in die Praxis umzusetzen. Vom Landesjugendamt würde ich mir mehr erwarten.

Was die Therapien betrifft, wollte ich noch sagen: In Hessen gibt es Nebenkostenrichtlinien, und da ist ziemlich genau festgelegt, daß bei festgestelltem Bedarf auch Therapien im Rahmen der Jugendhilfe und Erziehungshilfemaßnahmen finanziert werden. Ob sich allerdings jedes Jugendamt daran halten muß, und was Jugendamtsleiterinnen und -leiter dazu beschließen, weiß ich nicht.

Inge Cobus-Schwertner: Herr Hillmeier, Bayern ist gestern in unserer Diskussion ziemlich gelobt worden, weil es einen sehr weitgehenden Umsetzungsstand für Hilfen nach § 35 a KJHG habe. Welche Erwartungen werden den Landesjugendämtern in Bayern von den kommunalen Jugendämtern entgegengebracht? Werden Sie in besonderer Weise von den kommunalen Jugendämtern angefragt, hilfreich bei der Umsetzung des § 35 a KJHG zu sein? Unter welchen Aspekten sehen Sie da die Rolle des Landesjugendamtes?

Hans Hillmeier: Letztes Jahr hat das Bayerische Landesjugendamt eine Publikation herausgegeben: „*Das Jugendamt als Dienstleistungsunternehmen*“. Darin werden Erwartungen an Jugend- und Landesjugendämter im Lichte der „neuen Steuerungsmodelle“ beschrieben. Was wir den 96 bayerischen Jugendämtern zumuten, verlangen wir auch von uns selbst. Unsere Aufgabe ist es, die Fachkräfte in den örtlichen Jugendämtern durch Fortbildung, Fachberatung und Fachempfehlungen zu unterstützen. Darüber hinaus rufen die Leute bei uns an. Auch die Publikationstätigkeit ist eine nicht unwesentliche Servicefunktion des Landesjugendamtes. Mir ist wichtig, daß unsere Veröffentlichung zum Hilfeplan beispielsweise „Vorschlag zum Hilfeplan“ heißt. Es gibt immer wieder Begehrlichkeiten, so etwas von Anfang an als Vorschrift zu machen. Das nützt aber nichts, denn wenn sich die Praktiker das nicht aneignen und für ihre Zwecke umsetzen, erzielt das Konzeptpapier keine Wirkung.

Eine weitere Leistungskomponente des Landesjugendamtes ist die Gremienarbeit. Neben der Verwaltung gibt es ja den Landesjugendhilfeausschuß als Teil des zweigliedrigen Landesjugendamtes. Auf örtlicher Ebene ist es genauso. Die Konstruktion geht auf die amerikanische Re-education-Politik nach dem 2. Weltkrieg zurück. Im Jugendhilfeausschuß sollen fachliche und fachpolitische Meinungen und Interessen transportiert, gebündelt und zur Geltung gebracht werden. Auch die kommunalen Spitzen sind dort vertreten. Aber es ist schwierig, dort eine politische Lobby für Jugend und Familie zu bilden, die dann auch von den obersten Landesjugendbehörden, den Landesregierungen und dem Finanzministerium berücksichtigt wird.

Das bayerische Landesjugendamt übt weder dienst- noch fachaufsichtliche Funktionen gegenüber den örtlichen Jugendämtern aus. Von daher sind wir auf die fachliche Überzeugungskraft unserer Leistungsangebote und Arbeitsergebnisse angewiesen, die auch die Nachfrage bestimmt.

Zum § 35 a gibt es in Bayern bis zur Stunde nur zwei Verlautbarungen. Das amtliche ministerielle Schreiben vom 16.12.1994, das auch den Materialien der Fachtagung in Bogensee 1995 beilag, und dann die Dokumentation zur Fachtagung im Dezember 1995 in Nürnberg. Dort sind auch Ergebnisse einer interministeriellen Arbeitsgruppe eingearbeitet, die sich aber im wesentlichen auf das Verfahren bei Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwächen (LRS) beziehen. Die bayerischen Jugendämter tun sich schwer und schimpfen, zum einen, weil ihnen vollzugspraktische Informationen fehlen, und zum anderen, weil von der Sozialhilfeverwaltung nicht herauszubekommen war, wie viele Fälle es eigentlich sind, die übernommen werden müssen. Nach einer Erhebung wurden im ersten Halbjahr 1995 circa 50 Millionen DM für § 35 a ausgegeben, mit einem deutlichen Schwerpunkt im Regierungsbezirk Oberbayern. Das 35-a-Problem ist in Bayern im wesentlichen ein Legasthenikerproblem. Es gibt regionale Disparitäten. Der Angebotsdruck in den Ballungsräumen und überall, wo sich Psychologen niederlassen, ist erheblich. Der Versuch, bezüglich der Vermittlungsprobleme der primären Kulturtechniken Schule und Kultusverwaltung in die Pflicht zu nehmen, gestaltet sich schwierig. Die Schule darf sich nicht verabschieden, sie hat einen sozialen Bildungsauftrag, ist verantwortlich für Chancengerechtigkeit.

Die andere Schnittstelle ist die zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den in der bayerischen interministeriellen Arbeitsgruppe unter Mitwirkung von Professor Martinius und Professor Warnke erarbeiteten Empfehlungen geht es um das Verfahren, um gutachterliche Stellungnahmen und um Eignungsvoraussetzungen für leistungserbringende Fachkräfte im Bereich LRS. Einen vorläufigen Teil der Arbeitsergebnisse finden Sie in den Tagungsunterlagen als Auszug aus dem „Amtsvormund“³. Im wesentlichen kann man sich an den sechs Achsen der multiaxialen Version des ICD-10 nach Remschmidt/Schmidt 1994, dritte Auflage orientieren. Man muß nicht „diagnosegeil“ sein, aber das ist eine Folie, ein sprachliches Verständigungsmuster, in das sozialpädagogische Fachlichkeit nicht mit getrübt, sondern mit geschärftem Blick und sprachlichem Aus-

³ vgl. Warnke, Andreas; Martinius, Joest, Empfehlungen zu den Kriterien für das ärztliche Gutachten im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII bei „Umschriebenen Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten“ („Teilleistungsschwächen“), in: Der Amtsvormund, Heidelberg: Deutsches Institut für Vormundchaftswesen e.V.; 69 (1996); Nr. 4; S. 249-252

drucksvermögen das Ihrige und Eigentliche einbringen muß, sonst zieht Jugendhilfe im Verhältnis zu anderen Professionen immer den Kürzeren.

Die erste und die dritte Achse, also das klassisch-psychiatrische Syndrom und das körperliche mögen eine ärztliche Domäne sein. Die Entwicklungsachse können Psychologen (und Sozialpädagogen) prüfen, wobei natürlich Störungen mit Krankheitswert zunächst Ärzte festzustellen haben. Die Achsen fünf und sechs, also die widrigen psychosozialen Verhältnisse und der Schweregrad des Integrations-Handicaps, sind in sozialpädagogischer Fachlichkeit und Zuständigkeit abschließend zu beurteilen. Mitnichten sind die Psychiater für alle sechs Achsen zuständig, und: Herr des Verfahrens ist die Fachkraft im Jugendamt.

Bayern wird immer wieder gescholten, weil es in Gauting für Mädchen und in Rummelsberg für Jungen nach wie vor Möglichkeiten einer intensivtherapeutischen, individuell teilgeschlossenen Behandlung gibt. Wir brauchen und schätzen das als eine Möglichkeit, und nicht selten fragen Fachkräfte aus anderen Bundesländern diesbezüglich bei uns an, aber wir brauchen und wollen keine „§-35-a-Heime“. Wir sind guten Mutes, die Differenzierung der Erziehungshilfeangebote und den Integrationsgedanken weiterführen zu können.

Wenn die Schule ihre Hausaufgaben macht, die präventiven Leistungssysteme von der Jugendarbeit über die allgemeine Förderung der Erziehung nach § 16 und die Kindertagesbetreuung bis hin zu den Erziehungshilfen bedarfsgerecht vorhanden sind, ist für den § 35 a in der Jugendhilfe eigentlich nicht mehr viel übrig, und wir könnten uns den fundamentalistischen Streit ersparen.

Lassen sie mich abschließend noch auf einen, nein zwei Widersprüche aufmerksam machen, die auch durch noch so große fachliche Anstrengungen nicht zu beheben sind. Zum einen wird im § 35 a keine Hilfeart beschrieben, sondern ein Leistungstatbestand. Zum anderen werden Anspruchsberechtigte benannt, zudem andere als in §§ 27 ff. Man muß die Befürchtung Dr. Wiesners teilen, daß ein fortschrittliches Leistungsgesetz wie das KJHG aufgrund der fiskalischen Wetterlage untergeht. Wir hätten guten Grund, mit Schulpädagogen, Psychiatern, Therapeuten und Sozialarbeitern gemeinsam für die Anliegen der behinderten jungen Menschen zu kämpfen.

Inge Cobus-Schwertner: Ich möchte noch auf den Bereich Fortbildungsangebote und das Selbstverständnis der Landesjugendämter eingehen. Herr Hilliger, Sie hatten vorhin gesagt, Sie würden dazu gerne noch mal etwas sagen wollen.

Andreas Hilliger: Das Thema Pädagogik und Therapie ist auch ein Fortbildungsthema und nicht nur eine Frage der Strukturen. Es gibt ja so zwei problematische Tendenzen im Verhältnis von Pädagogik und Therapie. Das ist sicher Unsinn, wenn Sozialarbeiter glauben, sie bekämen eine gezieltere Einzelsituation, eine strukturierte Einzelkonstellation zwischen einem Erwachsenen und einem Kind, so würde ich mal Therapie im weitesten Sinne beschreiben, in jedem Fall allein hin. Daneben gibt es aber auch die Haltung: „Also ich komme nicht weiter, dann brauchen wir Therapie“. Auch dies ist sicher nicht richtig. Ich denke, die fachliche Diskussion muß dazwischen angesiedelt werden.

Es gibt aber noch andere Themen, die im Kontext von § 35 a thematisiert werden müssen. Es zeigt sich, daß der § 35 a eben kein klares Adressatenbild hat. In Bayern sind es die Lese-Rechtschreib-Schwachen, bei uns in Brandenburg sind es komischerweise die jungen Kinder, die Frühförderung benötigen. Es entsteht aus mehr oder weniger zufälligen Konstellationen eine bestimmte Zielgruppe, auf die man glaubt, den § 35 a anwenden zu können. Bei den Frühförderungen ist es so, daß eben die Ärzte feststellen: Dieses Kind ist zwar irgendwie bedürftig, hat aber keine geistige oder körperliche Behinderung. Was bleibt? Der § 35 a. Das ist zwar unsinnig, aber die Diskussion darüber wird in den Jugendämtern und zwischen Ärzten und Jugendämtern geführt.

Ich glaube, hier ist der § 35 a nur der Anlaß, die Frage zu thematisieren, wie verhält sich das Jugendamt in bezug auf Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit? Das war weitgehend Domäne der Ärzte beziehungsweise der Mütterberatung des Gesundheitsamtes.

Es ist aber aus dem KJHG überhaupt nicht ableitbar, warum das Jugendamt erst ab einem Alter der Kinder von drei Jahren zuständig sein soll und davor höchstens in besonders brisanten Fällen nach § 1666 BGB die Argumente liefern soll. Das ist nicht logisch und auch nicht richtig. Wichtig ist, die Jugendhilfefachlichkeit bezogen auf diese Zielgruppe, auch unter Nutzung des medizinischen Know-hows, das man für diese Gruppe unmittelbar braucht, weiter zu entwickeln.

Ein Thema, das meines Erachtens im Zusammenhang mit dem § 35 a auch in Fortbildungen anzusprechen ist, ist sicher auch die Frage, was passiert eigentlich mit den Kindern, die aus allen bisherigen Betreuungssystemen herausfallen. Es gibt die problematische Tendenz, sie möglichst weit wegzuschaffen, um Fremdheitserfahrungen, wie es dann so schön heißt, zu ermöglichen. Das wird das schon alles richten. Daß das nicht automatisch so funktioniert, ist inzwischen wohl klar. In der Diskussion darüber würde man aber das Kind nicht mit dem Bade ausschütten, wenn negiert würde, daß es auch Jugendliche gibt, die davon sehr profitieren. Das beschreibt die Schwierigkeit, in der die Diskussion insbesondere um die Erlebnispädagogik momentan steckt.

Ein weiteres Fachproblem, das im Zusammenhang mit § 35 a auftaucht, ist ein Thema, das man überschreiben kann mit „Grenzen des systemischen Ansatzes“. Wir sind ja in der Jugendhilfe immer sehr systemisch orientiert. Wir schauen auf das Kind in seinem familiären und sozialen System und wir haben es zum Teil mit Menschen zu tun, die diesen Blick nicht so unmittelbar akzeptieren. Die sagen, es ist nicht das System, das ein Problem hat, sondern es ist das Kind, das ein Problem hat.

Und diese Argumentationsstruktur wird zum Teil von medizinischen Fachkräften aufgenommen. Ich sage jetzt nicht, daß das alles falsch ist, aber es ist ein Thema, mit dem sich die Jugendhilfe auseinandersetzen muß. An welchen Stellen ist denn ein Hilfezugang zu bestimmten Klienten, die sehr hilfebedürftig sind, zu bekommen, wenn man den systemischen Ansatz etwas modifiziert. Ich glaube, das ist auch eine Aufgabe für die Weiterentwicklung und Fortbildung in der Jugendhilfe.

Es wird im Grenzbereich Jugendhilfe und Medizin, natürlich auch im Bereich Jugendhilfe und Schule, immer wieder thematisiert, wie definiert sich das Selbstverständnis der Jugendhilfe, bezogen auf diejenigen, die die Schullaufbahn nicht erfolgreich absolvieren beziehungsweise herausfallen. Wie weit akzeptiert Jugendhilfe da eine eigene

Zuständigkeit, und wie weit versucht man, das mit Diskussionen in der Schule dahin zu lenken, daß sie sich dafür verantwortlich fühlt. Also das wäre auch so ein Bereich, wo ich glaube, daß der § 35 a Anlaß gibt, bestimmte Fragestellungen, die in der Jugendhilfe sowieso da sind, etwas gezielter anzugehen.

Hans Hillmeier: In Artikel 53 des Bayerischen Kinder- und Jugendhilfegesetzes ist geregelt, daß, eher aus pragmatischen Gründen, die gesamte Frühförderung und die Hilfe bei autistischen Störungen im BSHG-Bereich verbleibt. Wir sind kurz davor zu sagen, alles was vor Schuleintritt passiert, wird über BSHG finanziert, wobei grundsätzliche fachliche Bedenken bestehen bleiben müssen, die nur durch die ursprünglich avisierte „große Lösung“, beziehungsweise eine Poolfinanzierung der verschiedenen Leistungsträger ausgeräumt werden könnten.

Übrigens sind ja mit dem § 35 a keine neuen Leistungstatbestände eingetreten, es ist nur der ganze Verhaue, die ganze defizitäre Gemengelage im BSHG-Bereich und die verwahrloste Verfahrenskultur der Sozialämter ans Tageslicht gefördert worden. Durch diesen Zuständigkeitswechsel werden sie jetzt plötzlich daher kommen mit Kreuzel-Gutachten, die sie sich wie Briefmarken am Postschalter geholt haben, und rüber die Kohle. Das kann es ja wohl in einem fachlichen Verständnis von Jugend- und Sozialhilfe, übrigens auch im BSHG, in der BSHG-Philosophie, nicht gewesen sein.

Teilnehmerin: Ich will mal aus dem Land Berlin berichten, das, wie ich sehe, diese Probleme nicht hatte. Wir haben ein neues System geschaffen, das wir nicht in den Behörden angesiedelt haben, sondern im Bereich der freien Träger, und nennen das Kinder- und Jugendambulanzen. Wir haben inzwischen in 14 Bezirken so eine Jugendambulanz aufgebaut, und zwar mit freien Trägern, die in der Behindertenarbeit Erfahrung haben.

Das Land Berlin finanziert dies durch eine Fehlbedarfsfinanzierung, das heißt, die Träger müssen zusehen, daß über Krankenkassen §-35-a-Ansprüche, BSHG-Ansprüche, all die Dinge realisiert werden, die auch eine staatliche Einrichtung beanspruchen könnte. Und wir machen die Fehlbedarfsfinanzierung, und zwar für ein Grundsetting von Personal. Es ist immer ein Kinder- und Jugendpsychiater oder ein erfahrener Kinderarzt, der die Leitung hat. Ihm zur Seite muß eine Psychologin stehen, die Erfahrung mit Entwicklungspädagogik hat und auch mit Behinderungen, und dann kommt eine Krankengymnastin, eine Beschäftigungstherapeutin, eine Logopädin, ein Musiktherapeut - wir vertreten sehr stark auch die kreativen Ausdrucksformen in der therapeutischen Anbietung - und ein Heilpädagoge dazu. Haben wir den noch nicht gefunden, kann es ein erfahrener Erzieher sein. Dieses Team muß auf jeden Fall da sein. Und dann muß es sich vergrößern, je nachdem, wieviel betroffene Kinder in den Bezirken da sind.

Die Hauptaufgabe aus unserer Vorerfahrung, die zu dieser Konstruktion führte, ist, daß wir sehr stark mit Eltern, mit Bezugspersonen, ob in Kindergarten oder Schule, dort wo die Kinder auffällig sind, in Kontakt treten und frühe Hilfen geben. Wir wollen nämlich keine Frühförderstellen sein. Wir bieten Frühförderung an als eine Leistung und nicht als eine Stelle, die so heißt.

Inzwischen mischt sich auch sozialpädiatrische Versorgung mit hinein, und damit im Land Berlin nicht ein Riesendurcheinander passiert, haben wir uns seit einem Jahr in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengetan, in der die Krankenkassen, das Gesund-

heitswesen, Jugendhilfe und Sozialhilfe zusammensitzen und beraten, was wir erreicht haben.

Es gibt Kompetenzstreitigkeiten, es gibt sie immer wieder. Aber die Kinder- und Jugendambulanzen fangen an, ich kann das seit zwei, drei Jahren beobachten, in die Bezirke Ruhe hereinzubringen, weil sie neutral sind, weil sie bei freien Trägern angesiedelt sind, aber eine gebündelte Fachkompetenz haben, für Diagnose und für Hilfestellung.

Wir haben keinen Sozialarbeiter hereingegeben, und zwar, weil wir sagen: In jedem Jugendamt sitzt ein Sozialarbeiter, der das einzelne Kind kennt, und ihr habt sofort miteinander zu arbeiten.

Wir machen unsere ersten guten Erfahrungen, weil die Ambulanzen anders arbeiten als eine Erziehungsberatungsstelle oder ein jugendpsychiatrischer Dienst. So eine Einrichtung hatte gefehlt. Sie machen nicht mehr nur die klassischen Therapien, die dann auch zum Teil in Praxen übergeleitet werden, wenn sie aufgrund einer bestimmten Behinderung ganz massiv sein müssen.

Wir möchten, außer für die Finanzierung, von null bis sechs Jahren, also bis zur Einschulung, keine Etikettierung: „Du bist seelisch behindert oder von Behinderung bedroht oder geistig behindert“. Deshalb versuchen wir in dieser Zeit, die Hilfestellung zu geben, bis das Kind dann in den Schulbereich übergeht.

Es ist sehr angegriffen worden, daß der Träger der Jugendhilfe das neue Konzept finanziert und für uns nun die Paragraphen in dem Sinne keine Rolle spielen.

Ich hatte mir überlegt, Ihnen eigentlich heute dieses Konzept mitzubringen. Wir werden es aber in der nächsten Zeit noch einmal überarbeiten, dann könnte ich es Ihnen geben, und ich fände es gut, wenn man irgendwann darüber diskutieren könnte.

Thomas Mörsberger: Ich bin gespannt auf dieses Konzept und müßte sicher viel rückfragen, um das zu diskutieren. Aber leider haben wir wohl den Rahmen dazu hier nicht. Aber lassen Sie mich noch etwas sagen zur Rolle der Landesjugendämter, jedenfalls so, wie ich sie sehe.

Es ist immer schön, wenn es etwas gibt, das es einem leichter macht zu arbeiten. Wir sehen das bei § 35 a besonders deutlich. Ist es wirklich so hilfreich, wenn wir zur Förderung der Qualifizierung sagen: „Leute, am besten geht es da und da lang!“? Ein solcher Weg mag der praktischste und pragmatischste sein, aber möglicherweise wirkte er in die falsche Richtung, und zwar deshalb, weil Klarstellungen nach dem Motto: „Da und da geht's lang“, sehr unterschiedliche Wirkungen haben, nämlich je nachdem, was bisher gewachsen ist. Wie beim novellierten § 77 KJHG, dem Ungetüm.

Wenn eine zentralistische Deckelung des Pflegesatzes erfolgt, hat das vor Ort eine völlig unterschiedliche Wirkung, je nachdem, wie der Pflegesatz vorher aussah. Da will man etwas vereinheitlichen - und das Gegenteil ist die Folge. So werden in bestimmten Bereichen Einrichtungen geradewegs kaputt gemacht, was man gar nicht unbedingt beabsichtigt hatte. Also: Die strukturellen Wirkungen sind nicht unbedingt identisch mit dem, was man beabsichtigt. Das macht die Sache so schwierig, solche möglichen Effekte muß man genau bedenken. Im übrigen: Es gibt Traditionen in der Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendämtern, da hat sich etwas eingespielt, was ich auch gar

nicht schlecht finde, da geht es gar nicht so sehr um die Definition. Auch da sollte man genau gucken, was daraus zu lernen ist, nicht unbedingt neues draufsetzen wollen.

Ich finde interessant, daß der Kollege aus München den Fortbildungsservice betont. Das scheint jetzt der Trend zu sein, auch bei uns. Bei uns in Baden kommt noch der günstige Umstand hinzu, daß wir als Landesjugendamt innerhalb des Landeswohlfahrtsverbandes nicht nur mit der Fortbildung im Bereich der Jugendhilfe, sondern auch mit dem der Sozialhilfe betraut sind. Dadurch haben wir die Sozialhilfe gewissermaßen mit am Wickel. Gerade die Führungskräfte kommen bei uns in die gemeinsamen Veranstaltungen. So können wir auch die Abgrenzungsprobleme zur Sozialhilfe interdisziplinär und zugleich kollegial abhandeln. Im selben Haus, ein paar Stockwerke unter uns, sitzt das Landessozialamt. Wir können also auch da ein paar Dinge absprechen. Das geht allerdings nicht immer ohne Konflikte ab. Gerade im Moment streiten wir uns um das sogenannte Formblatt A. Das sollten wir jetzt für die Jugendhilfe einfach so rüberschieben, zusammen mit den kommunalen Landesverbänden. Da sagen wir : „No! Das darf ja wohl nicht wahr sein!“

Was in der Debatte bisher überhaupt nicht auftauchte, ist die Frage, wie viele Fälle es überhaupt gibt. Das war selbst bei uns, also trotz der wenigen Stockwerke zum Landessozialamt, bis heute noch nicht klar rauszukriegen. Warum? Weil die Fälle unterschiedlich zugeordnet waren. Ein interessanter Aspekt. Wenn es solch unterschiedliche Zuordnungstraditionen und -denkweisen gibt, relativiert das nicht manche Profilierungsdiskussion? Jedenfalls würde ich es - nach meinem jetzigen Kenntnisstand - ablehnen, im Hinblick auf entsprechende Zahlen Politik machen zu wollen, denn diese Zahlen muß ich doch auf irgend etwas gründen. Die Jugendhilfe hat meines Erachtens noch kein klares Zuordnungssystem, um das zu sichern. Aber mit jeder Zahl, die wir angeben, wird fachliche Politik gemacht, und möglicherweise in eine ganz andere Richtung, als die, in die wir wollen. Auch wenn ich den § 35 a nun vorgestern hier verteidigt habe und es auch weiterhin tun werde, weil ich ihn für strategisch wichtig halte, so doch nicht nach dem Motto: Jetzt wollen wir mal so etwas wie Richtwerte ins Spiel bringen.

Wie gesagt, in Freiburg haben wir eine völlig andere Struktur als in Freudenstadt im Schwarzwald. Eine völlig andere Struktur! Und wenn wir jetzt mit entsprechenden Zahlen herangehen, verzerrt das diese Diskussion auf eine gefährliche Weise. Sowohl mit Orientierungsdaten für die Zukunft als auch mit empirischen Daten aus der Vergangenheit. Was sagen die denn wirklich aus? Der eine agiert nach diesem Modell, der andere nach jenem Modell. Das muß ich meines Erachtens erst kritisch aufarbeiten, dann erst darf ich an Zahlen ran.

Hans Hillmeier: Wir dürfen unsere Augen nicht davor verschließen, daß wir ohne Kenndaten keine offensive Jugendhilfeplanung machen können. Das können wir von den Ordinarien lernen, mit Zahlen zu hantieren. Es reicht nicht zu proklamieren, die Welt sei vielfältig und sehr verschieden, und wir müssen mehr von dem und dem bekommen. Wir müssen prüfen und belegen, wieviel es wovon braucht, damit es den Leistungsberechtigten gut geht.

Thomas Mörsberger: Wenn ich im Verbandsausschuß vor die Landräte und Bürgermeister treten und solche Zahlen wie die der genannten Professoren vorhalten würde, dann kann ich genau sagen, welche Reaktionen das auslösen würde. Nämlich die: „Das

ist ja hochinteressant, aber das wollen wir erst einmal bei uns zu Hause klären. Das hat für uns jedenfalls null Bedeutung“. Im Gegenteil. Die sagen: „Die spinnen ja wohl!“

Teilnehmer: Ich habe eine Nachfrage: Wenn man davon ausgeht, und so habe ich Ihre Ausführungen verstanden, daß der § 35 a eine bestimmte Konstellation, zwar differenzierter Natur, aber eine bestimmte Konstellation von Kindern in ihren Lebenssituationen, also eine Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen beschreibt, dann kann man doch nicht davon ausgehen, daß die Feststellung seelischer Behinderung, so unterschiedlich sein soll.

Was Sie beschreiben, sind doch im Grunde die Hilfesysteme, die regional sehr unterschiedlich reagieren. Aber wenn man wirklich von einer Behinderung ausgeht, dann ist das ja anders als vielleicht bei den Hilfen zur Erziehung, wo man sagen kann, die sozialen Bedingungen spielen eine wesentlich größere Rolle.

Für Hilfen bei seelischer Behinderung müßte man doch irgendwie eine Größenordnung oder so etwas haben - vielleicht 70 Prozent. Allerdings wirft das Fragen über den Behinderungsbegriff auf, der dahintersteht.

Thomas Mörsberger: Aber das ist ja gerade der Unsinn. Ich lasse das lieber offen und entwickle meine Ansätze aus dem, was sich vor Ort in kritischer Beobachtung bewährt oder nicht bewährt hat, was ich dazu feststellen kann. Aber ich kann nicht hingehen und eine Definition machen, ein sehr künstliches Konstrukt, und dann zu Zahlen kommen. Das ist ja gerade der Punkt. Außerdem bekomme ich dann auch keine Schwierigkeiten, wenn ich den Behinderungsbegriff erweitere, um dadurch Stigmatisierungseffekte zu vermeiden. Jedenfalls setze ich Planung anders an, nicht an diesem Statistikmodell.

Teilnehmerin: Bei einer dieser beiden Tagungen bei uns in Hessen wurde auch über Zahlen gesprochen und es hat sich herausgestellt, daß die Praxis der Jugendämter vor Einführung des § 35 a auch extrem unterschiedlich war. Es gab Jugendämter, die schon vorher die Haltung hatten: Kinder mit psychischen Problemen werden von uns versorgt. Und es gab Jugendämter, die halt sehr stark die Abschiebetaktik forciert haben; bloß weg, damit wir nicht bezahlen müssen. Deswegen werden diese Zahlen auch überhaupt nichts aussagen. Es gibt in Hessen einige Städte, die von den Sozialämtern eine Unmenge von Fällen haben übernehmen müssen, weil sie vorher abgeschoben haben, und es gibt Städte und Kreise, die haben quasi überhaupt nichts übernommen, weil sie schon immer alles im Rahmen der Jugendhilfe versorgt haben.

Das andere ist mein Unverständnis darüber, wie ein Paragraph in verschiedenen Städten und Gemeinden zu einer völlig unterschiedlichen Dienstleistung führen kann. Das ist für die Bürgerinnen und Bürger eine Zumutung. Für die Beschäftigten auch. Dann kommen die Leute und sagen, wieso, mein Onkel oder meine Tante in XY bekommt die Leistung, und warum kriege ich die bei Ihnen nicht?

Teilnehmerin: Dazu will ich gern etwas sagen, und zwar haben wir von unserem Landschaftsverband Rheinland 1994 eine Arbeitshilfe in Form eines Rundschreibens an die Hand bekommen, die recht lebenspraktische Hinweise gegeben hat, und die uns auch in der Zusammenarbeit vor Ort mit dem Gesundheitsamt und anderen zuständigen Stellen sehr geholfen hat. Sie ist von den Landesjugendämtern Westfalen-Lippe und Rheinland in Zusammenarbeit mit Vertretern von Jugendämtern beider Landesteile, der Kinder-

und Jugendpsychiatrischen Dienste und Vertretern der überörtlichen Sozialhilfe erarbeitet worden.

Inge Cobus-Schwertner: Und ist das für Sie ein Beispiel einer positiv erfüllten Erwartung an das Landesjugendamt oder hier an den Landschaftsverband, die Praxis zu unterstützen bei der Umsetzung der Aufgabenwahrnehmung?

Teilnehmerin: Ja, es hat uns wirklich als Orientierungshilfe gedient. Es sind natürlich auch bei uns in Aachen gewachsene Strukturen da, auch, was die Zusammenarbeit von Stellen angeht. Aber es hat einfach geholfen, über den Tellerrand zu gucken und uns an einen Tisch zu setzen und zu sagen, das ist jetzt eine neue gemeinsame Aufgabe, wie gehen wir damit um.

Birgit Heinisch: Es besteht immer wieder die Erwartung, das Landesjugendamt sollte doch mit statistischen Zahlen aufwarten können. Jedenfalls habe ich auch gedacht, das wäre eine der Aufgaben, die wir erfüllen könnten, und habe mich in Ansätzen damit beschäftigt. Ich habe diese Sache nicht so weit getrieben, daß es irgendwelche Veröffentlichungen hätte darüber geben können.

Mir fällt auf, daß es allein in Sachsen - einem kleinen Bundesland mit etwa 4,5 Millionen Einwohnern - sehr unterschiedliche Situationen und Regionen gibt. Wir haben ein Nord-Süd-Gefälle im Land, aber wir haben auch unterschiedliche Lagen im Osten und im Westen, und wir haben vor allen Dingen ganz unterschiedliche Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Familien. Und ich habe versucht, in den Gruppen, wo wir tätig sind, Verständnis zu wecken, daß man verstärkt diese Lebenslagen in den Blick nimmt. Denn was massiv auf uns zukommt, ist eine verstärkte Armutsbewegung. Und diese stärkeren Armutssituationen vor Ort wirken sich jetzt schon aus in den Statistiken der Sozialhilfe, da kann man es ablesen, und auch in den Kriminalstatistiken vom Landeskriminalamt. Da müssen wir umdenken und überlegen: Hat das vielleicht eine Auswirkung auf unsere Bedarfsplanung, auf unsere Jugendhilfeplanung vor Ort?

Es wird auch in der regionalen Jugendhilfeplanung immer stärker gesehen, daß es an Stellen, an Geld, usw. fehlt, die und die Mittel werden gestrichen. Aber es ist doch Aufmerksamkeit dafür gewachsen, was Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen und Familien angeht auf der einen Seite und für die Notwendigkeit einer Qualifizierung der Jugendhilfefachkräfte für den Hilfeplanungsprozeß auf der anderen Seite.

Diese beiden Kriterien, Entwicklung der Lebenslagen und die Qualifizierung der Jugendhilfefachkräfte, führen dann auch dazu, daß man Genaueres über die Bedarfslagen in unterschiedlichen Bereichen sagen und Bedarfsplanung angehen kann.

Ich hörte interessiert zu, was da Berlin mit diesen Ambulanzen macht. Wir hatten ja im Osten Mütterberatungsstellen, die weggefallen sind. Ich vermute mal, daß man sich überlegen muß, was kann Sozialarbeit für verarmte Gebiete bieten. Daß man dort besonders Kräfte vor Ort interdisziplinär bündeln muß, und in welcher Weise das passiert, wird eben unterschiedlich sein müssen.

Ich denke nicht, daß wir solche Ambulanzen schaffen werden, aber was dann, wenn sich die Situation dramatisch verschlimmert? Bei uns scheint es auf einmal unheimlich hohe Zahlen von Schulverweigerung zu geben, von Kindern, die nicht mehr in die Schule gehen.

Vielleicht sucht man auch nach Definitionen auf diesem Gebiet, das ist wieder eine ganz neue Fragestellung an Konzepte der Zusammenarbeit zwischen Schule und Jugendhilfe, wo das Landesjugendamt vermitteln muß.

Das betrifft auch Grenzgebiete zur Justiz. Geschlossene Unterbringung ist eine Idee aus dem BGB, nicht aus der Jugendhilfe. Aber wenn man dann die Hilflosigkeit der Helfer bei so schwierigen Grenzfällen vor Ort sieht, dann frage ich mich, brauchen wir nicht Möglichkeiten auch vom Landesjugendamt, in Einzelfällen beratend einzusteigen, auf Wunsch und auf Anfrage, als Fach- und Dienstleistungsbehörde. Das würde ich gerne stärker ausbauen.

Inge Cobus-Schwertner: Was Sie jetzt dargestellt haben, ist ein deutlicher Hinweis darauf, daß die strukturellen Bedingungen die örtlichen Hilfsmöglichkeiten beeinflussen.

Helga Schmidt-Niraese: Ich möchte nur noch mal darauf eingehen, welchen Stellenwert man Richtlinien und Empfehlungen beimessen sollte. Ich selber habe für solche Papiere nicht so viel übrig. Ich würde Ihnen zum Beispiel zustimmen, daß sie von vielen Kollegen als hilfreich empfunden werden, weil sie damit der schwierigen Aufgabe zunächst enthoben sind, sich auf diesen Aushandlungsprozeß einzulassen, denn in der Richtlinie steht: So macht ihr es - und so machen sie es, und damit sind sie zufrieden.

Mein Verständnis aber ist, daß der entscheidende Weg die Abstimmung mit anderen und das gemeinsame Vorgehen ist, wie es in Mannheim, woher ich komme, angestrebt wird.

Die Arbeit mit Richtlinien, wenn das überhaupt geht, ist nur möglich, wenn die Auseinandersetzung im voraus stattfindet. Fertige Richtlinien erschweren in meinen Augen das auf den konkreten Fall bezogene Aushandeln.

Ich fühle mich in meiner Meinung bestärkt, weil im Bereich der Sozialhilfe das Landessozialamt in der Vergangenheit viel mehr Richtlinien, ziemlich differenzierte Vorgaben, wie zu arbeiten ist, herausgegeben hat.

Und damit habe ich ja nun ständig zu tun, wobei ich feststellen muß, daß die Sozialhilfe überhaupt nicht bereit ist, sich mit solchen Handlungsfragen zu beschäftigen, also Aushandlung von Wegen, auf denen ich zu Hilfeangeboten komme. Oder anders ausgedrückt, alles, was ich verstehe unter partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Eltern und Begleitung von Eltern, funktioniert beim Sozialamt überhaupt nicht. Es hört sich manchmal so an, als fängt es jetzt auch dort an. Ich hoffe es jedenfalls, und es wird auch zum Teil nach der Jugendhilfe geschickt, zumindest da, wo beide sehr dicht beieinander sind.

Was die Richtlinien betrifft, ist es für mich sehr viel hilfreicher, wenn, was bei uns im Landesjugendamt eigentlich alte Praxis ist, der Erfahrungsaustausch ermöglicht wird, der dazu beiträgt, daß so ein Prozeß vor Ort wiederbelebt wird. Der zwingt dann auch dazu, daß Mitarbeiter sich einfach mal damit beschäftigen, wie denkt man andernorts darüber. Und das öffnet den Blick wieder. Und befördert den Prozeß.

Die vorhin aufgeworfene Frage finde ich ganz wichtig: Es kann doch jetzt nicht jedes Jugendamt und jede Kommune nach eigenem Gutdünken das KJHG auslegen. Irgendwie muß man schon etwas dafür tun, diesen Prozeß so zu fördern, daß das nicht völlig auseinanderläuft. Das ist aber eigentlich in meinen Augen zufriedenstellend geregelt

über Fachtagungen wie diese, die entweder Anstoß geben, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, oder Gedankenaustausch ermöglichen. Darüber hinaus soll man auch nicht Fortbildungsveranstaltungen unterschätzen, die wir ja mit dem Landesjugendamt zusammen entwickeln, und in denen auch die Möglichkeit besteht, Themen oder Probleme, die in diesen Prozessen vor Ort sichtbar werden, aufzugreifen. Damit nimmt man ja auch steuernd Einfluß.

Aber das ist eine andere Art der Einflußnahme als eine Richtlinie, die ist so zufällig. Ich habe eine Menge Richtlinien zur Umsetzung des § 35 a aus der Bundesrepublik, aus Westfalen-Lippe, Rheinland usw. Bei den einen könnte ich aufschreien vor Empörung, bei den anderen sage ich: „Wunderbar, das ist es ja, was ich meine.“ Also ich könnte anfangen, dauernd die Mitarbeiter verrückt zu machen, weil ich heute die eine Richtlinie verteile zur Information, und morgen die andere, die zum Teil sehr gegensätzliche Wege kennzeichnen. Und das ist auch normal, weil es davon abhängt, welche Personen setzen sich um einen Tisch und erarbeiten Richtlinien. Also das war mir jetzt nur noch mal wichtig, weil ich Interesse daran habe, deutlich zu machen, daß die Idee „Richtlinien helfen uns“ tatsächlich überbewertet wird.

Viola Gehrhardt: Ich werde noch einmal auf die oben genannten Positionen eingehen. Es ist interessant, von der örtlichen Ebene zu hören, ein Landesjugendamt sollte mehr eine Moderatorenfunktion haben, weil diese Richtung der örtlichen Steuerung nichts vorsetzt, also keine Richtlinien vorgibt. Wir sind diesen Weg in Form von Empfehlungen, bezüglich des § 35 a gegangen. Die örtliche Ebene muß dann selbst entscheiden, wie sie dies mit dem örtlichen Jugendhilfeausschuß umsetzen kann. Das ist, finde ich, ein effizienter Weg.

Zum zweiten wollte ich noch einmal auf die Frage, die Herr Mörsberger ansprach, eingehen: Wozu dienen eigentlich Zahlen, Erhebungen? Da habe ich ähnliche Bedenken. Zum einen werden von Seiten der Obersten Landesjugendbehörde Zahlen und prognostische Vorhersagen für die Planung erwartet. Zum anderen spricht dagegen, daß in Thüringen 80 Altfälle genannt werden, wobei sich die 80 wirklich auch erst nach gut einem Jahr herauskristallisiert haben, nachdem man am Anfang aus Sicht des Landessozialamtes von drei bis 80 Fällen gesprochen hatte. Ob diese sich alle auf Fälle seelischer Behinderung beziehen, sei jedoch dahingestellt.

In diesem Zusammenhang steht, gerade bei Altfällen, die ganze Problematik der Rolle der Sorgeberechtigten, die teilweise beim Wechsel vom BSHG zum KJHG geäußert haben: „Ja eigentlich ist mein Kind doch gar nicht seelisch behindert!“, weil sie es jetzt mit der Jugendhilfe zu tun haben, und die Zuständigkeit der Jugendhilfe wirkt teilweise wie eine Barriere. Mit einem Krankheitswert kommen sie besser zurecht. Das hat auch dazu geführt, daß diese dann geäußert haben: „Mein Kind ist doch nur in dieser Einrichtung, weil es nur hier beschult werden kann“. Das sind also alles Dinge, die Zahlen verfälschen können.

Wenn man die Zahlen des Statistischen Landesamtes betrachtet - Unterbringung in Einrichtungen der Jugendhilfe nach § 34 SGB VIII generell - hat sich diese Erfassung nicht um 146 neue Fälle erhöht, sondern diese sind darin enthalten. Dies weist eigentlich alles darauf hin, daß die statistische Erfassung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher

gemäß § 35 a SGB VIII getrennt von den Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. SGB VIII äußerst schwierig ist.

Brigitte Martin: Ich möchte informieren, daß das Deutsche Jugendinstitut unter dem Stichwort „Sozialatlas“ eine ganze Abteilung unter dem damaligen Leiter, Herrn Professor Bertram, der jetzt nach Berlin gegangen ist, aufgebaut und entwickelt hat, die eine Servicefunktion für alle darstellt. Das heißt, jemand, der eine Frage hat, kann sie formulieren und dann bitten, aus diesen Sozialdaten Antwort zu bekommen.

Das Institut hat eine große Abteilung mit 20 Mitarbeitern, die sehr engagiert sind und sich dieser Fragen annehmen. Es gibt darüber auch Veröffentlichungen unter dem Stichwort „Sozialatlas“. Ich ermuntere Sie, durch ihre Anfragen zu prüfen, ob wir Ihren Anforderungen standhalten.

Das Zweite, worüber ich informieren wollte: Es gibt in Baden-Württemberg ein ausgebautes System der Frühförderung, unter Mitwirkung von Psychiatern. Darüber gibt es die sogenannte „Trost-Studie“ vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württembergs mit Zahlen bis 1993/94, so daß man sich analog zu den eigenen Planungsbedürfnissen auf die dort gezeichneten Grafiken und Daten beziehen kann.

Dieses Modell aus Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Schule und Gesundheitswesen gibt auch Anregungen, wie man so etwas machen kann. Es beinhaltet allerdings nur die Kinder bis zu 6 ½ Jahren. Es ergibt sich die Frage, ob man das für andere Altersstufen, zum Beispiel bis 18 Jahre, fortschreibt.

Gegenstand der Studie von Trost ist die Frühförderung in Baden-Württemberg. Und Frühförderung ist eigentlich all das, was auch seelische, geistige und körperliche Behinderung betrifft und vor der KJHG-Zuständigkeit lag. Insofern wäre es nützlich, dies unter den neuen gesetzlichen Bestimmungen fortzuschreiben.

Inge Cobus-Schwertner: Ich möchte an dieser Stelle den Vertretern der Landesjugendämter und der Ministerien dafür danken, daß sie sich hier in die Diskussion eingebracht und auch Rede und Antwort gestanden haben. Sie sind ja in keiner leichten Position und Funktion. Es sind hier große Erwartungshaltungen, aber auch ein wenig Resignation in bezug auf die schnelle Befriedigung dieser Erwartungen deutlich geworden. Zu den Erwartungen, die benannt wurden, gehört, daß die Landesjugendämter Gespräche ermöglichen, Auseinandersetzungen fördern und ihre Verantwortung vor allem in der Fortbildung der Fachkräfte der Jugendhilfe wahrnehmen müssen.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Workshops

DR. INGE COBUS-SCHWERTNER

Dezernentin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Stadt Potsdam

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Wir haben eine erste Bilanz gezogen, teilweise auch kontrovers diskutiert, wir haben unsere Erfahrungen verglichen und über verschiedene Konzepte zur Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe gesprochen. Der Workshop hat gezeigt, daß sich die Jugendhilfe dieser Aufgabe nicht entzieht, sondern sich aktiv und kreativ mit ihr auseinandersetzt. Zugleich sind eine ganze Menge Probleme deutlich geworden, die noch bewältigt werden müssen. Dazu gehören sowohl Abgrenzungs- als auch Kooperationsfragen: Es geht nach wie vor um die Klärung der Bedingungen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mit dem Ziel der besseren Verständigung über notwendige Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.

Ein wichtiges Ergebnis war die Erörterung der Frage, wie wir es erreichen, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter ihre Kompetenzen für Problemlösungen für seelisch behinderte Minderjährige erweitern und wie sie diese Kompetenz dann auch selbstbewußt wahrnehmen können, indem sie sie in Partnerschaft mit anderen Berufsgruppen einsetzen, um dann ihre Entscheidungskompetenz mutig wahrzunehmen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, nein zu sagen und Bürgerinnen und Bürger, die mit Entscheidungen unzufrieden sind, auf den Rechtsweg zu verweisen. Diskrepanzen zwischen Wünschenswertem und Machbarem sind in der Diskussion immer wieder sichtbar geworden. Die Diskussion um Hilfe für Kinder und Jugendliche wird von hohen fachlichen Ansprüchen geprägt. Sie ist belastet durch die realen Möglichkeiten vor Ort, die sehr unterschiedlich zur Verfügung stehen und für die die Strukturen so verschieden sind. Wir haben zum Beispiel von Stadt-Land-Problemen gesprochen und betont, daß es Aufgabe der Jugendhilfe ist, Hilfsstrukturen mitzugestalten und auch zu verändern.

Die Länderberichte haben gezeigt, daß wir einen unterschiedlichen Umsetzungsgrad in den Bundesländern haben. Das hat auch mit dem Zeitpunkt zu tun, wann diese Aufgabe in den Ländern übernommen wurde. Wobei zugleich diese Berichte meist mehr solche über das Landesjugendamt als über das Land waren und die Sichtweisen, Definitionen und Aufgabenstellungen der Landesjugendämter widerspiegeln. Es gibt hohe Ansprüche an die Jugendhilfe: Sie kommen vom Gesetzgeber, von den Ministerien und den Landesjugendämtern; umzusetzen und zu finanzieren sind sie von den Kommunen derzeit unter sehr ungünstigen Bedingungen, weil es allen an Geld fehlt.

Wir haben uns nicht mehr darüber verständigt, wie die Finanzierung der Hilfen nach § 35 a KJHG in den Ländern und Kommunen konkret geregelt wird. Generell haben die Kommunen keine Mittel dafür vom überörtlichen Sozialhilfeträger erhalten, und nur zum Teil beteiligen sich die Länder an den Ausführungskosten. Was es angesichts der bestehenden Haushaltslagen in den Kommunen heißt, eine derartige Aufgabe ohne Geld zu bekommen, muß nicht weiter erläutert werden.

Wir haben diesmal in der Hauptsache als Jugendhilfefachleute miteinander diskutiert und sind auf viele Bereiche gekommen, in denen wir unser Wissen für die bessere Zusammenarbeit mit anderen Bereichen erweitern müssen. Das betrifft auch die Verfahrenswege, die Zusammenarbeit mit Eltern betroffener Kinder, die Diskussion mit Jugendpsychiatern, mit Pädiatern, mit Ärzten für Behinderte. All das zielt ab auf die Entscheidung über die richtige und erforderliche Hilfe für das einzelne betroffene Kind, den Jugendlichen und ihre Familien. Und dabei gilt es auch, die mit Einführung des § 35 a KJHG nicht beabsichtigten, aber möglichen negativen Folgen weitestgehend zu vermeiden.

Der Diskurs steht nach wie vor an seinem Anfang. Wir sollten ihn in aller Offenheit fortsetzen, auch mit Streitlust, damit alle behinderten Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern die bestmöglichen Hilfen erhalten.

Anhang

Wie funktioniert das mit der Flexibilität?¹

Einige Anmerkungen zur Organisation der erzieherischen Hilfen und praktische Vorschläge zur wünschenswerten Entwicklung von Jugendhilfeeinrichtungen (Vorabdruck)

HAGEN WINTER

Institut für Soziale Praxis (ISP) beim Rauhen Haus, Hamburg

Die unter Experten der Jugendhilfe geführte Kontroverse, wie nach dem Inkrafttreten des KJHG die erzieherischen Hilfen implementiert werden sollten², scheint einstweilen entschieden. Die Vertreter der *angebotsorientierten Jugendhilfe* haben ihre Position weitgehend durchsetzen beziehungsweise sichern und den „Angriff“ der Vertreter eines *nachfrageorientierten Ansatzes* einstweilen noch in die Schranken verweisen können. Gleichwohl bleibt nach wie vor in der Fachöffentlichkeit das Interesse an den Fragen der Flexibilisierung von Einrichtungen und Ämtern auf quantitativ hohem Niveau erhalten.³ Ein Widerspruch? Vielleicht. Möglicherweise aber auch vor allem ein Ausdruck für die Attraktion des Ansatzes bei gleichzeitig unzureichender Rhetorik. Nach wie vor können Mißverständnisse nicht argumentativ ausgeräumt werden oder es besteht große Unsicherheit darüber, wie und gegebenenfalls über welche Zwischenschritte Flexibilität in Ämtern und Einrichtungen überhaupt erreicht werden kann.

Mit den folgenden Überlegungen möchte ich den Disput der vergangenen Jahre noch einmal aufgreifen, aber dabei versuchen, konstruktiv über festgefahrene Positionen hinwegzukommen. Dies mag gelingen, indem die Kontroverse umgeleitet wird in eine Frage nach Ziel und Richtung von Organisationsentwicklung oder genauer: Was kann eigentlich dafür getan werden, damit es zu einem Anwachsen an Flexibilität im Rahmen der Hilfen zur Erziehung kommt? Am Anfang dieser Überlegungen möchte ich um der Klarheit willen noch einmal rekapitulieren, welche Positionen sich - um verschiedene Nuancen bereinigt - eigentlich gegenüberstehen.

Der angebotsorientierte Ansatz

Die Protagonisten des angebotsorientierten Ansatzes⁴ vertreten die Auffassung, das KJHG sei so umzusetzen, daß für jede der in den Paragraphen 28 bis 35 genannten Hilfearten eigenständige, voneinander abgegrenzte Einrichtungen oder Abteilungen ge-

¹ Überarbeitetes Manuskript eines Vortrags zur Fachtagung des Vereins für Kommunalwissenschaften am 18. und 19.10.1996 in Bogensee "Flexibilisierung im Bereich der Hilfen zur Erziehung"

² Klatetzki 1995, Menne 1995, Merchel 1995

³ Der Autor dieses Beitrags wurde allein im Jahre 1996 zu acht Fachveranstaltungen eingeladen, um die Prinzipien der flexiblen Erziehungshilfen darzustellen

⁴ z.B. Kommunale Gemeinschaftsstelle zur Verwaltungsvereinfachung 1994

schaffen werden sollen. Im Rahmen der Jugendhilfeplanung wird prospektiv der Bedarf nach diesen Angeboten ermittelt. Danach werden entsprechende Haushaltsmittel für definierte Kostenstellen eingeworben, Leistungsverträge (Kontrakte) mit geeigneten Trägern ausgehandelt und abgeschlossen. Die sich hinsichtlich quantitativer Parameter unterscheidende Melange der Angebote ergibt die spezifische regionale Jugendhilfestruktur.

Eine kontinuierliche, möglichst überregional geführte Fachdiskussion liefert die spezifischen Qualitätsstandards, ein geschärftes Profil und Übereinstimmung hinsichtlich der Indikation für einzelne Hilfearten.

Angebotslücken lassen sich aus der Nichteignung der vorgehaltenen Hilfearten für spezifische Einzelfälle identifizieren und durch Erweiterung der Angebotspalette in der Zukunft schließen. Als Ergebnis dieser Implementationsstrategie entstehen über kurz oder lang akzeptierte und verbindlich beschriebene Produkte, nämlich die im KJHG als Paragraphen aufgeführten *Hilfearten*.

Die mit der Verabschiedung des KJHG eingeläutete Neustrukturierung der erzieherischen Hilfen kann - ein unbeabsichtigter aber begrüßter Nebeneffekt - wegen dieser deutlichen „Produktorientierung“ einen exemplarischen Beitrag zur Neuorganisation der öffentlichen Verwaltungen (neues Steuerungsmodell) leisten.

Die entschiedensten Protagonisten des angebotsorientierten Ansatzes kommen, so der Verlauf der bundesweiten Diskussion, einerseits aus solchen Jugendämtern, die in ihrem Zuständigkeitsbereich bereits vor der Verabschiedung des KJHG eine vielfältige, spezialisierte Angebotsstruktur aufgebaut hatten und andererseits aus etablierten Einrichtungen der Erziehungshilfen. Die Einrichtungen entdeckten für sich im Rahmen des angebotsorientierten Modells Möglichkeiten, ihre Angebotspalette, ihre Zuständigkeiten und damit ihr Stellenvolumen zu erweitern.

Daß diese beiden Instanzen sich für den angebotsorientierten Ausbau einsetzten, braucht nicht zu verwundern, denn eine wesentliche Stärke des Ansatzes besteht darin, daß er einfach und sicher ist. Feststehende beziehungsweise einfach zu beschreibende Strukturen und die Tendenz zur Spezialisierung versprechen eine Reduktion der Komplexität und damit eine vergleichsweise unkomplizierte Handhabbarkeit. Außerdem wird Bestehendes nicht in Frage gestellt, sondern Neues kann als Erweiterung von Bestehendem und Bewährtem aufgefaßt werden. Angesichts der erwarteten Verkomplizierung des Verfahrens durch das vorgeschriebene Zusammenwirken der Fachkräfte und die nachdrücklich geforderte Einbeziehung und Berücksichtigung des Elternwillens erwies sich das Argument der Einfachheit dabei als besonders stichhaltig und erfolgversprechend, um überbordende Verkomplizierung im Griff zu behalten.

Den Erziehungskonferenzen, einem der „Filetstücke“ der Jugendhilfereform, kommt in diesem Modell die - so seine Befürworter - gerade noch zu bewältigende Aufgabe zu, die „Fälle“ den bestehenden Hilfsangeboten zuzuordnen. Es liegt nun in der Natur der Sache, daß eine Zuweisung eines Falles zu Hilfen, die nicht im Angebot sind, nicht möglich ist. Dies ist eine auch von den Befürwortern des Modells konzedierte in Kauf zu nehmende Schwäche, die im Zuge der Verbesserung der Jugendhilfeplanung miniert werden kann.

Vertreter etablierter Jugendhilfeeinrichtungen unterstützen diesen Ansatz vor allem aus einem Grund: Er verspricht Planungssicherheit, man weiß, woran man ist und kann mit Auslastung der verabredeten Kapazität rechnen. Auch innerhalb der Einrichtungen können feste Strukturen geschaffen oder beibehalten werden, organisatorische Probleme bleiben vorhersehbar, bewährte Bearbeitungsstrategien behalten ihre Gültigkeit.

Soweit die Stärken des Ansatzes. Mindestens zwei gewichtige Probleme sind dagegen mit diesem Ansatz vermacht: Zum einen kann dem Anspruch auf die im Einzelfall notwendige Hilfe nur eingeschränkt Rechnung getragen werden, denn solche Hilfen, die nicht im Angebot sind, können auch nicht realisiert werden. Veränderungen im Hilfeangebot sind schwierig zu realisieren und drohen an bürokratischen Hemmnissen (zum Beispiel in Kontrakten festgeschriebene Trägerzuständigkeiten für die einzelnen Hilfearten) zu scheitern. Wo Veränderungen dennoch realisiert werden, sind sie häufig mit dem Abbruch von Beziehungen und Trägerwechsel verbunden - ein pädagogisch (Jugendamt) wie finanziell (Träger der Maßnahme) unerwünschter Begleitumstand.

Zum anderen ist dieser Strategie ein Kapazitätsproblem immanent. Da sich im Bereich der erzieherischen Hilfen anders als beispielsweise im Bereich der Kindertagesstätten die Nachfrage nach verschiedenen Hilfearten immer nur im Nachhinein feststellen läßt⁵ (Hilfe muß im Einzelfall geboten und geeignet sein, was ja erst bei den Erziehungskonferenzen letztendlich festgestellt wird), kann in den Fällen, in denen die Kapazität eines für geeignet gehaltenen Hilfeangebots bereits durch andere Fälle ausgeschöpft ist, die angemessene Hilfe nicht durchgeführt werden. Die Hilfe zur Erziehung muß vielmehr entweder verschoben oder durch eine nicht geeignete - möglicherweise teurere - Hilfe substituiert werden.

Auf eine dritte - ebenfalls gravierende - Schwierigkeit möchte ich nur am Rande hinweisen, kann sie aber an dieser Stelle nicht ausführlich reflektieren. Ich meine die Schwierigkeit der ungeklärten Beziehung zwischen Problemlage und geeignetem Hilfeangebot. Diese Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß die (sozial)pädagogische Wissenschaft keine abgesicherten Zuordnungen von biographisch bestimmter Problemlage und geeigneter Hilfeart liefert. Im Gegenteil, es besteht unter Fachleuten vielmehr Einigkeit darüber, daß erfolgversprechende Handlungsstrategien nur in einem aufwendigen, jeweils einzigartigen Suchprozeß, gewissermaßen als Arbeitshypothesen individuell zusammengestellt werden können.⁶ Diese als Arbeitshypothesen formulierten Handlungsstrategien müssen entsprechend dem im gemeinsamen Handeln von Pädagoge und Klient sich vervollständigendem Wissen und der sich vollziehenden Entwicklung variiert werden.

Der nachfrageorientierte Ansatz

Die Protagonisten des nachfrageorientierten Ansatzes⁷ argumentieren im Hinblick auf die Weiterentwicklung der erzieherischen Hilfen nun genau andersherum als die Vertreter des angebotsorientierten Ansatzes. Sie halten den Aufbau unterschiedlicher Insti-

⁵ vgl. Merchel 1994

⁶ vgl. Mollenhauer / Uhlendorff, 1992

⁷ v.a. Klatetzki 1994, Winter u.a. 1994

tutionen beziehungsweise Abteilungen für die unterschiedlichen, im KJHG aufgeführten Hilfearten für überflüssig, wenn nicht gar störend, und stellen statt dessen die im Paragraph 27 KJHG geforderte Bereitstellung der für den Einzelfall notwendigen und geeigneten Hilfe in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen.

Der Anspruch auf die geeignete Hilfe wird im nachfrageorientierten Modell eingelöst, indem an die Stelle festgeschriebener Angebote kleine innovative und flexible Organisationen treten, die in der Lage sind, schnell die individuell geeigneten Hilfearrangements zu komponieren und zu realisieren. Mit diesem Ansatz werden also dezidiert die Einrichtungen, die tätig werden sollen, und ihre innere Beschaffenheit ins Blickfeld genommen.

Werden keine Angebote vorgehalten, sondern sozialpädagogische Handlungsstrategien, Betreuungsarrangements immer erst für den Einzelfall „komponiert“ und geschaffen, stellt dies die damit beauftragten Einrichtungen vor ein großes Flexibilitätsproblem, sie benötigen ein großes und anhaltendes Innovationspotential. Als Antwort auf die Frage, wie dieses Innovationspotential geschaffen und erhalten werden kann, argumentieren die Befürworter dieses Ansatzes, es gelte unter dem Imperativ „Verkomplizieren Sie sich!“ einfache Organisationsstrukturen aufzulösen, und Lernfähigkeit im Sinne eines sogenannten „Double-Loop-Learnings“ zu schaffen. Auf diese Weise entsteht eine neue Kultur, die am ehesten mit dem Begriff „unternehmerisch“ zu charakterisieren ist.

Neben der flexiblen Organisationsstruktur und der unternehmerischen Organisationskultur rücken in diesem Ansatz die Erziehungskonferenzen nach § 36 KJHG in das Zentrum des Interesses.⁸ Sie werden als der Ort angesehen, an dem die individuell geeigneten Betreuungsarrangements zusammengestellt werden. In Erziehungskonferenzen wirken unterschiedliche Fachkräfte zusammen; die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern werden erhoben und finden - nach Möglichkeit - Berücksichtigung. Dies gelingt in dem Maße, wie nicht nach feststehenden Konzepten gearbeitet wird, denen die Fälle zugeordnet werden, sondern statt dessen „Problemsetzungen“ vorgenommen werden, bei denen die Fälle vor dem Hintergrund unterschiedlicher Handlungsstrategien betrachtet werden. Maßstab für erfolgreiches Zusammenwirken in den Erziehungskonferenzen ist die Frage, ob alle Beteiligten die einzuschlagende Handlungsstrategie für geeignet und notwendig halten, um eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung (wieder) zu gewährleisten.

Der nachfrageorientierte Ansatz unterscheidet sich darüber hinaus vom angebotsorientierten auch im Hinblick auf die Qualitätsstandards. Differenzierte und generalisierbare Produktbeschreibungen, Mindeststandards und Übertragbarkeit lassen sich nicht erstellen. Qualität äußert sich nämlich in nachfrageorientierten Organisationen vorrangig als Innovationspotential und als Prozeß- beziehungsweise Reflexionsqualität: Die zentrale Qualitätsfrage heißt hier: „Wie gelingt es, die Bedingungen des Einzelfalls zu erfassen, zu interpretieren und in situationsangemessene Betreuungsarrangements zu übersetzen?“

Wesentliche Befürworter des nachfrageorientierten Ansatzes rekrutieren sich zum einen aus dem Lager der Praktiker aus Erziehungshilfeeinrichtungen, die in der Vergangen-

⁸ Klatetzki 1994

heit mehrfach an die Grenzen engumschriebener Zuständigkeiten gestoßen sind. Sie wünschen sich flexiblere Handlungsmöglichkeiten, um unter Beibehaltung des pädagogischen Bezugs neue Betreuungsformen durchzuführen. Auf diese Weise brauchen sie ihre Klienten nicht abzuschieben oder auszugrenzen. Über die Praktiker hinaus wird der nachfrageorientierte Ansatz von Vertretern der Wissenschaft unterstützt, die in ihm neue Handlungsmöglichkeiten und ein erweitertes Professionalisierungspotential sehen. Schließlich gibt es eine dritte Unterstützerguppe, die sich, vor allem aus dem Bereich der öffentlichen Verwaltung stammend, von flexiblen Erziehungshilfen - begründet oder nicht - Kostendämpfungseffekte verspricht.

Widerspruch ruft dieser Ansatz bei vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowohl von Jugendämtern wie auch von Einrichtungen hervor.⁹ Der Ansatz wird für unrealistisch, weil für zu kompliziert gehalten. Außerdem wird Entwertung eines in einem mühsamen Personalentwicklungsprozeß erworbenen fundierten Spezialistentums befürchtet¹⁰, und es besteht Mißtrauen darüber, ob die versprochene Flexibilität in der Praxis auch realisiert werden kann.

Das Argument der Überkomplexität wird besonders auch im Hinblick auf die Erarbeitung einer geeigneten Hilfe ins Feld geführt. Hier wird argumentiert, daß schon das Zuweisen zu bestehenden Angeboten in der Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sei, so daß die Erarbeitung eines angemessenen Betreuungsarrangements an der Überlastung der Fachkräfte in den Ämtern scheitern müsse und daß man ja auch dann nie wissen könne, ob die erarbeitete Strategie denn erfolgreich sei.

Bevor wir uns, die Argumente der Skeptiker berücksichtigend, der Frage zuwenden, wovon es denn letztlich abhängt, ob Einrichtungen flexibel reagieren können, zeigt uns die folgende Übersicht noch einmal die beiden Modelle im Vergleich:

Angebotsorientierte Gestaltung der Hilfen zur Erziehung orientiert sich an:	Nachfrageorientierte Gestaltung der Hilfen zur Erziehung orientiert sich an:
bestehender Produktpalette (jeweils spezifische Einrichtungen oder Abteilungen für die Hilfen nach §§ 28 - 35 KJHG) Erziehungskonferenzen (§ 36 KJHG) haben die Aufgabe, Fälle den Angeboten zuzuordnen Art der Hilfe ergibt sich aus der Art der Angebote <i>Hilfen, die nicht angeboten werden, können nicht erbracht werden</i>	§ 27 KJHG (Hilfe muß "notwendig" und "geeignet" sein) und an § 36 KJHG Erziehungskonferenzen (§ 36 KJHG) "komponieren" die individuell geeignete Art der Hilfe im Zusammenwirken von sozialpädagogischen Mitarbeitern im Jugendamt, Eltern, Kindern, Jugendlichen und durchführenden Trägern Art der Hilfe ergibt sich aus dem individuellen Bedarf

⁹ Greese 1994, Lambach 1994

¹⁰ Menne 1994

Angebotsorientierte Gestaltung (Fortsetzung)	Nachfrageorientierte Gestaltung (Fortsetzung)
<p>Einrichtungstypus</p> <p>spezifische Einrichtungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erziehungsberatung • Soziale Gruppenarbeit • Erziehungsbeistandschaft • Sozialpädagogische Familienhilfe • Tagesgruppen • Vollzeitpflege • Heimerziehung • Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung 	<p>Einrichtungstypus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jugendhilfestation = individuell komponierte Betreuungsarrangements

Vier Bedingungen für Flexibilität in Einrichtungen der Erziehungshilfe

Untersucht man die Frage, wodurch es Organisationen erleichtert wird, sich auf instabile Umwelten (im Falle der erzieherischen Hilfen also den sich entwickelnden Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern) einzustellen, lassen sich vier wichtige Bedingungen benennen, die Flexibilität fördern. Mit diesen Bedingungen sind nun auch die Zielrichtungen für die Organisationsentwicklung benannt. Es sind:

- Funktionale Redundanz im Team
- Flache Hierarchie und minimale Spezifikation für das professionelle Handeln seitens der Leitungen
- Hohes fachliches Niveau der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Angemessene Teamgröße.

Was sich hinter diesen Bedingungen für Flexibilität verbirgt, wie sie sich in den sozialpädagogischen Handlungsfeldern darstellen, soll kurz beschrieben werden.

Der Begriff der **funktionalen Redundanz** stammt aus der Informationsverarbeitung und bedeutet hier Überbestimmtheit bei der Problembearbeitung. Angewandt auf sozialpädagogische Arbeitsfelder beschreibt er den Sachverhalt, daß die einzelnen Mitarbeiter eines sozialpädagogischen Teams nicht auf eine Methode, eine Betreuungsform spezialisiert und festgelegt sind, sondern unterschiedliche Ansätze beherrschen und diese situativ angemessen einsetzen (können). Funktionale Redundanz meint dementsprechend auch, daß die Mitarbeiter, die tatsächlich unterschiedliche Handlungsstrategien verfolgen, also verschiedene Betreuungsarrangements realisieren, sich gegenseitig vertreten (können), weil es keine ausgearbeiteten spezialisierten Berufsrollen im Team gibt, die wiederkehrend von dafür vorgesehenen Teammitgliedern wahrgenommen werden.

Gibt es also in einem Team eine derartige funktionale Redundanz, verbessern sich die Bedingungen dafür, flexibel, das heißt auf den Einzelfall bezogen reagieren zu können.

Mit **minimaler Spezifikation** ist der Umstand umschrieben, daß die Pädagoginnen und Pädagogen möglichst weitgehend nach eigenem Ermessen handeln können und nicht

(nur) innerhalb eines fest umrissenen Konzepts tätig werden müssen. Die Notwendigkeit minimaler Spezifikation bezieht sich insbesondere auf die Problemsetzungen (= wie kann der Fall verstanden werden) und die Methoden, mit denen interveniert wird. Wenn Problemsetzung und Methodenauswahl autonom vorgenommen werden können, steigt die Flexibilität, mit der den Klienten begegnet werden kann.

Damit minimale Spezifikation nicht in Willkürlichkeit umschlägt, muß ihr ein angemessenes Konzept für die Qualitätssicherung zugeordnet werden. Dies basiert nicht auf „In-Augenschein-Nahme“, sondern auf Selbstreflexion und Kommunikation im Team. Im Mittelpunkt dieses Verfahrens steht demgemäß die authentische Berichterstattung über die Erfahrungen mit dem eingeschlagenen Weg. Für diesen Weg werden theoretisch fundierte Begründungen geliefert. Erfahrungen und Begründungen werden gleichermaßen im Team diskutiert und evaluiert.

Hohes fachliches Niveau liegt vor, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über komplexes fachliches Wissen verfügen, möglichst viele sozialpädagogische Methoden kennen und beherrschen sowie Bereitschaft und Interesse zur Weiterbildung und theoretischen Reflexion aufweisen.

Wissen und Kenntnis allein reichen allerdings nicht hin, sie müssen begleitet sein von der Bereitschaft, diese Kenntnisse und Fähigkeiten auch situationsangemessen einzusetzen. Auf differenzierter Weiterbildung fußendes Spezialistentum steht Flexibilität nämlich entgegen. Ist - in diesem Sinne - hohes fachliches Niveau gegeben, verbessern sich die Möglichkeiten, einen gegebenen Fall vor dem Hintergrund unterschiedlicher Handlungsstrategien zu reflektieren, Entscheidungen zu begründen und zu fällen und situationsangemessen zu realisieren.

Angemessene Teamgröße ist eine wichtige Bedingung für Flexibilität, da der zentrale Abstimmungsmodus in flexiblen Organisationen die Kommunikation der Teammitglieder untereinander ist. Sie ist - naturgemäß - in kleineren Organisationen leichter zu bewerkstelligen als in großen. Allerdings verlangen variable Betreuungsarrangements eine Minimalgröße, ohne die nicht auf den Einzelfall abgestimmte Arrangements realisiert werden können. Das Austarieren einer angemessenen Teamgröße ist Bestandteil des Organisationsentwicklungsprozesses.

Bedingungen für Flexibilität im Jugendamt

Die vorgenannten Bedingungen lassen sich nun unschwer auch auf das Handlungsfeld Jugendamt übertragen. Wovon hängt es hier ab, ob nachfrageorientiert gehandelt werden kann?

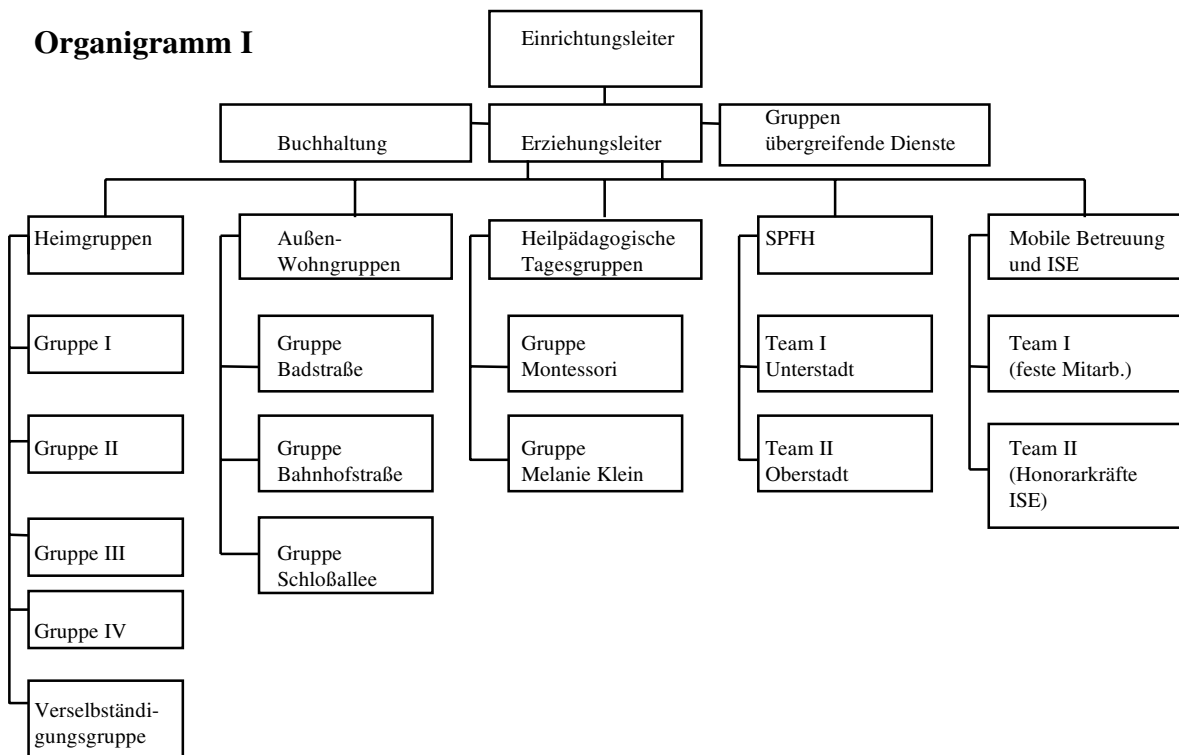
Funktionale Redundanz heißt für das Jugendamt, im Sozialen Dienst möglichst wenige spezialisierte Berufsrollen zu schaffen, sondern kleine leistungsfähige Teams, die Fachaustausch und gegenseitige Vertretung sicherstellen können. Durch kleinräumige Zuständigkeit können die Ressourcen des Gemeinwesens kennengelernt, genutzt und erweitert werden. Auf diese Weise entstehen neue Ideen für kreative Betreuungsarrangements.

Minimale Spezifikation, oder besser „Minimierung der Vorgaben“, kann im Jugendamt durch eine konsequente Teamorientierung erreicht werden. Wenngleich Verwaltungshandeln auch in weit höherem Maße standardisiert sein muß, das heißt von Mitarbeiter zu Mitarbeiter und von Fall zu Fall gleich oder gleichartig ist, anders als die individuelle Betreuungsarbeit durch Mitarbeiter freier Träger, läßt sich durch Teamarbeit eine Form von Qualitätssicherung etablieren, die den Handlungsrahmen weiter steckt als gemeinhin erwartbar. Teamorientierung ist Voraussetzung für die reduzierte Spezifikation, da mit ihr eine andere Art der Selbstreflexion und der Legitimation einhergeht. Eingeschlagene Interventionstrategien oder Nichtinterventionen sind durch teaminterne Berichterstattung und Diskussion besser legitimierbar als durch richtlinienkonformes Agieren.

Vorschläge zur Umorganisation von Einrichtungen

Die Ausgangslage

Nimmt man die dargestellten „Bedingungen für Flexibilität“ als Wegweiser für die Organisationsentwicklung, ergibt sich daraus die Möglichkeit, bestehende Organisationen im Hinblick auf den Grad der Realisierung der Bedingungen zu bewerten. Dies mag beispielhaft anhand eines Organisationsmodells einer Jugendhilfeeinrichtung geschehen, die über ein vielfältiges Angebot unterschiedlicher erzieherischer Hilfen verfügt. Das folgende Schaubild zeigt das Organigramm dieser Einrichtung:



Der dargestellte Organisationstyp erscheint exemplarisch für einen großen Verbund, der erzieherische Hilfen durchführt. Er besteht aus einem Organisationsbereich „stationäre Unterbringung“ mit mehreren Gruppen, einem Organisationsbereich „Außenwohngruppen“ und einem weiteren mit der Bezeichnung „Heilpädagogische Tagesgruppen“. Die

„Sozialpädagogische Erziehungshilfe“ ist eigenständig organisiert, „Mobile Betreuung“ und „Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung“ sind in einer fünften Unterabteilung zusammengefaßt.

Die Verwaltung und eine Reihe gruppenübergreifender Spezialdienste, von denen hier nur die therapeutischen Hilfen aufgeführt sind, sind direkt dem Erziehungsleiter zugeordnet.

Bezeichnend für diesen Organisationstyp ist, daß er nach den *Hilfearten* strukturiert ist. Bezugnehmend auf die „Bedingungen für Flexibilität“ heißt dies zum Beispiel, daß es *wenig funktionale Redundanz* sondern vielmehr ausgearbeitetes Spezialistentum und festgeschriebene Berufsrollen gibt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind auf eine Betreuungsform festgelegt (beispielsweise Mitarbeiter in der Tagesgruppe). Als Teamkollegen werden die Kolleginnen und Kollegen wahrgenommen, die den gleichen Ansatz realisieren. Die Möglichkeiten, situationsangemessen Betreuungsarrangements unter Beibehaltung des pädagogischen Bezugs zu variieren, sind eingeschränkt, denn beispielsweise gibt es für aufsuchende Arbeit in Familien einen Spezialdienst (die Abteilung Sozialpädagogische Familienhilfe).

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Organisationsmodell den übergreifenden Diensten zu. Sie repräsentieren am sichtbarsten die spezialisierten Berufsrollen. Indem sie der übergeordneten Leitung zugeordnet sind, gibt es auch festgeschriebene Zugangswege zu ihnen, die die Inanspruchnahme des in den Spezialdiensten angesiedelten Fachverständs zu einem Fall von „maximaler Spezifikation“ machen. Die gruppenübergreifenden Dienste entscheiden selbständig beziehungsweise mit Rückendeckung der oberen Leitung, welcher „Fall“ ein „Fall für den gruppenübergreifenden Dienst“ ist.

Es gibt im Rahmen dieses Organisationsmodells - voraussichtlich - ein *gehöriges Maß an Spezifikation*, das heißt Regeln, nach denen die Arbeit erledigt werden soll. Diese Spezifikation bezieht sich beispielsweise darauf, für welche Klienten die einzelnen Abteilungen zuständig sind und nach welchem pädagogischen Konzept innerhalb der Ansätze gearbeitet wird. Die Tagesgruppen definieren sich beispielsweise als „heilpädagogisch“, was auf einen therapeutischen Ansatz hinweist. Mitarbeiter arbeiten also immer im Rahmen der definierten Konzepte, sie werden für diese Konzepte eingestellt und im Hinblick auf die Arbeit innerhalb dieses Konzepts bewertet. Daraus ergibt sich ein *geringes Maß an Autonomie*.

Über das **Qualifikationsniveau** der Mitarbeiter lassen sich aus dem Organigramm keine Informationen ziehen. Allerdings ist damit zu rechnen, daß *innerhalb* der einzelnen Hilfearten die Qualifikationsstruktur ähnlich ist und eher *zwischen* den Hilfearten Variationen bestehen. Neuere Untersuchungen¹¹ verweisen darauf, daß in den „neuen“ (besonders den ambulanten) Hilfearten das Qualifikationsniveau im Durchschnitt höher ist als in den „traditionellen“ (Pädagoginnen und Pädagogen in Heimgruppen).

Angemessene Teamgröße. In der abgebildeten Organisation bilden beispielsweise die Mitarbeiter der einzelnen Heimgruppen oder der „SPFH-Unterstadt“ jeweils eigenständige Teams. Erfahrungsgemäß bestehen solche Teams aus vier bis sechs Kollegen.

¹¹ Rauschenbach 1996

Teams dieser Größe sind angemessen für festgelegte Betreuungsformen, sie können nur schwer unterschiedliche Hilfearten realisieren.

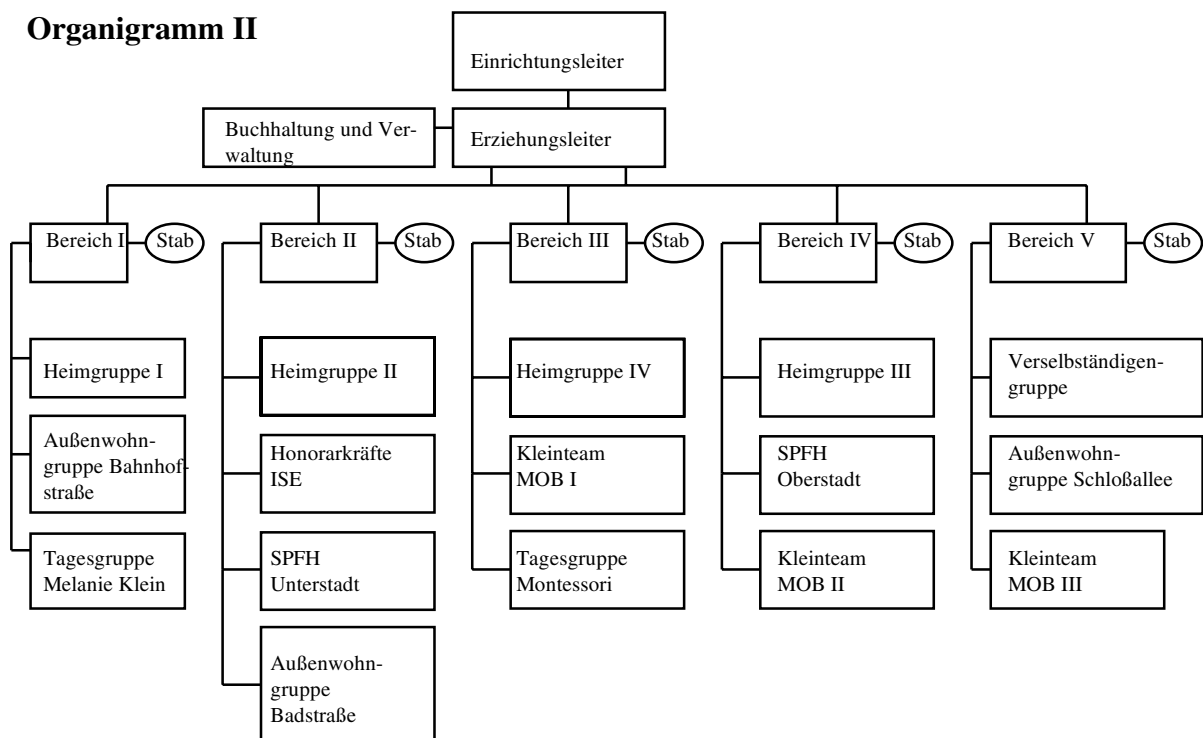
Organisationsentwicklung - erster Schritt

„Verkomplizieren Sie sich!“ hieß der Imperativ für innovative, also lernfähige Organisationen. Gemeint ist damit in allererster Linie die Auflösung von festen Zuständigkeiten und statt dessen die Entwicklung der Organisation auf ein Ziel, das ständigen Wandel, das heißt Anpassung an sich verändernde Umwelten ermöglicht.

Ein erster Zwischenschritt, eine erste Verkomplizierung wäre der Umbau der vorgestellten Jugendhilfeeinrichtung auf eine Weise, bei der die unterschiedlichen Hilfearten noch beibehalten werden, aber nicht mehr eigenständige (Unter)Abteilungen bilden. Eine Möglichkeit, diesen Umbau zu bewerkstelligen, könnte beispielsweise darin bestehen, regionale, nicht angebotsorientierte Zuständigkeiten zu schaffen.

Das folgende Organigramm zeigt die ursprüngliche Einrichtung nach ihrem ersten Umbauschritt:

Organigramm II



Dieses Organigramm zeigt die gleiche Einrichtung wie vorher, also eine Organisation mit fünf Bereichen, in denen nun aber nicht nur jeweils eine Hilfeart realisiert wird, sondern unterschiedliche Hilfearten.

Jedem Bereich, der aus circa 12 bis 15 Mitarbeitern gebildet wird, steht ein Koordinator oder Bereichsleiter vor. Er hat die Verantwortung für die inhaltliche Arbeit und - in Absprache mit dem Erziehungsleiter - auch für die ökonomischen Aspekte in seinem Bereich. Durch die Mischung der unterschiedlichen sozialpädagogischen Ansätze erhält er Einblick in Leistungen, Probleme und Denkweisen der verschiedenen Teams. Indem

ihm nur wenige Mitarbeiter unterstellt sind, kann leichter eine ansatzübergreifende Koordination (gemeinsame Dienstbesprechungen) vorgenommen werden. Interne Vernetzung - und damit auch personeller Wechsel von einem Team zum anderen ist erleichtert.

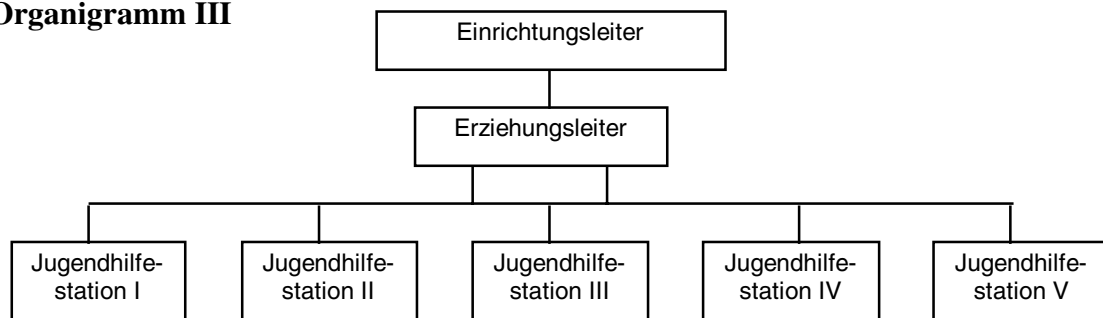
Die Kollegen der ehemals gruppenübergreifenden Dienste, die dem Erziehungsleiter zugeordnet waren, sind in diesem Modell den Bereichsleitern zugesellt. Auf diese Weise werden sie näher an die betreuend tätigen Teams herangeführt und sind unbürokratischer einzubeziehen.

Durch die Auflösung der konzeptgebundenen Unterabteilungen sowie die administrative und fachliche Zuständigkeit für einen gemischten Bereich bei einem Leiter ergeben sich bei diesem Organisationstyp erheblich erweiterte Möglichkeiten für flexibles Handeln. Zwar bleiben hier noch die unterschiedlichen Ansätze „rein“, aber durch teamübergreifende Kommunikation, (die wegen der Zugehörigkeit zu einem gemeinsamen kleinen Bereich an Verbindlichkeit gewinnt) entwickelt sich mehr Kooperation, und ein Verlassen festgefügter Zuständigkeiten wird wahrscheinlicher. So erweitern sich die Möglichkeiten, unterschiedliche Hilfearrangements bei Beibehaltung des pädagogischen Bezugs zu realisieren.

Organisationsentwicklung - zweiter Schritt

Noch einen Schritt weiter geht das folgende Modell, bei dem sich die Kolleginnen und Kollegen eines Bereichs zusammengetan und spezifische Zuständigkeiten für unterschiedliche Hilfearten verlassen haben.

Organigramm III



Die Mitarbeiter verstehen sich hier als *ein Team*, in dem sie zwar, basierend auf unterschiedlichen Ausbildungen und individuellen Berufs- und Lebenserfahrungen, unterschiedliches Wissen haben, aber nicht wiederkehrend spezialisierte Aufgabenfelder wahrnehmen. In diesem Team etablieren sich also keine spezialisierten Berufsrollen. Vielmehr können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter je nach den Bedingungen und Erfordernissen der einzelnen Fälle unterschiedliche Methoden und Ansätze verfolgen und sich gleichermaßen ergänzen wie vertreten. Es gibt also eine möglichst große **funktionale Redundanz**.

Es gibt in dieser Organisation eine **flache Hierarchie**. Dem dezentralen Einsatz der Mitarbeiter entspricht ein **Minimum an Vorgaben** darüber, wie die Arbeit erledigt werden soll. Leitung wird vor allem im Rahmen von Dienstbesprechungen wahrgenommen, die intensives Reflektieren des beruflichen Handelns und Verständigung dar-

über anstreben, welche professionellen Handlungsnormen für alle Kollegen gelten sollen. Hier, in der Dienstbesprechung, findet also auch eine ethische Diskussion statt. In diesem Organisationsmodell sind auch Administration und kaufmännische Verwaltung als - auf höherer hierarchischer Ebene angesiedelte - **Spezialabteilung aufgelöst** und statt dessen dezentral den unterschiedlichen Bereichen zugeordnet (dezentrale Ressourcenverwaltung). Damit erhält der **Bereichsleiter die gesamte fachliche und fiskalische Verantwortung** für seinen Bereich.

Die ehemals in Stabsfunktion den Bereichsleitern zugeordneten **Spezialisten sind Teil der Teams** und bringen dort ihren spezifischen Sachverstand ein, ohne sich damit auf ihre Spezialistenrolle zurückzuziehen. Dieses Team ist - von der organisatorischen Seite her - in der Lage, unterschiedliche Hilfeansätze miteinander zu kombinieren und individuelle Hilfearrangements zu kreieren.

Organisationsentwicklung als Koproduktion von Jugendamt und Freiem Träger

Eine wichtige Erfahrung im Bereich der Organisationsentwicklung von Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung besagt, daß sie nur als Koproduktion von öffentlichem Träger und Einrichtung, die die erzieherischen Hilfen durchführt, bewerkstelligt werden kann. Weder kann ein Jugendamt Flexibilität bei einem Träger verordnen, noch kann eine Jugendhilfeeinrichtung ohne oder gar gegen ein Jugendamt flexible Erziehungshilfe leisten. Vor allem setzt Flexibilisierung ein funktionierendes Rollenspiel zwischen Jugendamt als der gewährenden und überwachenden Instanz auf der einen Seite und Jugendhilfeeinrichtung als der durchführenden Instanz voraus. Klare Aufgabenabgrenzung und selbstbewußte Rollendefinition verbessern dann die Bedingungen für Flexibilisierung bei beiden Instanzen.

Meiner Erfahrung nach müssen die neuen Kooperationsformen und diese sich präzisierende Rollenverteilung in einem gemeinsamen Prozeß hervorgebracht werden, denn sie haben Umorientierungen und Neudefinitionen zur Folge. Fast immer gilt es für beide Seiten Abschied zu nehmen, von gewohnten Zuständigkeiten und Nichtzuständigkeiten.

Als besonders ertragreich in diesem Sinne haben sich Seminare erwiesen, an denen zunächst gemeinsam leitende Mitarbeiter des Jugendamts beziehungsweise der Sozialen Dienste sowie der Einrichtungen, die erzieherische Hilfen leisten, teilnehmen. Die Teilnehmenden dieser Seminare thematisieren die vorgestellten „Bedingungen für Flexibilität“, schätzen ein, wie es um sie in den unterschiedlichen Organisationen bestellt ist und entwickeln gemeinsam orts- und situationsangemessene Strategien zur Organisationsentwicklung. Ein solcher gemeinsam von den Verantwortlichen der Jugendhilfe getragener Organisationsentwicklungsprozeß öffnet das Jugendamt und die Träger gegenüber den Kindern, Jugendlichen und Eltern, also den Leistungsberechtigten des KJHG.

Literatur

- KLATETZKI, Th. (Hrsg.): Flexible Erziehungshilfen. Ein Organisationskonzept in der Diskussion. Münster 1995 (2. Auflage)
- KLATETZKI, Th.: Innovative Organisationen in der Jugendhilfe. Kollektive Repräsentationen und Handlungsstrukturen am Beispiel der Hilfen zur Erziehung. In: ders. 1995
- Kommunale Gemeinschaftsstelle zur Verwaltungsvereinfachung (KGSt): Neuorganisation der Jugendhilfe. Köln 1994
- RAUSCHENBACH, Th.: Mitarbeiterstruktur in der Jugendhilfe. In diesem Band

Literaturhinweise

Apitzsch, Martin

§ 35 a KJHG - Handlungsprobleme und Handlungsempfehlungen

in: Gemeinsam leben, Neuwied: Luchterhand; 4 (1996); Nr. 2; S. 56-59

Apitzsch, Martin

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hilfeplanverfahren unter Berücksichtigung des § 35 a KJHG

in: AFET Mitglieder-Rundbrief, Hannover; (1995); Nr. 4; S. 4-5

Apitzsch, Martin

Verhältnis von Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe innerhalb der Jugendhilfe

in: AFET Mitglieder-Rundbrief, Hannover; (1995); Nr. 2; S. 29-31

Arbeitsgemeinschaft der unterfränkischen Jugendamtsleiter / -innen

Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG. Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg

in: Der Amtsvormund, Heidelberg; 68 (1995); Nr. 11/12; S. 1139-1142

Baur-Mainka, Martin

Alltagsorientierung als Integrationskonzept. Betreutes Wohnen für seelisch behinderte junge Erwachsene

in: Gemeinsam leben, Neuwied: Luchterhand; 4 (1996); Nr. 2; S. 62-67

Baur-Mainka, Martin

Seelisch behinderte junge Erwachsene: eine neue Herausforderung an die Jugendhilfe?

Konsequenzen für die Rahmenbedingungen der Einrichtungen und die Qualifikation der MitarbeiterInnen

in: Unsere Jugend, München: Ernst Reinhardt; 47 (1995); Nr. 5

Bayerischer Landkreistag, München

Vollzug des § 35 a SGB VIII, Arbeitshilfe bei Legasthenie (Dyslexie) und Dyskalkulie (Lese-, Rechtschreib-, Rechenschwäche)

Rundschreiben vom 17. Juni 1996

Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)

Hilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Jugendhilfe gemäß § 35 a SGB VIII.

Materialien aus der Fachtagung vom Dezember 1995 in Nürnberg

München 1996; 70 S.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, München

Hinweise zur Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte und von einer solchen Behinderung Bedrohte nach § 35 a SGB VIII und § 41 i.V. mit § 35 a SGB VIII
Rundschreiben vom 16.12.1994, Nr. VI 1/7225/1/94

Cobus-Schwertner, Inge

Brauchen wir den § 35 a SGB VIII?

in: Jugendwohl, Freiburg i.Br.: Lambertus; 76 (1995); Nr. 2

Detering, Detlef

§ 35 a KJHG und die Folgen. Praktische Erfahrungen (in der Heimeinrichtung Leppermühle bei Gießen)

in: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 1 (1995); Nr. 5; S. 227-230

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.)

Seelisch behinderte junge Menschen. Folgerungen aus dem gesetzlichen Zuständigkeitswechsel BSHG /KJHG.

Dokumentation einer Fachtagung vom 6. - 8.9.1993 in Frankfurt/Main
Frankfurt/Main 1993; 100 S.

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - zum Umgang mit § 35 a Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)
AFET-Mitglieder-Rundbrief, Hannover; (1994); Nr. 2

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche - § 35 a KJHG. Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter der Länder Niedersachsen und Bremen und der Arbeitsgemeinschaft der unterfränkischen Jugendamtsleiter/innen

in: Der Amtsvormund, Heidelberg; 67 (1994); S. 561 ff.

Fegert, Jörg M.

Diskussion um „Macht- und Definitionsmonopole“. Anmerkungen zur Replik von Andreas Hilliger in Jugendhilfe 6/96

in: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 35 (1997); Nr. 1; S. 37-40

Fegert, Jörg M.

Positive und negative Irritationen um den § 35 a KJHG. Zusammenarbeit von Jugendhilfe- und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

in: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 34 (1996); Nr. 4; S. 195-202

Fegert, Jörg M.

Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35 a KJHG

Münster: Votum 1994; 221 S.; ISBN 3-930405-20-2

Feyerabend, Michael

Die „Problemgruppe“ der seelisch behinderten Jugendlichen. Erfahrungen aus der Wohngruppenarbeit

in: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 1 (1995); Nr. 4; S. 158-161

Gintzel, Ulrich/Schone, Reinhold

Der § 35 a KJHG: Stein des Weisen oder altes Eisen?

in: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 1 (1995); Nr. 4; S. 149-155

Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.)

Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.

Konzepte - Methoden - Rechtsgrundlagen

Münster: Votum 1990; 192 S.; ISBN 3-926549-32-7

Girnth, Thomas

**Betreuungsarbeit mit „seelisch behinderten Jugendlichen“ -
ein Praxisbericht**

in: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 1 (1995); Nr. 4; S. 161-163

Harnach-Beck, Viola

Seelische Behinderung - was ist das?

**Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche -
wofür ist das Jugendamt zuständig?**

in: sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 21 (1996); Nr. 12; S. 20-33

Hilliger, Andreas

Weg von Kategorisierungen - hin zu individuellen Hilfen.

Replik zum Beitrag von Jörg M. Fegert in Jugendhilfe 4/96

in: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 34 (1996); Nr. 6; S. 360-364

Köttgen, Charlotte

**Dient der § 35 a KJHG der Integration aller Kinder oder schafft er
neue Abgrenzungen?**

in: Gemeinsam leben, Neuwied: Luchterhand; 4 (1996); Nr. 2; S. 59-62

Köttgen, Charlotte

**Jugendpsychiatrischer/-psychologischer Dienst im Rahmen der Jugendhilfe.
Kinder und Jugendliche, die außerhalb ihrer Familie leben**

AFET-Mitglieder-Rundbrief, Hannover; (1994); Nr. 2

Landesjugendamt Rheinland, Köln/Landesjugendamt Westfalen-Lippe, Münster

Arbeitshilfe zur einheitlichen Durchführung des § 35 a KJHG.

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Rundschreiben 42/22 vom 10.10.1994

Landesjugendamt Sachsen, Chemnitz

**Empfehlungen zu Leistungen der Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder,
Jugendliche und junge Volljährige gemäß § 35 a und 41 KJHG**

verabschiedet vom Landesjugendhilfeausschuß am 6.12.1995

Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

**Wechsel der Zuständigkeit für Maßnahmen der Eingliederungshilfe für
seelisch behinderte junge Menschen gemäß § 35 a SGB VIII.**

Landesrechtliche Ausgestaltung durch § 28 HAG/KJHG

Rundschreiben 20 Nr. 8/1996 vom 22. Juli 1996

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, Stuttgart/

Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe

Auswirkungen des Ersten Gesetzes zur Änderung des SGB VIII auf die Eingliederungshilfe für Behinderte. Abgrenzung der Zuständigkeit der überörtlichen Träger der Sozialhilfe nach § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG zu den örtlichen Trägern der Jugendhilfe

Anlage 1: Art der Behinderung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (VO zu § 47 BSHG) - Eingliederungshilfeverordnung

Anlage 2: Förderung von Schülern mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben (Verwaltungsvorschrift vom 27.05.1988, IV/5-6504.2/20

Rundschreiben der Landeswohlfahrtsverbände vom 29.08.1991, Nr. 215/336/91 -

LWV W-H bzw. Nr. 215/313/91 - LWV Baden

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern,

Landesjugendamt, Stuttgart

Förderung von Schülern mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben (Legasthenie)

Rundschreiben vom 16.03.1992, Nr. 312/92 W-H LJA

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern,

Landessozialamt, Landesjugendamt, Stuttgart/Landeswohlfahrtsverband Baden,

Landessozialamt, Landesjugendamt, Karlsruhe

Auswirkungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes SGB VIII (KJHG) auf die Eingliederungshilfe für Behinderte

Rundschreiben vom 29.08.1991, Nr. 215/91 W-H LSA, Nr. 336/91 W-H LJA,

Nr. 215/91 Baden LSA, Nr. 313/91 Baden LJA

Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart

Eingliederungshilfe für den Schulbesuch behinderter Kinder;

hier: Urteil des Verwaltungsgerichtes Bremen vom 28.06.1990 - 3 A 142/90 - (NJW Nr. 9/1991, Seite 585)

Rundschreiben vom 27.08.1991, Nr. 363/1991

Lempp, Reinhard

Seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe - § 35 a SGB VIII

3., überarb. Aufl.

Stuttgart: Boorberg 1995; 52 S.; ISBN 3-415-02067-3

(Praxis der Jugendhilfe)

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, Potsdam

Empfehlungen zum Verhältnis der Hilfen zur Erziehung zu den

Eingliederungshilfen gem. § 35 a SGB VIII

Rundschreiben vom 28.02.1995

Mrozynski, Peter

Die Regelung des § 35 a SGB VIII im gegliederten System des Sozialrechts

in: Gemeinsam leben, Neuwied: Luchterhand; 4 (1996); Nr. 2; S. 75-80

Niedersächsisches Landesjugendamt, Hannover (Hrsg.)

Umsetzung des § 35 a KJHG.

Tagungsdokumentation einer Fachtagung vom Januar 1995

Hannover 1996; 33 S.

Nitsch, Roman

Seelisch Behinderte und Erziehungsberatung

in: Jugendwohl, Freiburg i.Br.: Lambertus; 77 (1996); Nr. 7; S. 311-316

Rabenstein, Ernst

Auswirkungen der Novellierung des KJHG. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach dem KJHG

in: Evangelische Jugendhilfe, Hannover; (1993); Nr. 2

Richters, Klemens

**Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Heim -
Erfahrung mit dem § 35 a SGB VIII**

in: Jugendwohl, Freiburg i.Br.: Lambertus; 77 (1996); Nr. 6; S. 284-289

Schmeller, Franz

Hilfe vor Versorgung. Von der schwierigen Integration seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen beim Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern

in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Stuttgart; 142 (1995); Nr. 11+12

Schmidt, Martin H./Holländer, Antje/Hölzl, Heinrich (Hrsg.)

**Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe.
Zur Umsetzung von § 35 a KJHG**

Freiburg i.Br.: Lambertus 1995; 212 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 3-7841-0771-0

Schultz, Christine

Heilpädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Jugendliche und junge Erwachsene. Ein Angebot (gem. § 35 a KJHG) der Stiftung Evangelische Jugendhilfe St. Johannis, Bernburg

in: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 33 (1995); Nr. 5; S. 289-297

Senatsverwaltung für Jugend und Familie Berlin

Ausführungsvorschriften zu den §§ 27, 35 a, 36, 41 SGB VIII (AV-ErzH - allg. -) vom 15.06.1994

in: Dienstblatt des Senats von Berlin, Teil IV, Nr. 4, 15.07.1994

Späth, Karl

Erfahrungen im Umgang mit dem § 35 a KJHG

in: Gemeinsam leben, Neuwied: Luchterhand; 4 (1996); Nr. 2; S. 68-71

Struck, Norbert

**Therapeutische Leistungen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung.
Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 29.5.1995 (AZ: 7 S 259/94)**

in: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 2 (1996); Nr. 3; S. 138-139

Struck, Norbert

Vom Fortschritt zum Rückschritt. Zur Entstehung des § 35 a KJHG

in: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 1 (1995); Nr. 4; S. 155-157

Warnke, Andreas/Martinius, Joest

Empfehlungen zu den Kriterien für das ärztliche Gutachten im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII bei "Umschriebenen Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten" ("Teilleistungsschwächen")

in: Der Amtsvormund, Heidelberg; 69 (1996); Nr. 4; S. 249-252

Wiesner, Reinhard

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Jugendhilfe. Teil 1 und Teil 2.

in: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Carl Heymanns; 83 (1996); Nr. 6 und Nr. 7/8

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. -VfK-, Berlin (Hrsg.)

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

Dokumentation der Fachtagung am 30. und 31. März 1995 im Internationalen Bildungs-Centrum Bogensee bei Berlin

Berlin 1995; 203 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-931418-00-6

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 1)