37

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!



Herausgegeben von der

Aktion Psychisch Kranke

Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!

Tagungsdokumentation
Kassel, 8./9. November 2010

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Peter Weiß
Reinhard Peukert

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Reinhard Peukert (Hg.).
Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-531-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2011
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Redaktion: Ruth Forster, Ulrich Krüger
Umschlaggestaltung: Psychiatrie Verlag, Bonn
Satz: Psychiatrie Verlag, Bonn
Druck: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Inhalt

Eröffnung und Begrüßung
Peter Weiß 9

A Rahmenbedingungen für seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen

Förderung seelischer Gesundheit und Teilhabe als Leitmotiv kooperativer Hilfen
Regina Schmidt-Zadel 14

Förderung der seelischen Gesundheit – auch eine bundespolitische Aufgabe
Thomas Stracke 19

»Der Blick auf die Welt aus Kinderaugen«: Wohlbefinden, Teilhabe, Selbstwirksamkeit aus Kindersicht
Ulrich Schneekloth 24

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie als Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen
Jörg Michael Fegert 43

Kinderfreundliche Kommune
Jürgen Nimptsch 63

Wie ermöglicht man individuelle Ansätze für Kinder mit Teilhabebeeinträchtigung?
Reinhard Wiesner 68

Gute Hilfe braucht gute Finanzierung
Renate Schepker 74

Anforderungen an ein seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen aus Sicht des Kinderschutzbundes
Heinz Hilgers 91

Lebensweltbezogene Hilfen im Sozialraum
Johannes Groppe 97

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Übergänge Jugendlicher in Arbeit (und Ausbildung

Einleitung und Fazit
Reinhard Peukert 104

»Arbeitsbündnis Jugend und Beruf« – ein Projekt der Bundesagentur für Arbeit zur Verbesserung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen SGB II, SGB III und SGB VIII
Markus Schmitz 106

Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit zum SGB II – Risikofaktoren für Jugendarbeitslosigkeit
Michael Kölch 111

Support for Unemployed with Psychosocial Problems Obtaining Reintegration Training under 25
Volker Reissner, Gudrun Ramlow, Gabriel Ehren, Johannes Hebebrand 117

II Abgestimmte Angebote in der Kommune

Einleitung
Dyrk Zedlick 119

Wie bekommt man die unterschiedlichen Stakeholder in einer Region zu gemeinsamen Projekten? – Oder: Ansätze zur Stimulierung regionaler Kooperation
Michael van Brederode 120

Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz
Claudia Porr, Bernhard Scholten 126

III Steuerung durch kooperative Hilfeplanung

Einleitung
Ulrich Krüger 132

Modelle integrierter Hilfeplanungen von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie
Werner Feiri, Dagmar Hoehne 133

Interdisziplinäre Fallberatung IkoFa – Kooperationsverbund Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule im Vogelsbergkreis
Gerhild Hoos-Jacob 141

Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP)
Ulrich Krüger 144

IV Hilfen bei Substanzproblemene

Einleitung
Jörg Holke 150

Abhängigkeitserkrankte Kinder und Jugendliche – Behandlungsrealität aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht
Edelhard Thoms 151

Das Projekt JUST – Jugendsuchttherapie, eine integrierte Hilfeform
Robert Benz 155

V Schnittstelle Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie

Einleitung
Hanna Permien 163

Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – aus Sicht des 13. Kinder- und Jugendberichts
Hanna Permien 165

Tanz auf der Rasierklinge – Psychisch kranke Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe
Patrick Hofmacher, Christine Straube 171

Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten mit der Jugendhilfe
Gotthard Roosen-Runge 176

Kinder, deren Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden – eine kooperative Herausforderung
Marc Schmid 193

Vernetzte Hilfen in Rostock
Franziska Berthold, Torsten Benz 205

JuMeGa® – Junge Menschen in Gastfamilien –
ein Jugendhilfeangebot des Vereins Arkade e. V. in Ravensburg
Barbara Roth 209

VI Prävention

Einleitung
Regina Schmidt-Zadel, Heinrich Kunze 218

Prävention im Überblick
Helga Kühn-Mengel 219

Prävention in Europa
Gregor Burkhart 223

Interdisziplinäre Rezidivprävention: Regionales Krisenmanagement
zur Versorgung von jungen Menschen mit suizidalen Handlungen –
Das Konzept von AKOS
Joachim Jungmann 231

Prävention – Initiativen einer Krankenkasse
Waldemar Radtke 236

Prävention und Hilfen für Menschen mit Ess-Störungen
in Nordrhein-Westfalen
Maria Spahn 239

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern
Dagmar Barteld-Paczkowski 247

**VII Die Weichen werden früh gestellt –
Chancen und Problematik früher Hilfen**

Einleitung
Jörg Michael Fegert 251

Frühe Hilfen: Ein Überblick
Mechthild Paul 252

VIII 15 000 Stunden Lebenszeit ... Schule als Entwicklungsraum

Einleitung
Renate Schepker, Paul-Otto Schmidt-Michel 265

Multikulturelle Schulen mit integrativen Ansätzen
am Beispiel der Jugendsozialarbeit an Schulen in Pforzheim
Scholastika Sandra Dienger 266

»Aufsuchende Schulsprechstunden« der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
des LVA-Klinikums Essen
Jana Metzelaars 269

Vom einzelnen Schulprojekt zur breiten Prävention –
Erfahrungen von Irre menschlich Hamburg e. V.
Angela Urban 273

IX Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Einleitung
Matthias Rosemann 277

Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen –
die Versorgungslage im Überblick
Maik Herberhold 279

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin
Christoph Pewesin 288

unplugged – Das Beratungscafé – Angebote für junge
psychisch kranke Menschen– unsere Erfahrungen
Christopher Haas 295

X Inklusion durch Sozialraumorientierung

Einleitung
Ingmar Steinhart 303

Sozialraumorientierte Jugendhilfe Hamburg
Marita Block 304

Unterricht für kranke Schüler in der BRD
Mona Meister 309

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 314

Veröffentlichungen und Informationstagungen 317

Eröffnung und Begrüßung

Peter Weiß

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich freue mich sehr, Sie zu unserer Tagung *»Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!«* begrüßen zu dürfen.

Dem Bundesgesundheitsministerium möchten wir für die Förderung dieser Veranstaltung herzlich danken. In diesem Zusammenhang begrüße ich ganz besonders den Leiter des Referates 314 »Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie« im Bundesministerium für Gesundheit, Herrn Dr. Thomas Stracke. Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat sich vor einigen Monaten viel Zeit für ein Gespräch mit dem Vorstand der Aktion Psychisch Kranke genommen. Er hätte Sie sehr gerne persönlich bei dieser Tagung begrüßt. Leider ist er heute und morgen verhindert und lässt Sie herzlich grüßen. Ebenfalls grüßen lässt die Ministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder, und wünscht der Tagung einen guten Verlauf.

Immer mehr Kinder und Jugendliche werden psychisch krank! Das zeigen sowohl der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts als auch der 13. Kinder- und Jugendbericht. Die Zahlen der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen in Deutschland schwanken dabei je nach Perspektive und Untersuchungsgegenstand zwischen 15 und 22 Prozent, die der Kinder mit manifesten psychischen Störungen zwischen 7 und 10 Prozent mit zunehmender Tendenz.

Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Die geistig-seelische Entwicklung von Kindern verläuft nicht kontinuierlich und ist sehr störungsanfällig. Kinder aus armutsgefährdeten Familien, Kinder mit einem Migrationshintergrund und Kinder von Alleinerziehenden sind insgesamt häufiger betroffen.

Seit 1969 ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland als eigenes ärztliches Fachgebiet anerkannt. Im Jahr 1985 hat die Aktion Psychisch Kranke im Rahmen ihrer Jahrestagung eine Bestandsaufnahme gemacht. Damals wurde bemängelt, dass sich in der Bundesrepublik zu diesem Zeitpunkt erst 28 Kinder- und Jugendpsychiater niederlassen konnten. Am 31.12.2009 waren es immerhin 737 niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Auch wenn in den letzten Jahren die Zahl dieser Fachärzte deutlich zugenommen hat, entspricht ihr Anteil prozentual nicht dem der Erwachsenen. Dies, obwohl Kinder genauso häufig von psychischen Störungen betroffen sind wie Erwachsene.

Gesetzliche Grundlagen für Hilfen im Kindes- und Jugendalter finden sich in verschiedenen Säulen der Sozialgesetzgebung: Gesundheit (SGB V), Jugendhilfe (SGB VIII), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB VIII), Pflege (SGB IX) und Sozialhilfe (SGB XII). Die sozialrechtliche Zuordnung erforderlicher Leistungen führt nicht selten zu Problemen.

Neben Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist bei den Schulen ein Auftrag zur Gesundheitsbildung, -erziehung und -förderung verankert. Dieser Auftrag wurde

von den Bundesländern in ihren Schulgesetzen festgelegt und ist damit integraler Bestandteil des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrags.

Eine gesetzliche Grundlage, die die gemeinsame Verantwortung von Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schulen regelt, gibt es nicht.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist deshalb Folgendes festgehalten worden: »Wir werden das Kinder- und Jugendhilfesystem und seine Rechtsgrundlagen im SGB VIII auf Zielgenauigkeit und Effektivität hin überprüfen. Wir wollen frühe, schnelle und unbürokratische Hilfezugänge durch hoch qualifizierte Leistungsangebote und den Abbau von Schnittstellenproblemen zwischen der Jugendhilfe und anderen Systemen erreichen. Dies gilt insbesondere bei frühen Hilfen und bei Hilfen für junge Menschen mit Behinderungen.«

An der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist mit den *›Frühen Hilfen‹* bzw. *›früher Förderung‹* eine Entwicklung in Gang gekommen, die auf Kooperation angelegt ist. Aber auch in diesem Feld befinden sich viele Lösungsansätze noch in der Erprobung. Einige Rechts- und Finanzierungsfragen sind noch offen.

Mit dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geplanten Kinderschutzgesetz, das auf den Säulen Prävention und Intervention fußt, sollen die Gesetzeslücken geschlossen und Zusammenarbeit gestärkt werden. Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fordert als Konsequenz aus dem 13. Kinder- und Jugendbericht aktuell die Einbeziehung der Gesundheitsförderung in die Kinder- und Jugendhilfe.

Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen im direkten Lebensumfeld erfordern eine enge Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen. Aber auch die verschiedensten wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen müssen kooperieren.

Wir wollen mit der diesjährigen Tagung Impulse dafür setzen, dass die Rahmenbedingungen für ein seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verbessert werden. Besonderes Augenmerk haben wir dabei auf Prävention, Hilfen, sozialrechtliche Unklarheiten und eine verlässliche Finanzierung gerichtet.

Mit zahlreichen interessanten Fachvorträgen und einer Politikerrunde zum *»Spannungsverhältnis Kommunen – Bund«* wollen wir in insgesamt zehn verschiedenen Symposien Fachleute aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe an einen Tisch bringen. Hier ist viel Raum für Diskussionen und Erfahrungsaustausch vorgesehen.

Die Symposien spannen thematisch den Bogen von *»Frühen Hilfen«* über *»Schule«* bis hin zu *»Übergänge in Arbeit«*. Weitere inhaltliche Schwerpunkte sind:

- Abgestimmte Angebote in der Kommune
- Steuerung durch Hilfeplanung
- Hilfen bei Substanzproblemen
- Schnittstelle Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie
- Prävention
- Sozialpsychiatrische Versorgung *und*
- Inklusion durch Sozialraumorientierung.

»Kinder sind unsere Zukunft!« Dieser viel zitierte Slogan trifft gesellschaftspolitisch betrachtet ins Schwarze. Wenn wir mit Herrn Schneekloth gleich *»den Blick auf die Welt aus Kinderaugen«* werfen, wird deutlich, dass dieser Satz nur die Erwachsenperspektive abbildet. Kinder sollen »unsere« Zukunft sichern. Das erzeugt Erwartungsdruck.

Das Motto der 2. World Vision Kinderstudie *»Zukunft für Kinder!«* dagegen nimmt bedingungslos die Perspektive der Kinder ein. Seelische Gesundheit und Teilhabe sind Grundvoraussetzungen dafür, Kindern eine Zukunft zu geben. Kein Kind darf dabei vergessen werden.

Ich wünsche Ihnen eine spannende und erfolgreiche Tagung.

A Rahmenbedingungen für seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen

Förderung seelischer Gesundheit und Teilhabe als Leitmotiv kooperativer Hilfen

Regina Schmidt-Zadel

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein herausragendes Thema!

Das gilt grundsätzlich, weil wir als Gesellschaft für unsere Kinder besondere Verantwortung tragen. Es gilt aber bei uns und im Moment im Besonderen, weil wir überdeutlich hören und sehen, dass es bei uns in zunehmendem Maße Kinder und Jugendliche gibt, deren seelische Gesundheit beeinträchtigt ist, die psychische Störungen entwickeln, die zum Beispiel zu Suchtverhalten neigen, Depressionen oder Ängste zeigen, die grundlegende Sinnzweifel äußern bis hin zum Wunsch, ihrem Leben ein Ende zu bereiten.

Herr Weiß hat in seiner Eröffnung dargelegt, wie die Zahlen steigen. Wir alle kennen diese Entwicklung. Auch die Öffentlichkeit nimmt das zur Kenntnis und die Medien berichten darüber.

Aber wie ist es mit der Politik??? Ich will nicht verhehlen, dass es uns enttäuscht, aber auch verärgert, dass es uns nicht gelungen ist, heute im Rahmen dieser Tagung, eine Diskussion mit Bundestagsabgeordneten durchzuführen. Bei allem Verständnis für die Terminnöte von den Gesundheitspolitikerinnen und -politikern, die uns zunächst zugesagt haben: Dieses Thema braucht Zeit und Beachtung. Wir werden uns weiterhin intensiv auch in Berlin darum kümmern: Wenn die Politiker nicht zu uns kommen, dann gehen wir zu ihnen.

Warum ist das Thema so wichtig? Weil es größer wird. Aber auch, weil man im Kinder- und Jugendalter noch am meisten erreichen kann. Insofern wiegen Versäumnisse bei Kindern besonders schwer.

Wir sehen Versäumnisse: Hilfe setzt oft erst ein, wenn die psychischen Störungen schon ein ganz erhebliches Ausmaß erreicht haben. Dann wird auch bei psychischer Krankheit oft zu lange ausschließlich mit pädagogischen Mittel gearbeitet, bevor therapeutische Hilfen eingesetzt werden.

Wir sehen aber auch die positiven Beispiele. Sie zeigen, dass man mit geeigneter Hilfe viel erreichen kann.

Was ist nun geeignete Hilfe?

Aus unserer Sicht vor allem eine kooperative Hilfe. Wir verfolgen nicht die Idee, die Kinder früher in psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe zu bringen und länger dort zu halten.

Wir halten es allerdings für erforderlich, dass psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz stärker in die Jugendhilfe einfließt. Dass frühe Beratung von Eltern und Kindern, aber auch von Erzieherinnen, Lehrerinnen und Ausbildern bei Bedarf schnell und leicht zugänglich ist und dass auch dabei psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz einfließt.

Und wir halten es für erforderlich, dass das multiprofessionelle Zusammenwirken verstärkt wird und dabei nicht ständig sozialrechtliche Abgrenzungsfragen Schwierigkeiten machen: Wer ist zuständig und wer hat für was zu zahlen?

Die sozialpädiatrischen Zentren sind ein positives Beispiel, das sich seit vielen Jahren bewährt. Davon gibt es zu wenige. Aber auch bei allen anderen Einrichtungen und Diensten sollte berufsgruppen- und methodenübergreifend ein Klima der Kooperation geschaffen bzw. gefördert werden.

Die Hilfeplankonferenzen, die in der Jugendhilfe schon eine längere Tradition haben als in der Eingliederungshilfe, sind ein Forum der Kooperation. Vielleicht sind sie manchmal ein wenig zu stark auf die Jugendhilfe ausgerichtet und von dieser dominiert. Aber insgesamt halten wir diese Abspracheform für eine Errungenschaft, die man erhalten und ausbauen sollte.

Doch die Kooperation bei der Zielplanung und Beschlussfassung reicht nicht. Wir brauchen auch in der Folge Begleiter der Kinder und Jugendlichen, aber auch der Eltern und aller wichtigen Bezugspersonen. Das kann die Jugendhilfe bei psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen nicht allein leisten. Eine Hilfeform, die die Abstimmung der Leistungen im Einzelfall in den Mittelpunkt stellt, ist noch wenig entwickelt. So etwas brauchen wir!

Dabei geht es nicht nur um die Verzahnung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dazu gehören je nach Einzelfall Kinderärztinnen, Logopäden, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeuten, Familienhelferinnen, Lehrerinnen, Ausbilder, Erzieherinnen, Hausaufgabenhelfer, Jugendzentrumsmitarbeiterinnen und andere Mitarbeiter der offenen Jugendhilfe, usw. usw.

Mit dem Ausmaß der Probleme wächst die Anzahl der Beteiligten exponentiell. Wer hat im bestehenden System die Zeit, sich darum zu kümmern? Und wer hat dies als Aufgabe, wo doch in Zeiten der Personalknappheit jeder sich auf den eigenen gesetzlich definierten Zuständigkeitsbereich konzentrieren muss?

Im Zweifelsfall liegt die Zuständigkeit bei der Jugendhilfe und damit finanziell bei der Kommune. Wir glauben, dass diese Feststellung nicht ausreicht. Da bei psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen immer auch Fragen der Behandlung und der Rehabilitation berührt sind, da fast immer auch Auswirkungen bzw. Wechselwirkungen mit dem Bildungsbereich bestehen, da fast immer die Familie als Ganzes betroffen ist mit vielfältigen sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen, kann man nicht immer nur sagen: Die Jugendhilfe wird es richten.

Bildung ist Länderaufgabe und die Länder sind für die Personalausstattung der Schulen zuständig. Die Forderung nach sozialpädagogischer und psychologischer Begleitung und Beratung an den Schulen sollte daher auch an die Länder gerichtet werden. Das gilt auch für besondere Förderungsbedarfe bei psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Sofern diese Förderschulen besuchen ist das auch unstrittig landesfinanziert. Aber warum nur dort? Die Kommunen können die Aufgaben, die ihnen übertragen sind, finanziell nicht mehr schultern. Aber auch die Krankenkassen sind gefragt, sofern es sich um krankheitsbedingte Störungen handelt. Zudem sind sie zur finanziellen Unterstützung präventiver Maßnahmen verpflichtet.

Optimal wäre es, wenn man nicht nur verstärkt auf der Ebene der Beteiligten zu kooperativen Arbeitsformen käme, sondern wenn auch die Finanzierung der Hilfen gebündelt würde. Dann kommt man von abgestimmten additiven Hilfen zu komplexen Hilfeprogrammen.

Rechtlich ist das über das persönliche Budget möglich. An persönlichen Budgets können sich je nach Lage des Einzelfalls Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Krankenkasse und die Agentur für Arbeit beteiligen. Das ist in § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) IX geregelt. Uns sind keine trägerübergreifenden persönlichen Budgets unter Einbeziehung der Jugendhilfe und der Krankenkasse bekannt. Vielleicht gibt es Einzelbeispiele. Diesen Weg sollte man auf jeden Fall gehen.

Vor der Hilfe zur Teilhabe kommt allerdings die Prävention. Alle Sozialleistungsträger sind zur Prävention verpflichtet. Auch hier wäre es viel sinnvoller, die jeweils einzelnen Aktivitäten zu bündeln. Mit einem Präventionsgesetz, das alle Leistungsträger einbezieht könnte so etwas geregelt werden. Dabei könnte man den Kindern und Jugendlichen besondere Bedeutung beimessen. Soweit zum Aspekt der Kooperation, einschließlich der finanziellen Bündelung von Leistungen.

Teilhabe

Die 85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK) hat im November 2008 Eckpunkte zu einer Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen beschlossen.

Die anzustrebende Reform soll sich danach an folgenden Eckpunkten orientieren:

- Entwicklung zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Menschen mit Behinderungen,
- Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie
- Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen.

Wir freuen uns außerordentlich, dass hier wesentliche Teile dessen aufgegriffen worden sind, was die Aktion Psychisch Kranke 1998 als Konzept der personenzentrierten Hilfen vorgestellt hat. Es geht unter anderem darum, dass gar nicht mehr zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Hilfen unterschieden wird. Es soll nur noch um den individuellen Bedarf gehen. Erforderliche Hilfen werden unabhängig vom Ort der Leistungserbringung finanziert, das heißt unabhängig davon, ob der Anspruchberechtigte in einem Heim, bei seinen Eltern , allein oder mit anderen in einer eigenen Wohnung lebt.

Dieses Prinzip entspricht genau unseren Vorstellungen. Es darf nicht sein, dass man intensive Hilfen nur in einem Heim bekommen kann. Wer in einer solchen Gemeinschaft leben will, soll dies auch in Zukunft gerne tun. Aber wer lieber oder besser bei seinen Eltern lebt, in einer Wohngemeinschaft oder wie auch immer – der muss die gleichen Hilfen bekommen können wie in einer Einrichtung.

Das muss natürlich auch für Kinder und Jugendliche gelten. Zurzeit leben Kinder mit Behinderung, die fortlaufender Unterstützung bedürfen entweder bei ihren Eltern oder in einer Einrichtung. Solange sie bei den Eltern leben, leisten diese im Wesentlichen ohne öffentliche Förderung jegliche Hilfe, die nötig ist. Dabei sind die Eltern manchmal bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit belastet und selbst von Krankheit und sozialer Isolation bedroht. Haben sie dann noch die Energie, sich um die Schulprobleme zu kümmern und Freundschaften ihres Kindes mit Gleichaltrigen zu fördern? Wer berät sie in den schwierigen Fragen des Umgangs mit ihren Kindern?

Natürlich sollten Kinder möglichst bei ihren Eltern bleiben. Aber Inklusion heißt nicht, dass man die Familien mit ihren Problemen allein lässt. Wenn dann professionelle Hilfen einsetzen, sind es bei intensiverem Hilfebedarf meistens stationäre. Natürlich gibt es in der Jugendhilfe auch intensive ambulante Hilfen, zum Beispiel hochfrequente Familienhilfe oder sozialpädagogische Familienhilfe. Da läuft manches besser als in der Eingliederungshilfe für Erwachsene. Aber trotzdem ist doch ein ganz erheblicher und kaum sinkender Anteil stationär und dies immer noch oft überregional. Für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen ist da oft der Übergang ins Wohnheim für seelisch behinderte Erwachsene schon programmiert.

Ähnliche Kontinuitäten haben wir hinsichtlich Arbeit und Ausbildung.

Zu diesem letzten Punkt sind im erwähnten ASMK-Beschluss auch ausdrücklich behinderte Schülerinnen und Schüler erwähnt. Kinder aus Förderschulen wechseln heute nach Schulabschluss nahtlos in die Werkstatt für behinderte Menschen, weil automatisch unterstellt wird, dass sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine Chance haben. Das hat mit Inklusion wenig zu tun und lässt manche Möglichkeiten von Jugendlichen ungenutzt. Es liegt einfach daran, dass wir zu sehr in Einrichtungskategorien denken und noch zu wenig individuelle langfristig verlässliche Hilfen im allgemeinen Arbeitsmarkt haben.

Der ASMK-Vorschlag setzt hier die richtigen Akzente. Die Amtschefkonferenz zur 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 20./21.10.2010 (Runde der Staatssekretäre, die die ASMK im November vorbereiten) hat die Richtung noch einmal bestätigt und konkretisiert. Jetzt muss die Bundesregierung handeln. Wir sollten uns alle dafür einsetzen, dass es noch in dieser Legislatur zu einer entsprechenden Eingliederungshilfereform kommt.

Aber auch im Vorfeld einer solchen Reform kann man in allen Bereichen das Prinzip Inklusion befördern. Es geht darum, Menschen mit und ohne Behinderung, im Speziellen mit und ohne psychische Beeinträchtigung, zusammenzubringen. Der Aufenthalt in spezialisierten Einrichtungen nur für psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche sollte möglichst begrenzt werden. Primat hat die Hilfe im Lebensfeld des Kindes – unter Einbeziehung der Eltern und aller wichtigen Bezugspersonen.

Sofern Kinder und Jugendliche in spezialisierten Einrichtungen leben, lernen oder arbeiten, sollte man diese für nicht beeinträchtigte Kinder und Jugendliche öffnen (*Beispiel: Anna-Freud-Schule in Köln; http://www.annafreudschule.de)*.

Ich komme noch einmal auf einen anderen Punkt des ASMK-Beschlusses: »Zuständigkeit aus einer Hand für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen« heißt es da.

Das ist auf die Eingliederungshilfe bezogen. Bei Kindern und Jugendlichen müsste man aber unbedingt auch die Jugendhilfe einbeziehen. Wie soll man denn ernsthaft entscheiden, was im Einzelfall sozialpädagogischer Förderbedarf ist (in der Zuständigkeit der Jugendhilfe) und was Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (in der Zuständigkeit der Sozialhilfe)? Hier ist eine eindeutige Zusammenführung der Zuständigkeit erforderlich. Wir erwarten hier eine klare gesetzliche Regelung.

Förderung der seelischen Gesundheit – auch eine bundespolitische Aufgabe

Thomas Stracke

Sehr geehrter Herr Weiß, sehr geehrte Frau Schmidt-Zadel, sehr geehrter Herr Prof. Kunze, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zu Ihrer Jahrestagung, zu der ich Ihnen die Grüße des Bundesgesundheitsministers Herrn Dr. Rösler überbringen darf.

Die APK greift in diesem Jahr einen gesundheitspolitischen Schwerpunkt des BMG, aber auch eine gesamtgesellschaftlich höchst relevante Problematik auf. Psychische Erkrankungen gehören inzwischen zu den am häufigsten diagnostizierten gesundheitlichen Störungen nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen.

Vor drei Jahren haben die Auswertungen des deutschen Kinder- und Jugendsurveys gezeigt, dass bei rund 15 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen psychische und Verhaltensauffälligkeiten bestanden: Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Störungen und Alkohol- oder Drogenkonsum sind die häufigsten Formen. Wer davon betroffen ist, den trifft nicht nur das damit unmittelbar verbundene Leid, sondern er hat gleichzeitig schlechtere Bildungschancen, schlechtere persönliche und berufliche Entwicklungschancen und letztlich eine schlechtere soziale Integration und Teilhabe. Daher bedürfen die betroffenen jungen Menschen und ihre Familien der besonderen Aufmerksamkeit der Gesellschaft.

Für Politik und Gesellschaft ergeben sich im Kern zwei Aufgabenbereiche:

I. Wirksame Prävention: Prävention hat Vorrang vor Behandlung. Für welche Altersgruppe könnte dieser Grundsatz mehr Gültigkeit haben als für die Heranwachsenden.

II. Gute Versorgung: Diejenigen, die an einer psychischen Störung leiden, benötigen bedarfsgerechte Hilfsangebote. Das sind effiziente Behandlungskonzepte in einem flexibel reagierenden Hilfesystem, das auch die Schnittstellen zu nicht-medizinischen Hilfen berücksichtigt.

Zu I: Wirksame Prävention

Präventionsstrategie des BMG

Das Bundesgesundheitsministerium will einen weiteren Beitrag für noch mehr Gesundheitsvorsorge in Deutschland leisten und bereitet aktuell den Start einer neuen Vorsorge-Initiative vor. Es wird kein Präventionsgesetz geben, sondern eine schlüssige Präventionsstrategie, bei der Kinder und Jugendliche im Fokus stehen. So ist es auch bereits im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vereinbart. Im Kern soll die Prävention stärker Eingang finden in die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Denn sie verfügen über das notwendige Fachwissen und sie haben einen flächendeckenden Zugang zu den Menschen. Dabei können z. B. Haus- und Kinderärzte eine zentrale Rolle spielen.

Aber auch das bisherige Engagement für Prävention und Gesundheitsförderung z. B. in Kindertagesstätten und Schulen wird weitergehen. Die Auswertung der KiGGS-Daten hat dazu viele Ansatzpunkte geliefert. *(Als wesentliche Bedingung für ein psychisch gesundes Aufwachsen gelten personale, familiäre und soziale Ressourcen und der Erwerb von Lebenskompetenzen. Dies geschieht in erster Linie im unmittelbaren Lebensumfeld der Kinder, also in den Familien, in der Kita, in der Schule, in Freizeiteinrichtungen und Vereinen.)* Hierbei ist aber nicht vorrangig der Bund, sondern sind die Länder und Kommunen die zentralen Akteure.

Der Bund unterstützt dies durch die Gestaltung des sozialrechtlichen Rahmens, durch Aufklärung und Information der Bevölkerung und Modellprojekte, oder auch durch Strategiepapiere und Aktionspläne.

Ich möchte dazu einige Beispiele nennen: Prävention und Gesundheitsförderung geschieht in einem komplexen Zusammenspiel der politischen und der zivilgesellschaftlichen Akteure. *Aktionspläne, Strategiepapiere und Förderprogramme* des Bundes können dabei als Grundlagen dienen für ein abgestimmtes Handeln der Akteure.

Beispiele Strategiepapiere:

- 2005 Bundesregierung: Nationaler Aktionsplan »Für ein kindergerechtes Deutschland«
- 2008 Bundesregierung: Strategie zur Förderung der Kindergesundheit

Beispiele Förderprogramme:

- 2006 BMFSFJ »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme«
- 2008 BMFSFJ »Aktionsprogramm Kindertagespflege«

Beispiel Gesundheitsziel:

- 2003 (überarbeitet 2010) Nationales Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen«

Eine der hier aufgeführten Maßnahmen ist die *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*, die 2008 auf Initiative der Bundeskanzlerin entwickelt und vom Bundeskabinett verabschiedet wurde. Datengrundlage war der KiGGS. Die Strategie als ein ressortübergreifender Maßnahmenkatalog beinhaltet eine Vielzahl von Maßnahmen für die Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Eine Reihe von Projekten wurde oder wird in der Verantwortung des BMG umgesetzt. Die Liste zeigt einen deutlichen Schwerpunkt in der Förderung der psychischen Gesundheit.

BMG-geförderte Projekte im Rahmen der Kinderstrategie

- Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von sechs bis zehn Jahren (Berlin School of Public Health, Charité Berlin)
- Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Teil des Elternbildungs- und Fortbildungsprogramms Starke Eltern – Starke Kinder® (Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e. V.)
- Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen (Kinderhospital Osnabrück)

- Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland (Uniklinikum Hamburg-Eppendorf)
- Ganzheitliche Förderung der psychischen Gesundheit in der Ganztagsschule (Leuphana-Universität Lüneburg)
- Evaluierung der Aufklärungsinitiative »Verrückt? Na und!« zur Stärkung der seelischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Irrsinnig menschlich e. V.)
- Evaluation eines regionalen Modellprojektes zur Umsetzung des KBV-Mustervertrags nach § 73 c SGB V zu ADHS (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg)
- Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse von KiGGS (Robert Koch-Institut)
- Fachtagungen für Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten Elternarbeit zum Thema gesund aufwachsen (BZgA)

Maßnahmen des Bundes im Bereich Information und Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt die Prävention bei Kindern und Jugendliche in einem eigenen Arbeitsschwerpunkt. Sie hat dazu ein umfassendes und qualitätsgesichertes multimediales Angebot entwickelt. Es richtet sich an Eltern, andere Betreuungs- und Erziehungspersonen sowie Kinder und Jugendliche selbst. Bei der Vielzahl von Materialien und Projekten wird die Förderung der psychischen Gesundheit konsequent als ein Querschnittsthema berücksichtigt *(www.kindergesundheit-info.de)*.

Gesetzgebung des Bundes

Ein Beispiel für ein erfolgreiches sozialgesetzliches Steuerungsinstrument ist die Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V). Nach dem Präventionsbericht 2009 der GKV profitieren davon vor allem die Kinder und Jugendlichen. Sie bildeten mit 74 Prozent die größte Zielgruppe aller settingbezogenen Fördermaßnahmen. Dabei lag der Schwerpunkt in den Bildungseinrichtungen Kita und Schule, wo insgesamt rund 13 500 Settings erreicht wurden.

Drogen- und Suchtprävention

Die Aktion Psychisch Kranke hatte zu dieser Veranstaltung auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Mechthild Dyckmans eingeladen. Frau Dyckmans kann aus Termingründen leider nicht teilnehmen. Sie hat mich aber gebeten, Sie alle herzlich zu grüßen und hier auch kurz auf unsere Maßnahmen im Bereich der Drogen- und Suchtprävention einzugehen.

Der Konsum von Alkohol und Drogen ist einer der großen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich aus einem Probierkonsum von z. B. Alkohol oder Cannabis ein missbräuchliches oder gar abhängiges Suchtverhalten entwickelt, steigt je jünger die Kinder und Jugendlichen sind. Aber nicht nur das. Es ist z. B. bekannt, dass Cannabis-Konsum bei Menschen mit entsprechender Veranlagung eine Schizophrenie auslösen kann. Und auch depressive Syndrome oder Angststörungen gehen häufig mit Substanzmissbrauch einher.

Was tun wir im Bund dagegen?

- Rauschtrinken bei Jugendlichen

  Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat vor einem Jahr mit Unterstützung der privaten Krankenversicherung eine große Kampagne dazu gestartet. Sie richtet sich an junge Menschen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren und will zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motivieren. Hier ein kleiner Einblick: BZgA-Spot zum Rauschtrinken: http://www.kenn-dein-limit.info/.

  Ich glaube, der Spot ist stilistisch wirklich gut gelungen und erreicht auch seine Zielgruppe. Daher ist er bereits mit diversen Preisen ausgezeichnet worden.

  Über die universelle Prävention hinaus, hat das BMG in den letzten Jahren das Modellprojekt »HaLT – Hart am LimiT« gefördert. Damit wird bereits aufgefallenen Kindern und Jugendlichen umfassende Beratung angeboten. Mittlerweile existieren über 100 HaLT-Standorte in 15 Bundesländern. Also ein erfolgreiches Beispiel wie der Bund durch Modellförderung das kommunale Angebot verbessern kann. Dabei konnten am Ende auch die gesetzlichen Krankenkassen für eine Unterstützung gewonnen werden.
- Cannabis-Konsum

  Auch im Bereich Cannabis hat die Bundesregierung ihre Präventionsbemühungen in den letzten Jahren verstärkt und verschiedenste Modellprojekte mit erheblichen Mitteln gefördert und den Transfer in die Regelversorgung unterstützt: Fred, realize it, Candis, Averca, Canstop, Incant, Quit the shit.

Zu II: Gute Versorgung

Die zweite große Aufgabe ist die zukunftssichere Weiterentwicklung der Versorgung. Der Bund steht in der Verantwortung, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige, aber auch bezahlbare Versorgung zu gestalten.

Dazu gehört auch die Weiterentwicklung der Finanzierung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen, die durch die mittelfristige Einführung eines leistungsbezogenen pauschalierten Vergütungssystems neu gestaltet werden wird. In Fachkreisen werden in diesem Zusammenhang bereits Vergütungssysteme diskutiert, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung, z. B. auch unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen oder auch im Rahmen von Jahresbudgets. Vorausset-

zung dafür ist jedoch zunächst, die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie die Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können.

Ein Schwerpunkt Ihrer Tagung heute und morgen werden innovative Kooperationsmodelle in der Versorgung sein. Die Rahmenbedingungen für mehr Kooperation wurden bereits vor Jahren durch die vom Bundesgesetzgeber eingeführten Vertragsinstrumente wie die Integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V oder die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V verbessert. Dadurch konnte die interdisziplinäre Kooperation zwischen den Sektoren und verschiedenen Leistungserbringern bereits vielerorts verbessert werden *(Beispiel § 73 c Vertrag zu ADHS nach dem Vertragsentwurf aus der KBV-Vertragswerkstatt)*.

Eine umfassende Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bedeutet aber noch mehr: Sie stellt sich im Idealfall als eine interdisziplinär-fachübergreifende und sektorenübergreifende kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung dar, bei der auch die Schnittstellen zur Jugendhilfe, zur Suchthilfe, zur Kita und Schule oder auch zu den Hilfen zur Teilhabe an Arbeit von Bedeutung sind. Hier gibt es für die Zukunft sicherlich noch Optimierungspotenzial. Dass eine teilhabeorientierte Versorgung von psychisch kranken Kindern in der Fachwelt mehr und mehr als eine kooperative Herausforderung verstanden wird, dafür sprechen die für heute und morgen angekündigten Referate. Die Veranstaltung wird uns allen dazu eine Menge an Informationen und die Möglichkeit zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch bieten.

»Der Blick auf die Welt aus Kinderaugen«: Wohlbefinden, Teilhabe, Selbstwirksamkeit aus Kindersicht

Ulrich Schneekloth

Kinder wollen selbst gestalten und auch eigene Wege gehen. Sie nehmen sensibel ihre Umwelt wahr und melden eigene Ansprüche an. Die große Mehrheit ist mit ihren Lebensverhältnissen in Familie, Freizeit, Freundeskreis und Schule zufrieden und fühlt sich wohl. Die Haltung gegenüber dem, was im Leben auf sie zukommt, ist erwartungsvoll und von daher positiv. Bemerkenswert ist allerdings, wie nachhaltig bereits bei Kindern ab dem Grundschulalter die sozialen Unterschiede wirken und wie maßgeblich die Herkunft den eigenen Alltag prägt.

Mit unserer inzwischen bereits zum zweiten Mal durchgeführten World Vision Kinderstudie (Hurrelmann, Andresen und TNS Infratest Sozialforschung 2010) möchten wir die spezifische Sichtweise von Kindern auf ihre Welt und ihre Lebensbedingungen vorstellen. Im Anschluss an unsere erste Kinderstudie (Hurrelmann, Andresen und TNS Infratest Sozialforschung 2007) war dieses Mal die Fragestellung »Was Kinder für ein gutes Leben brauchen« der zentrale Gegenstand. Üblicherweise werden in sozialwissenschaftlichen Studien Informationen über Kinder erhoben. Auskunftgeber sind in der Regel die Eltern und dabei hauptsächlich die Mütter oder aber sonstige professionelle Akteure (Lehrerinnen und Lehrer, Betreuerinnen und Betreuer von Betreuungseinrichtungen etc.). Markenzeichen unserer Studien ist, dass die Kinder als Auskunftgeber selbst zu Wort kommen. Hierbei stützt sich die aktuelle 2. World Vision Kinderstudie 2010 auf eine repräsentativ zusammengesetzte Stichprobe von 2 529 Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren aus den alten und neuen Bundesländern. Die Kinder wurden von geschulten Infratest-Interviewern zu Hause persönlich-mündlich befragt. Zusätzlich wurde ein kurzer Elternfragebogen zum familiären Hintergrund erhoben. Die Befragung fand auf Grundlage eines standardisierten Erhebungsinstruments im Zeitraum von Mitte September bis Ende Oktober 2009 statt. Darüber hinaus wurden im Rahmen der qualitativen Vertiefungsstudie zwölf individuelle Fallstudien mit Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren durchgeführt und anschließend als Porträts präsentiert. Im Folgenden möchte ich einige wichtige Ergebnisse zur Sicht der Kinder auf ihre eigene Lebenslage zusammenfassen.

Familie heute hat viele Gesichter

Die Familie stellt für Kinder die primäre Sozialisationsinstanz dar. Sie basiert auf engen und emotional gewachsenen persönlichen Beziehungen. Familie bietet im Normalfall Rückhalt, Schutz und Sicherheit und bleibt als »Heimathafen« auch dann bestehen, wenn im Prozess des Aufwachsens andere Sozialisationsinstanzen, wie etwa Schule, sonstige institutionelle Umwelten sowie der Freundeskreis, immer mehr an Bedeutung gewinnen. Die heutigen Familien können allerdings sehr unterschiedliche Formen annehmen. Mehr als ein Fünftel der von uns befragten Kinder im Alter von

sechs bis elf Jahren wächst nicht zusammen mit beiden leiblichen Elternteilen auf. Bei einem alleinerziehenden Elternteil leben 16 % und weitere 5 % zusammen mit einem Stiefelternteil. In einer klassischen Kernfamilie zusammen mit den miteinander verheirateten Eltern leben 72 % der Kinder. Hinzu kommt eine kleine Minderheit von 2 %, die in einer Drei-Generationen-Familie zusammen mit den Eltern und Großeltern wohnen. Bei leiblichen Eltern, die nicht miteinander verheiratet sind leben 5 % der Kinder . Mit 25 % wächst darüber hinaus ein Viertel der Kinder ohne Geschwisterkinder im Haushalt auf. Ein Geschwister haben 28 % und 27 % wohnen zusammen mit mehreren Geschwistern.

Noch wichtiger sind die Veränderungen, die sich hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung der Eltern vollzogen haben. Mit 40 % lebt inzwischen nur noch die Minderheit der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren in einer traditionellen »Ein-Mann-Verdiener«-Familie. Bei 51 % sind beide Elternteile oder das alleinerziehende Elternteil regelmäßig erwerbstätig (30 % Vollzeit und Teilzeit oder beide Eltern Teilzeit, 10 % beide Eltern Vollzeit, 11 % alleinerziehend und in Vollzeit oder Teilzeit). Bei arbeitslosen Elternteilen leben 5 % der Kinder und weitere 4 % in Familien, in denen beide Elternteile aus sonstigen Gründen keiner regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachgehen. Als prekär erweist sich auch weiterhin die Situation von Alleinerziehenden, wovon 66 % (Vollzeit- oder Teilzeit) erwerbstätig sind. Als arbeitslos bezeichnen sich hingegen 12 % (im Vergleich zum Durchschnittsergebnis von 5 %) und weitere 22 % der Alleinerziehenden sind nur geringfügig beschäftigt oder gehören zu den sonstigen Nichterwerbstätigen.

Die Familienformen von Migranten unterscheiden sich immer weniger von den Familienformen einheimisch deutscher Kinder

Vergleicht man die Familienformen von einheimischen deutschen Kindern (74 %) und von Kindern mit Migrationshintergrund (26 %, dabei 10 % Kinder mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit und weitere 16 % Kinder mit zugewanderten Eltern), so zeigen sich einerseits Unterschiede. Auffällig ist, dass mit einem Anteil von 27 % Kinder mit Migrationshintergrund noch immer häufiger als einheimische Kinder ohne Migrationshintergrund mit einem Anteil von 20 % in (Zwei-Eltern-)Familien mit drei und mehr Kindern aufwachsen. Mit 28 % zu 17 % waren die Anteile bei Migranten und einheimisch Deutschen allerdings in unserer Kinderstudie von 2007 noch spürbar größer ausgeprägt. In Zwei-Kind-Familien (mit zwei Elternteilen) wachsen 34 % der Migranten im Vergleich zu 38 % der einheimisch deutschen Kinder und in Ein-Kind-Familien 15 % im Vergleich zu 13 % auf. Der Anteil der Alleinerziehenden liegt inzwischen bei einheimisch Deutschen und bei Migranten gleichauf bei 16 % und auch bei den nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften (4 % im Vergleich zu 5 %) oder bei den Stieffamilien (3 % gegenüber 5 %) finden sich in unserer neuen Stichprobe keine nennenswerten Unterschiede. In Drei-Generationen-Familien leben 1 % der Kinder mit Migrationshintergrund und 3 % der einheimisch deutschen Kinder. Ein Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund gibt an, zu Hause vorwiegend die Muttersprache der Eltern zu sprechen.

Armut und soziale Ungleichheit: für einen Teil der Kinder auch in Deutschland harte Wirklichkeit

Wir haben in unserer Studie die soziale Herkunft der Kinder anhand der Bildungsposition der Eltern sowie auf Basis der Einschätzung zu den verfügbaren materiellen Ressourcen gruppiert. Nach diesen Ergebnissen entstammen 9 % der Kinder aus der untersten Herkunftsschicht (Unterschicht), 18 % aus der unteren Mittelschicht, 29 % aus der Mittelschicht, 29 % aus der oberen Mittelschicht und 15 % aus der Oberschicht.

Wie nehmen nun Kinder mögliche Armutslagen wahr? Der Aussage »Wir haben genügend Geld für alles, was wir brauchen« stimmen 70 % der von uns befragten Kinder zu, 16 % stimmen nicht zu und 14 % geben hierzu keine eindeutige Antwort (»Weiß nicht«). Der Aussage »In unserer Familie ist das Geld eher knapp« stimmen 21 % zu, 61 % stimmen nicht zu und 18 % geben hierzu keine eindeutige Antwort. Nimmt man beide Aussagen zusammen, so ergibt sich, dass zusammengenommen ein Viertel der Kinder (25 %) auf finanzielle Beschränkungen in ihren Familien aufmerksam macht. Diesen Kindern wurden weitere Aussagen zum konkreten Erleben von Armut vorgelegt. Sie sollten jeweils angeben, ob diese Aussagen auch auf sie persönlich zutreffen. Bezieht man die Ergebnisse auf alle Kinder, so stimmen insgesamt 7 % der Aussage zu »Weil in meiner Familie das Geld nicht reicht, können wir nicht in Urlaub fahren«. Die Aussage »Weil in meiner Familie das Geld nicht reicht, bekomme ich Kleidung, die schon fremde Kinder getragen haben« bestätigen 3 % und für ebenfalls 3 % gilt »Weil in meiner Familie das Geld nicht reicht, kann ich nicht ins Kino oder ins Freibad gehen«. »Im letzten Jahr haben meine Eltern Geld von meinem eigenen Ersparten gebraucht« stimmen 2 % zu und ebenfalls 2 % bejahen die Aussage »An meinem ersten Schultag hatte ich keine Schultüte«. Für jeweils 1 % treffen die Aussagen zu »Ab und zu bekommen wir Lebensmittel für umsonst, zum Beispiel von der ›Tafel‹ (einem Stand, an dem man kostenlos Lebensmittel holen kann)«, »Weil in meiner Familie das Geld nicht reicht, verdiene ich manchmal Geld dazu« sowie »Ich gehe manchmal hungrig in die Schule«. Zusammengefasst benennen insgesamt 9 % der von uns befragten Kinder konkrete armutsbedingte Einschränkungen. Weitere 16 % berichten über finanzielle Beschränkungen im Alltag, allerdings ohne dass einer der genannten spezifischen Armutsindikatoren von ihnen bestätigt wird. Keine eigenen Armutserfahrungen benennen 75 % der Kinder (Abb. 1).

Kinder ohne Armutserfahrungen geben zu 27 % an, manchmal oder häufig Angst vor einer Arbeitslosigkeit der Eltern zu haben. Bei denjenigen, die auf finanzielle Beschränkungen verweisen, sind dies bereits 39 %, während Kinder mit konkreten Armutserfahrungen zu 55 % entsprechende Ängste benennen. Angst davor, bedroht oder geschlagen zu werden, haben 36 % der Kinder ohne Armutserfahrung, 44 % derjenigen mit finanziellen Beschränkungen und 51 % der Kinder mit konkreten Armutserfahrungen. Vor schlechten Schulnoten fürchten sich 47 % der Kinder ohne Armutserfahrungen, 45 % derjenigen mit finanziellen Beschränkungen sowie 64 % der Kinder mit konkreten Armutserfahrungen. Die Gesamtbefunde zum Armuts-

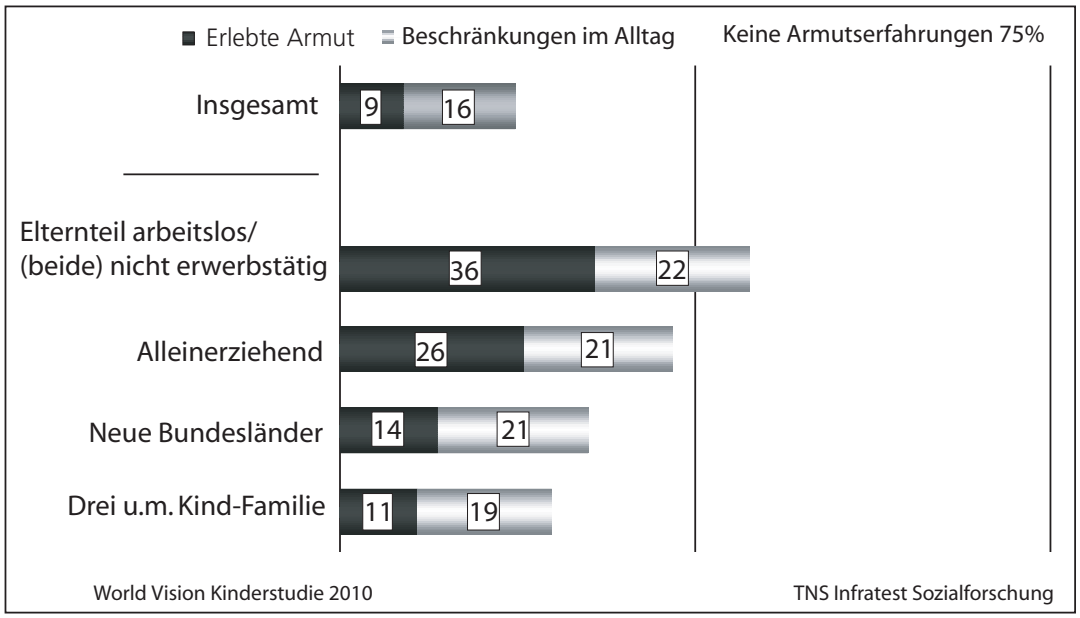


Abb. 1: Armutsfallen: Kinder, die besonders häufig Armut erleben
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

erleben aus der Sicht der Kinder sprechen aus unserer Sicht für sich. Armut ist für diese Kinder physisch konkret und keine »relative Größe«. Armut grenzt aus und dies erleben die Kinder auch so in ihrem Alltag. Niedrige soziale Herkunftsschicht, ein alleinerziehendes Elternteil sowie fehlende Integration der Eltern in den Arbeitsmarkt sind die klassischen Risikofaktoren für ein Aufwachsen in Armut. Bezieht man sich auf die Herkunft der Kinder, so wird deutlich, dass fast die Hälfte der Kinder der Unterschicht einen Migrationshintergrund hat: Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund bedingen sich. Familien, in denen möglichst beide Eltern einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachgehen, sind hingegen, ganz unabhängig von der Zahl der Kinder im Haushalt, vergleichsweise gut geschützt.

Elterliche Zuwendung: keine Frage des Verzichts auf eine eigene Erwerbsbeteiligung

Im Zusammenhang betrachtet sind es nicht primär die Kinder, deren Eltern erwerbstätig sind, die häufiger auf fehlende Zuwendungszeit verweisen. Vielmehr sind es mit einem Anteil von 28 % vorrangig die Kinder, deren Eltern arbeitslos sind oder die aus sonstigen Gründen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen sowie im Falle von Erwerbstätigkeit zu 31 % die Kinder von erwerbstätigen Alleinerziehenden, die fehlende elterliche Zuwendung beklagen. In Familien, in denen beide Elternteile vollzeit-erwerbstätig sind, trifft dies für 17 %, dort, wo ein Elternteil vollzeit- und das andere teilzeit-erwerbstätig ist, nur für 8 % sowie bei nur einem erwerbstätigen Elternteil für 9 % der Kinder zu. Verstärkte Erwerbstätigkeit bei den Eltern und Zuwendung sind kein Widerspruch. Im Gegenteil: Eine geregelte Erwerbsbeteiligung

der Eltern stabilisiert die häuslichen Verhältnisse und hilft, die gemeinsam verbrachte Zeit intensiver miteinander zu nutzen.

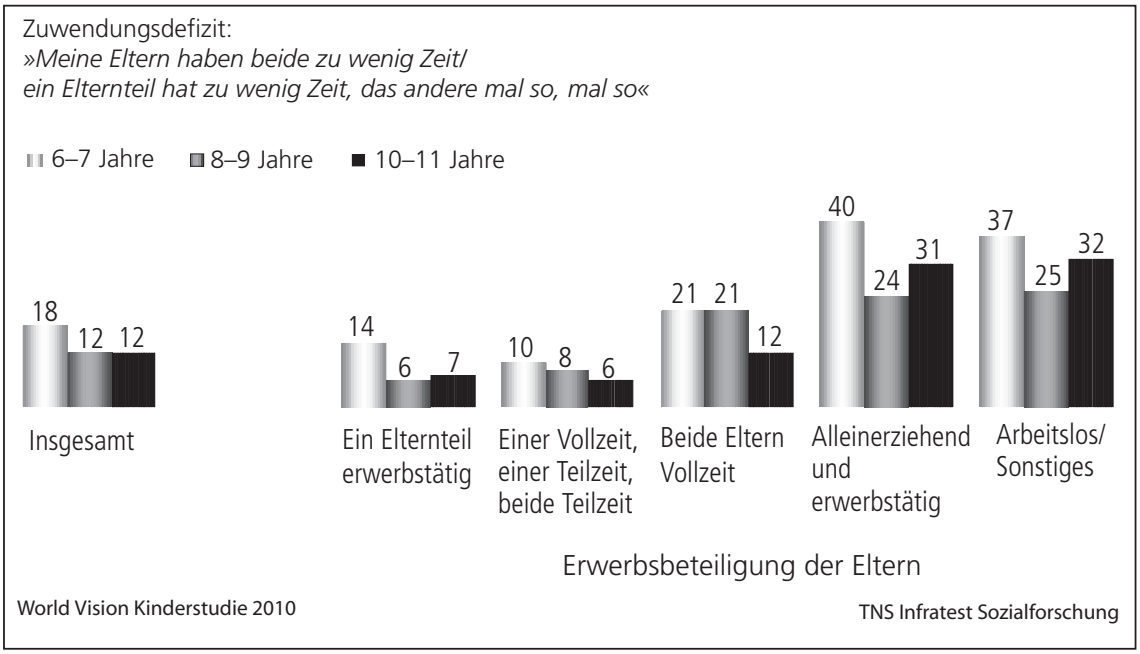


Abb. 2: Erwerbsbeteiligung der Eltern führt nicht notwendigerweise zu Defiziten in der Zuwendung. Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

Wohlbefinden in der Familie

Fragt man danach, wie zufrieden die Kinder insgesamt damit sind, wie ihre Eltern für sie da sind, dann fällt an dieser Stelle die ausgesprochen positive Bewertung auf, die die Sechs- bis Elfjährigen in Deutschland hierzu abgeben. Anhand einer Skala mit fünf Smileys konnten die Kinder ihre Zufriedenheit einordnen. Sehr positiv äußern sich 44 % der Jungen und 45 % der Mädchen, weitere 37 % der Jungen und 39 % der Mädchen äußern sich positiv. Neutral und damit unterdurchschnittlich fällt das Urteil bei 14 % der Jungs und 11 % der Mädchen aus. Eine negative Bewertung geben jeweils 3 % und sehr negativ äußern sich weitere jeweils 2 % der Jungen und Mädchen. Selbst wenn man berücksichtigt, dass Zufriedenheitsabfragen im Allgemeinen eher positive Ergebnisse bringen, so ist das familiäre Wohlbefinden bei Kindern in Deutschland alles in allem bemerkenswert hoch ausgeprägt.

Freizeit: Vielseitige Mädchen – normale Freizeitler – Jungs als Medienkonsumenten

Betrachtet man die Freizeitaktivitäten so sind Freunde treffen (65 %), Sport treiben (56 %) und Radfahren (56 %) die drei am häufigsten benannten Freizeitaktivitäten, die von Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren oft betrieben werden. Mit Musik hören (50 %), mit Spielzeug spielen (49 %) und Fernsehen (48 %) folgen drei weitere

Aktivitäten, bei denen gut die Hälfte der Kinder angibt, diese Sachen »oft« zu machen. Diese sechs Aktivitäten werden von den Kindern aus einer Liste mit insgesamt 16 Aktivitäten am häufigsten genannt. Lesen benennen 37 % und Playstation/Computer 24 % als typische Freizeitaktivitäten, denen sie oft nachgehen.

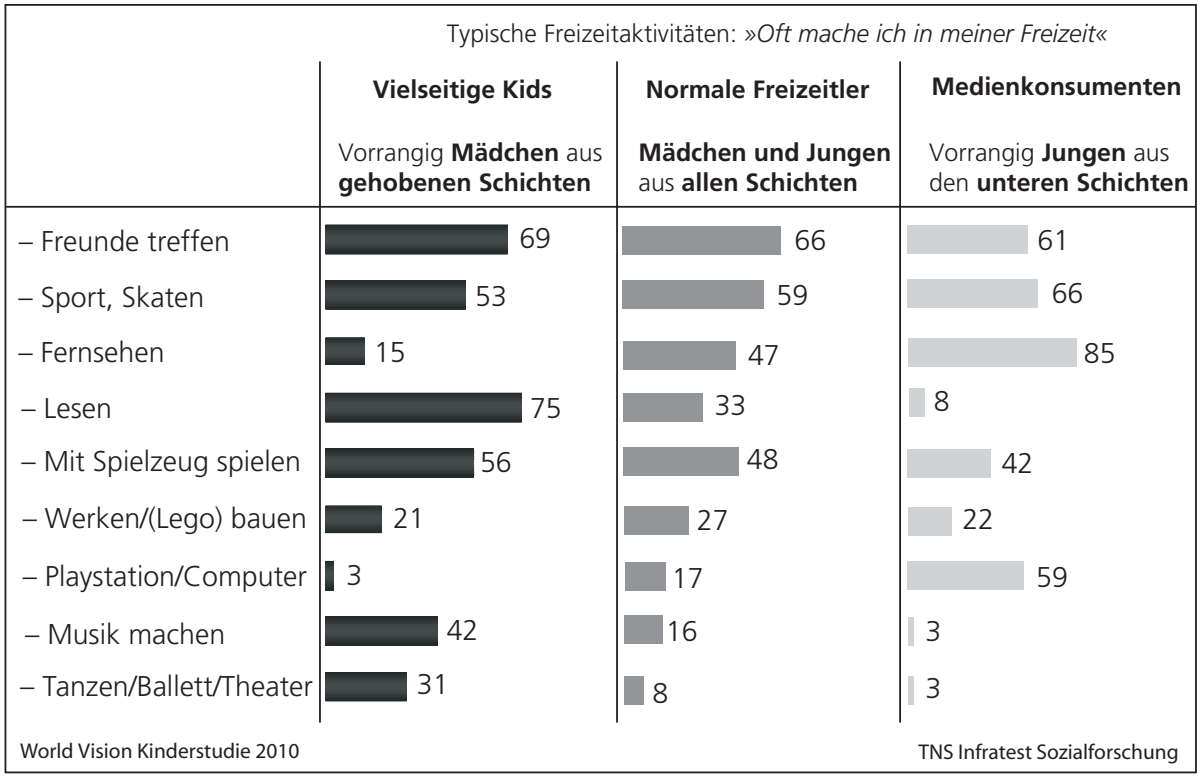


Abb. 3: Getrennte Welten – sich anregen lassen oder fernsehen
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

Die von uns erhobenen Freizeitaktivitäten umfassen vier Dimensionen: Sport, Medienkonsum, Kultur sowie häuslich-familiäre Aktivitäten. Typisiert man die Kinder anhand dieser Bereiche, so ergibt sich auf der einen Seite ein Mainstream von Kindern (52 %), die in ihrer Freizeit unterschiedlichen Aktivitäten nachgehen. Hierzu gehören sowohl Sport und Bewegung, Freunde treffen, Unternehmungen mit der Familie als auch die Mediennutzung. Je nach Neigung werden hierbei unterschiedliche Aktivitäten ausgeübt und die Kinder unterscheiden sich natürlich im Einzelnen in ihren jeweiligen Vorlieben.

Abgrenzen lassen sich von diesen *»normalen Freizeitlern«* zwei andere Gruppen, die sich deutlich in ihren Alltagswelten voneinander unterscheiden. Es gibt die Gruppe der *»vielseitigen Kids«* (24 %). Hierbei handelt es sich um solche Kinder, die sich neben Aktivitäten mit Freunden und Sport in ihrer Freizeit vor allen Dingen musisch-kulturellen Kreativangeboten widmen. Vielseitige Kids lesen viel, machen selbst Musik, basteln oder malen oder sind in den Bereichen Ballett, Tanzen oder Theater aktiv. Fast schon entgegengesetzt hierzu ist das Freizeitprofil der *»Medienkonsumenten«* (24 %). Diese Kinder sind zwar ebenfalls häufig mit Freunden zusammen und sportlich aktiv,

beschäftigen sich jedoch ansonsten vor allem mit Fernsehen oder Computerspielen. Kulturelle Aktivitäten und Lesen sind bei dieser Gruppe nicht üblich. Die Einbeziehung der Sechs- bis Siebenjährigen führt zu keinen grundlegenden Unterschieden in der Freizeittypologie.

Insgesamt sind es die Häufigkeit der Mediennutzung sowie die kulturell-kreativen Aktivitäten, die diese Gruppen am eindeutigsten voneinander unterscheiden. Sport und Bewegung spielt hingegen bei allen drei Gruppen eine vergleichbare Rolle. Es liegt an deren hohem musisch-kulturellen Engagement, dass die *»vielseitigen Kids«* zu 75 % aus Mädchen bestehen, während die stärkere Medien-Affinität der Jungen dazu führt, dass die *»Medienkonsumenten«* sich zu 78 % aus Jungen rekrutieren. Die Gruppe der *»normalen Freizeitler«* ist hingegen nach dem Geschlecht ausgewogen zusammengesetzt. Auffällig ist darüber hinaus die große Rolle, die bei den *»vielseitigen Kids«* das Lesen als Freizeitbeschäftigung spielt. 75 % geben im Vergleich zu 33 % der *»normalen Freizeitler«* sowie 8 % der *»Medienkonsumenten«* an, dies in ihrer Freizeit oft zu tun. Lesen spielt nicht nur für die schulische Entwicklung, sondern auch für die Vielfalt und den Zugang zu kreativen Formen von Freizeitbeschäftigungen eine Schlüsselrolle. Auch hiervon können Mädchen momentan häufiger als Jungen profitieren.

Zu den *vielseitigen Kids* gehören vorrangig Kinder aus den gehobenen Schichten. Signifikant häufiger handelt es sich darüber hinaus um jüngere Kinder im Alter von sechs bis sieben Jahren. *Medienkonsumenten* sind hingegen vorrangig Kinder aus den unteren Schichten. *Medienkonsumenten* berichten deutlich häufiger über konkrete Armutserfahrungen und bescheinigen ihren Eltern häufiger ein Zuwendungsdefizit.

Gruppenaktivitäten und Vereine: Kinder aus der Unterschicht und Migranten bleiben eher außen vor

Mit 78 % gehen über drei Viertel der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren in ihrer Freizeit einer regelmäßigen Gruppenaktivität zum Beispiel in einem Verein, in einer Musikschule oder in einer sonstigen Gruppe nach. Im Einzelnen dominieren bei 62 % Aktivitäten in einem Sportverein. Jungen haben hier mit 69 % im Vergleich zu Mädchen mit 54 % die Nase vorn. Fast ein Viertel der Kinder (23 %) besucht eine Musikschule. Mit 28 % sind hier Mädchen vergleichsweise häufiger als Jungen mit 18 % anzutreffen. In einer Kirchengruppe sind 10 % und dabei 13 % der Mädchen und 8 % der Jungen aktiv. Eine Tanzgruppe oder Ballettschule besucht ebenfalls jedes zehnte Kind und hierbei sind es 19 % Mädchen und nur 1 % Jungs. Hinzu kommen noch eine ganze Reihe weiterer Neigungsaktivitäten, die von einem kleineren Kreis von Kindern genutzt werden.

Regelmäßiges Mitmachen in Vereinen oder die Nutzung von sonstigen Angeboten ist in Deutschland ebenfalls schichtabhängig. Bei Kindern aus der untersten Herkunftsschicht ist es mit 42 % sogar die Minderheit, die in ihrer Freizeit entsprechenden Aktivitäten nachgeht. Je gehobener die Schicht, desto häufiger die Teilhabe. Vergleichbares gilt für Kinder mit Migrationshintergrund. Einheimische deutsche

Kinder gehen zu 81 %, Kinder mit Migrationshintergrund hingegen nur zu 69 % regelmäßigen Aktivitäten in ihrer Freizeit nach. Ein vergleichbares Muster findet sich, wenn man sich nur auf die Mitgliedschaft in Sportvereinen bezieht. Auch in diesem Fall sind es deutlich häufiger Kinder aus den gehobenen Schichten, die Sport im Verein betreiben. Kinder aus den unteren Schichten sowie Kinder mit Migrationshintergrund, und hierbei vorrangig Mädchen, bleibt dies hingegen eher verschlossen. Bedenkt man, dass insbesondere Sportvereine einen eher niederschwelligen Zugang bieten, so kann dieser Umstand nur im Sinne von bisher nicht hinreichend genutzten Möglichkeiten zur Förderung von gesellschaftlicher Integration interpretiert werden.

Medienwelten und Medienkonsum

Die Durchdringung des Kinderalltags mit moderner Technik bringt es mit sich, dass die Nutzung von Medien für Kinder inzwischen ein selbstverständlicher Teil des Alltages ist. 80 % der Kinder haben einen Kassettenrekorder oder CD-Player sowie 75 % ein Radio in ihrem Kinderzimmer. Einen Gameboy haben 63 %, eine Spielkonsole im Zimmer nutzen 28 % der Sechs- bis Elfjährigen und über einen eigenen Fernseher im Kinderzimmer verfügt ein gutes Viertel der Kinder, 23 % der Kinder haben einen Computer im Zimmer. Bereits 18 % der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren können einen Video- oder DVD-Player ihr Eigen nennen.

Am häufigsten finden sich Fernseher (43 %) und Spielkonsolen (41 %) in Kinderzimmern der unteren Mittelschicht. Bei Kindern aus den oberen Schichten hat nur in etwa jedes fünfte ein TV-Gerät oder eine Konsole im Kinderzimmer. Radio und Kassettenrekorder oder CD-Player sind hingegen tendenziell häufiger bei Kindern aus den gehobenen Schichten im Zimmer vorhanden. Beachtenswert ist der Umstand, dass in jedem achten Kinderzimmer in der Unterschicht (12 %) kein einziges dieser Mediengeräte anzutreffen ist. Dieser sehr hohe Anteil verdeutlicht die materiellen Entsagungen, die bei besonders prekärer finanzieller Lage in der Unterschicht auch in der Ausstattung der Kinderzimmer ihren Niederschlag finden.

Einen Zugang zum Internet – zu Hause oder aber über die Schule oder einer sonstigen Gruppe – haben 54 % der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren. Regelmäßig ins Internet gehen allerdings nur 17 % der Kinder dieser Altersgruppe. Die jüngeren Kinder (sechs und sieben Jahre) berichten zu 72 %, dass sie keinen Zugang zum Internet haben. Entsprechend nutzen hier erst etwa 5 % das Internet regelmäßig. Bei den Acht- bis Neunjährigen sind es 52 %, die einen Zugang haben und etwa 12 %, die das Internet regelmäßig nutzen. Bei den Zehn- bis Elfjährigen haben hingegen 72 % einen Zugang und 32 % sind regelmäßig im Internet. Kinder aus den unteren Schichten sowie Kinder mit Migrationshintergrund verfügen weniger häufig über einen Internetzugang.

Ein eigenes Handy besitzt nicht einmal jedes zehnte Kind im Alter von sechs bis sieben Jahren. Bezogen auf die Altersgruppe der Acht- bis Elfjährigen gilt, dass fast die Hälfte der Kinder dieser Altersgruppe (47 %) über ein Handy verfügt, während es 2007 mehr als 10 Prozentpunkte weniger waren (36 %). Der Abstand zwischen

Mädchen und Jungen ist dabei fast unverändert geblieben. Wie in 2007 auch besitzen in 2009 Mädchen (50 %) deutlich häufiger ein Handy als ihre männlichen Altersgenossen (44 %). Am häufigsten haben Kinder, die bereits eine weiterführende Schule besuchen (5. bis 6. Klasse), Kinder von Alleinerziehenden sowie Kinder, die in Ballungsräumen leben, ein Handy. Kinder mit eigener Armutserfahrung verfügen seltener über ein eigenes Handy.

Fernsehen: ziemlich häufig und ebenfalls schichtgebunden

Etwa eine Stunde täglich fernzusehen berichten 34 % der Kinder und weitere 15 % täglich etwa eine halbe Stunde fernzusehen oder Video schauen, 6 % schauen unregelmäßiger oder so gut wie nie. Das bedeutet, dass 44 % der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren (39 % der Mädchen und 48 % der Jungen) mehr als eine Stunde regelmäßig pro Tag fernsehen: 31 % ein bis zwei Stunden, 10 % zwei bis drei Stunden und 3 % sogar drei Stunden und mehr. Die Schichteffekte sind hier ebenfalls markant. 28 % der Kinder aus der untersten Herkunftsschicht berichten, regelmäßig am Tag mehr als zwei Stunden fernzusehen. Bei Kinder aus den gehobenen Schichten trifft dies hingegen nur auf um die 6 % zu.

Ebenfalls große Zufriedenheit mit der Freizeit

Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren sind in der Regel zufrieden mit ihrer Freizeit. Mehr als die Hälfte (54 %) äußert sich sehr positiv und knapp ein weiteres Drittel (32 %) positiv. Nur jedes elfte Kind in diesem Alter (9 %) gibt sich neutral und nur jedes zwanzigste Kind (5 %) sieht die eigene Freizeit negativ. Jedoch äußert sich in der Unterschicht jedes vierte Kind (28 %) nicht positiv über die eigene Freizeit, während es in den anderen sozialen Schichten nicht einmal jedes zehnte Kind ist. Im gleichen Maße gravierend sind die Unterschiede zwischen den Kindern, mit konkretem Armutserleben und denjenigen, die solche Erfahrungen (noch) nicht haben. Kinder mit konkretem Armutserleben (26 %) sind auf einem ähnlichen Niveau wie Kinder aus der Unterschicht mit ihrer Freizeit unzufrieden. Ebenfalls bemerkenswert ist der Umstand, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger (19 %) mit ihrer Freizeit unzufrieden sind als einheimisch deutsche Kinder (12 %).

Die Gleichaltrigen

Kinder brauchen für ihre soziale Entwicklung genügend Spielfreunde und einen angemessen großen Freundeskreis. Über die Hälfte der Kinder hat mehr als fünf Freunde. Die meisten Mädchen und Jungen (37 % und 34 %) geben an, sogar zehn und mehr Freunde zu haben. Nicht mehr als drei Freunde werden nur von 14 % der Kinder benannt. Mit dem Alter wächst auch die Größe des Freundeskreises. Dies hängt nicht zuletzt mit einer vielfältigeren Gelegenheitsstruktur bei den älteren Kindern zusammen. Gerade in der jüngsten Gruppe im Alter von sechs bis sieben Jahren

hat fast jedes zweite Kind einen kleineren Freundeskreis mit bis zu fünf Freunden. Ebenso macht es auch bezüglich der Größe des Freundeskreises einen Unterschied, was Kinder in ihrer Freizeit machen. Die Größe der Peergroup hängt mit den Freizeittypen zusammen. So haben vielseitige Kids häufiger mehr Freunde als normale Freizeit-Kids und Medienkonsumenten. 41 % der vielseitigen Kids geben an, zehn und mehr Freunde zu haben. Dies sagt nur ein Drittel der Medienkonsumenten. Hingegen hat von ihnen jeder Fünfte nur bis zu drei Freunde. Besonders auffällig werden die Unterschiede der Freizeittypen, wenn man das Geschlecht mit in die Betrachtung einbezieht: 20 % der Medienkonsumentinnen benennen zehn und mehr Freunde, während dies 35 % der männlichen Medienkonsumenten tun.

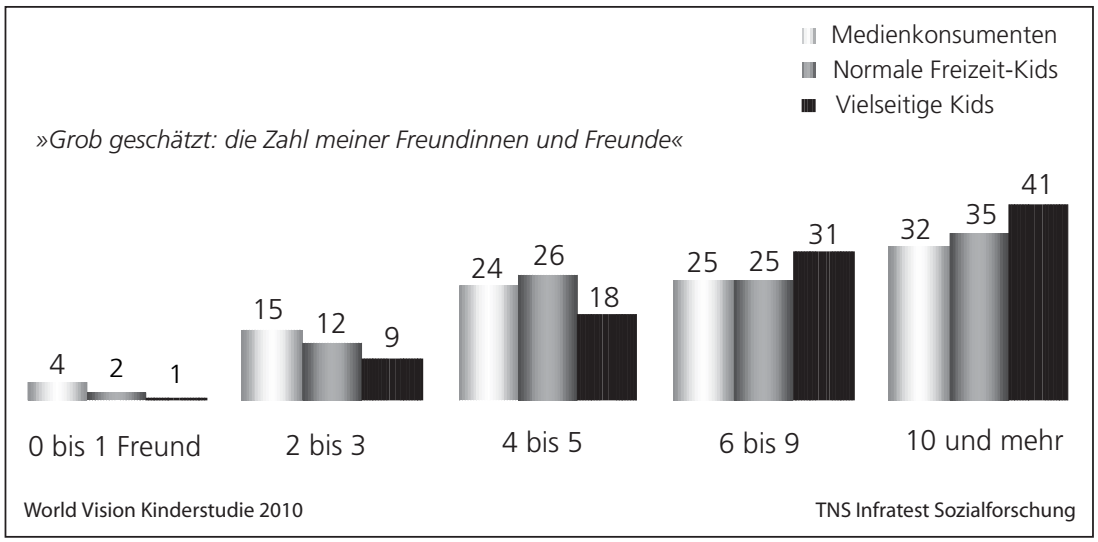


Abb. 4: Zahl der Freunde nach Freizeittypen: Vielseitige Kids haben mehr Freunde
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

Einheimische deutsche Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund: dort getrennt, wo man sich gegenseitig nicht erleben kann

Mindestens einen Freund oder eine Freundin, deren Vater oder Mutter nicht aus Deutschland stammt, benennen 56 % der einheimisch deutschen Kinder. Wesentlich ist dabei, dass einheimisch deutsche Kinder und Migranten vor allem dort eher getrennt sind, wo sie sich im Alltag weniger treffen können. Dies gilt vor allem für die neuen Bundesländer. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund beträgt hier 10 % und in der Folge berichten auch nur 37 % der einheimischen deutschen Kinder im Vergleich zu 64 % in den alten Bundesländern, dass Kinder mit Migrationshintergrund zu ihrem Freundeskreis gehören. Ähnlich, wenn auch nicht ganz so stark ausgeprägt, wirkt an dieser Stelle das Merkmal Stadt/Land. In Randlagen von Städten sowie in eher ländlich geprägten Regionen sind es etwas über 54 %, die Kinder mit Migrationshintergrund zu ihren Freunden zählen, in Ballungsgebieten hingegen 67 %. Vergleichbares zeigt sich, wenn man die Kinder mit Migrationshintergrund zu ihrem Freundeskreis befragt. Die Hälfte hat nur oder vorrangig deutsche Freunde,

9 % geben an, keine deutschen oder vorrangig nicht-deutsche Freunde zu haben, die Übrigen sagen teils, teils. Kinder beziehen sich dort, wo sie sich treffen und erleben können, aufeinander, unabhängig vom ethnischen Hintergrund. Schichteffekte sind an dieser Stelle ebenfalls nicht signifikant wirksam. Einheimisch deutsche Kinder und Migrantenkinder sind in Kontakt miteinander und machen etwas miteinander. In der Gestaltung ihres Alltags sind sie sich nicht so fern. Sie tun die gleichen Dinge: sie treffen Freunde, treiben Sport, schauen fern und lesen. Migrantenkinder, die vorwiegend unter sich bleiben und kaum Kontakte zu deutschen Kindern haben, unterscheiden sich. Am auffälligsten ist, dass bei ihnen der musisch-kulturelle Freizeitbereich kaum ausgeprägt ist, außerdem spielen sie mehr Computer und lesen deutlich seltener.

Der größte Teil der Kinder ist zufrieden mit seinem Freundeskreis

Von den Sechs- bis Elfjährigen sagen 88 %, dass sie zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem Freundeskreis sind. Tendenziell lässt sich sagen, je größer der Freundeskreis, desto zufriedener die Kinder. Wie wohl sich Kinder mit ihren Freunden fühlen, hängt von der sozialen Herkunftsschicht, der von den Kindern berichteten Armutserfahrung und dem Vorhandensein von Geschwistern ab. Als sehr entscheidend für das Wohlbefinden im Freundeskreis stellt sich heraus, ob Kinder in einem organisierten Rahmen in eine Gruppe oder einen Verein eingebunden sind. Hier werden Kontakträume geschaffen, die zum Aufbau und zur Festigung von Freundschaften genutzt werden können.

Die Schule: die soziale Herkunft bestimmt über den Bildungsverlauf

Die Grundschule besuchen 71 % der Kinder in der Altersgruppe von sechs bis elf Jahren. Ein Viertel verteilt sich auf die je nach Bundesland unterschiedlichen Schulformen im Sekundarbereich I und weitere 4 % besuchen eine Förderschule. Auffällig sind die Zusammenhänge mit der Herkunftsschicht. Während gerade mal 1 % der Kinder aus der Unterschicht in der Altersgruppe von sechs bis elf Jahren ein Gymnasium besuchen, gilt dies für 22 % der Kinder aus der Oberschicht. 13 % der Kinder aus der Unterschicht sind auf einer Förderschule, im Vergleich zu etwa 1 % der Kinder aus den oberen Schichten (Abb. 5).

Noch deutlicher zeigt sich der Effekt der Herkunftsschicht, wenn man die Kinder nach dem von ihnen gewünschten Schulabschluss fragt. Die Hälfte der Kinder benennt das Gymnasium oder das Abitur, wobei sich Mädchen und Jungen an dieser Stelle nicht relevant unterscheiden. Kinder aus der Unterschicht benennen nur zu 19 %, Kinder aus der unteren Mittelschicht zu 30 %, Kinder aus der Mittelschicht zu 45 %, hingegen Kinder aus der oberen Mittelschicht zu 64 % und Kinder aus der Oberschicht sogar zu 76 % das Gymnasium oder das Abitur als Bildungsziel. 21 % der Kinder sind sich unsicher und können hierzu noch keine klare Antwort geben.

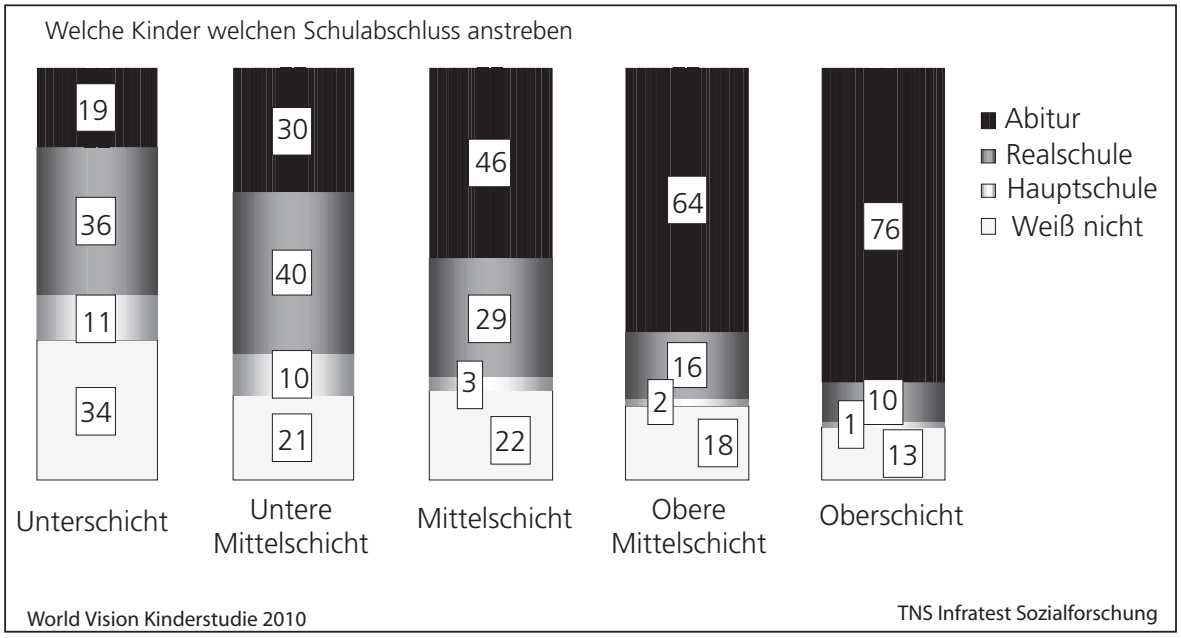


Abb. 5: Herkunft prägt – Herkunft entscheidet
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

Die Bedeutung des Schulabschlusses ist den Kindern ganz offensichtlich geläufig. In den gehobenen Schichten findet sich bei den Kindern bereits eine klare Anspruchshaltung, die, wie die Ergebnisse der verschiedenen Schulleistungsstudien zeigen, dann später mit einem größeren Bildungserfolg einhergeht. Auffällig ist die geringe Bildungsaspiration in der Unterschicht, aber auch die Kinder aus der unteren Mittelschicht und der Mittelschicht fallen hier vergleichsweise stark zurück. Sichtbar werden an dieser Stelle die getrennten Bildungswelten. Medienkonsumenten (34 %) sind noch einmal deutlich seltener der Meinung, dass es zum Abitur reichen wird, als vielseitige Kids (62 %).

Halbtagsschule – in Deutschland die Regelschule auf Abruf

In Deutschland ist die Halbtageschule die Regelschule. Jedoch zeigt der Vergleich zu 2007, dass der Besuch der Ganztageschule zugenommen hat. Bei den Acht- bis Elfjährigen steigt der Anteil von Kindern auf einer Ganztagesschule von 13 % auf 18 % an. In den alten Bundesländern gehen 14 % der Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren auf eine Ganztagsschule. In den neuen Bundesländern ist es mehr als jedes dritte Kind (37 %). Auch lässt sich ein Stadt-Land-Gefälle feststellen. Kinder aus Ballungsräumen befinden sich deutlich häufiger an Ganztagsschulen (22 %) als Kinder aus dem ländlichen Raum (13 %). Kinder aus den unteren Schichten sind momentan leicht überrepräsentiert, ebenso ältere Kinder im Alter von zehn bis elf Jahren.

Nur 8 % der Kinder, die eine Halbtagesschule besuchen, können sich keines der Angebote auf einer Ganztagesschule vorstellen. Schaut man auf die Acht- bis Elfjährigen, so zeigt sich, dass der Anteil derer, die sich nichts vorstellen können, von

12 % auf 6 % zurückgegangen ist. Schüler von Halbtagsschulen würden zu 76 % Sport sowie zu 65 % Kunst- oder Theater-AG und ähnliche Kreativformen als schulische Nachmittagsangebote begrüßen. Projektunterricht könnten sich 56 % vorstellen, eine Hausaufgabenbetreuung fänden 38 % der Kinder gut, normalen Unterricht am Nachmittag allerdings nur 17 %. Ganztagsangebote ja, aber bloß nicht den ganzen Tag Schule! Es hängt demnach vom Konzept und von der Ausgestaltung ab, auf welche Akzeptanz die Ganztagsschule bei Kindern stößt. Hierfür spricht auch, dass sich 73 % der Schüler von Ganztagsschulen positiv zur Schulform äußern, wohingegen 27 % lieber auf einer Halbtagsschule wären. Dies gilt mit 39 % häufiger für Kinder, die ihre Freizeit vorrangig mit Medien verbringen (Medienkonsumenten). Neben den Freizeittypen ist zusätzlich das Armutserleben der Kinder unmittelbar bedeutsam. Kinder, die finanzielle Beschränkungen erfahren, gehen lieber auf eine Halbtagsschule.

Die Debatte um die Ganztagsschule in Deutschland sollte von daher viel stärker als bisher um die Sichtweise und die Bedürfnisse der Kinder erweitert werden. Dies bedeutet im Grundsatz nichts anderes, als die Schule insgesamt partizipativer zu gestalten. Eine Ganztagsschule mit ihren flexibleren zeitlichen Abläufen könnte, eine entsprechende konzeptionelle Ausgestaltung sowie hinreichende Ressourcen vorausgesetzt, neue Möglichkeiten zur Beteiligung und damit zur stärkeren Orientierung von Schule an den Bedürfnissen von Kindern schaffen. Davon unabhängig lassen sich aber auch in Halbtagsschulen bereits jetzt weitaus stärker als bisher partizipative Elemente umsetzen.

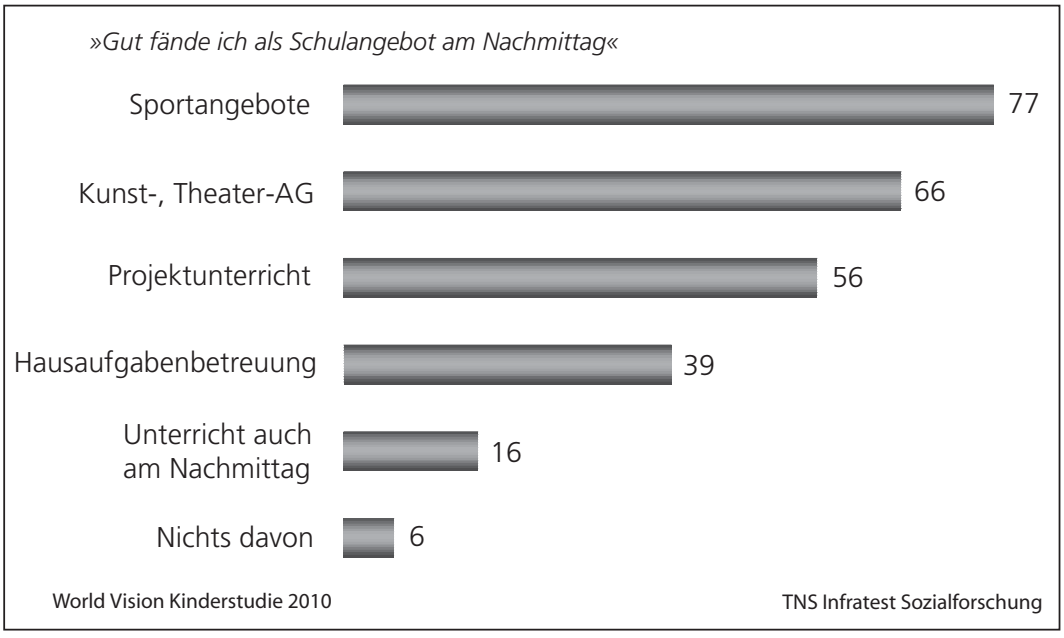


Abb. 6: Ganztagsschule ja, aber bloß nicht den ganzen Tag Schule
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland, die eine Halbtagsschule besuchen (ab 2. Klasse) (Angaben in %)

Zufriedenheit mit der Schule und guter Schüler sein

Mit 70 % bezieht sich ebenfalls eine deutliche Mehrheit der Kinder positiv auf die Schule, 30 % sind neutral bis negativ eingestellt. Als gute bis sehr gute Schüler bezeichnen sich 61 %. 35 % sehen sich eher als mittelgut und 4 % als schlecht bis sehr schlecht an. Mädchen sind mit einem Anteil von 76 % häufiger positiv eingestellt als Jungen mit 64 % und ebenfalls 64 % der Mädchen bezeichnen sich im Vergleich zu 59 % der Jungen als gute bis sehr gute Schülerinnen.

Differenziert nach der Herkunftsschicht fällt zum einen der distanzierte Bezug der Kinder aus der Unterschicht zur Schule auf. Mit 53 % ist hier nur eine knappe Mehrheit positiv eingestellt. Auch in diesem Fall weisen Kinder aus der Oberschicht mit 73 % mit positivem Bezug zur Schule die höchsten Werte auf. Das konkrete Armutserleben sowie der Freizeittyp »Medienkonsument« haben einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Schule. Jüngere Kinder sind häufiger sehr zufrieden (49 %). Bei der Einstufung als (sehr) guter Schüler fallen Medienkonsumenten hinter die anderen Freizeittypen zurück, ebenfalls seltener stufen sich Unterschichtskinder als gute Schüler ein.

Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit: Was Kinder sich zutrauen

Die Überzeugung, dass ich selbst etwas kann und deshalb fähig bin, meine Umwelt zu verändern, ist (nicht nur) für Kinder eine elementare Voraussetzung dafür, Antrieb und Motivation zu entwickeln, das Leben aktiv und nachhaltig zu gestalten. Kinder müssen diese Einsicht in die Bedeutung des eigenen individuellen Potenzials allerdings erst entwickeln und in der Auseinandersetzung mit Erfolgen und Misserfolgen festigen. Die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung hat einen zentralen Einfluss auf die Auswahl von Handlungen, auf die investierte Anstrengung und auf die Ausdauer bei auftretenden Schwierigkeiten und Barrieren haben (Bandura 1998, Schwarzer 2002). Der Grad des Vertrauens in die eigene Selbstwirksamkeit stellt von daher eine grundlegende individuelle Ressource dar, die es dem Kind erst ermöglicht, vorhandene förderliche Angebote und Umweltbedingungen in persönliche Verwirklichungschancen umzusetzen (Abb. 7).

Hierbei sind vor allem die allgemeine Selbstwirksamkeit sowie die spezifisch soziale Selbstwirksamkeit zentral. Mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit wird die Erwartungshaltung beschrieben, dass man Widerstände bewältigen und sich selbst dagegen durchsetzen kann. Die soziale Selbstwirksamkeit hebt dabei im Besonderen darauf ab, dass man dies gemeinsam mit anderen kann, dass man Rückhalt hat und dass man trotzdem mit seiner eigenen Haltung in der Gruppe bestehen oder sich durchsetzen kann. In der neuen World Vision Kinderstudie haben wir hierzu eine sogenannte Selbstwirksamkeitserwartungs-Skala aufgenommen. Orientiert haben wir uns an den Abfragen zur »Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung« (wirkall_r: Jerusalem/Schwarzer 1981/1999) sowie zur »Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit sozialen Anforderungen« (wirksoz: Satow/Mittag 1999). Wir haben

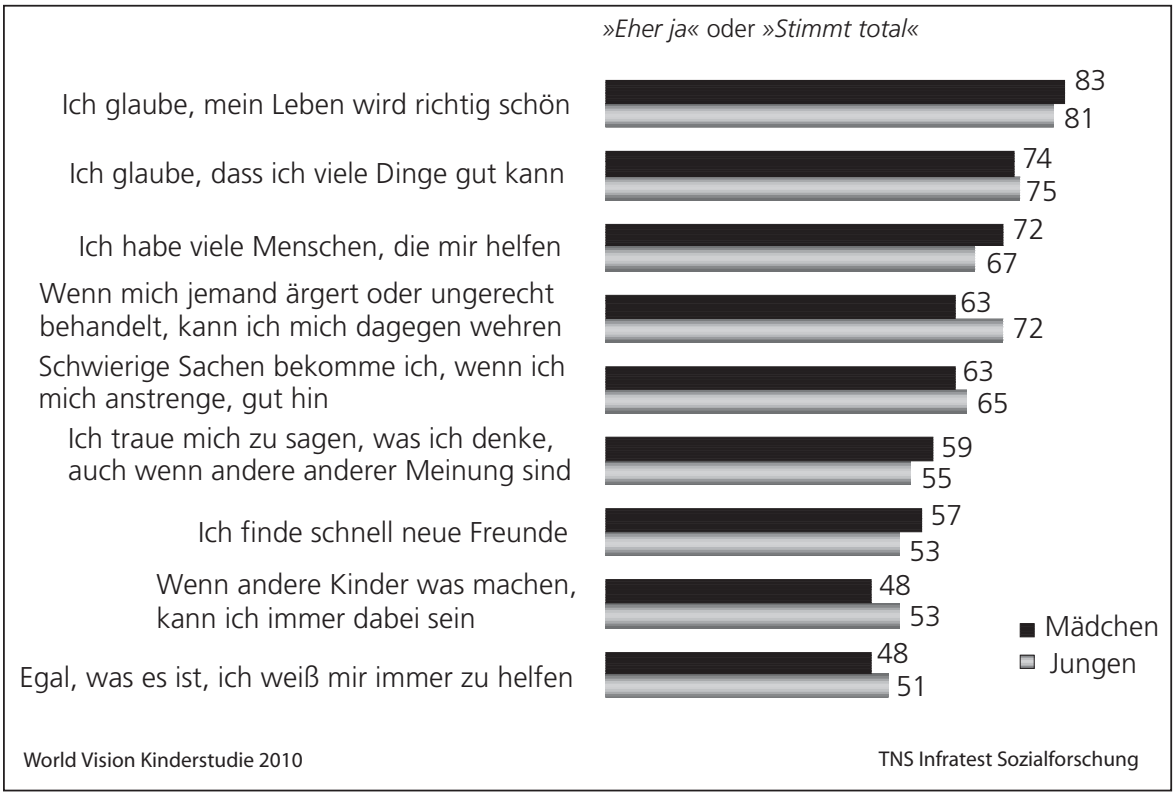


Abb. 7: Was Kinder sich zutrauen
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

aus diesen Instrumenten einige aus unserer Sicht besonders geeignete Statements ausgewählt und zusätzlich sprachlich etwas weiter vereinfacht, um die Verständlichkeit für unsere Zielgruppe, Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren, noch weiter zu verbessern. Die Kinder sollten ihre Zustimmung zu den Statements auf einer fünfstufigen Skala ausdrücken. Zur optischen Unterstützung der Antwortvorgaben haben wir unsere fünfstufige Smiley-Liste genutzt, die sich im Interview auch an dieser Stelle wieder ausgesprochen gut bewährt hat. Alle Statements beziehen sich einheitlich auf die Selbstwirksamkeit. Sie messen den Grad der vorhandenen eigenen Selbstwirksamkeitserwartung (Abb. 8).

Gruppiert man die Ergebnisse, so sind 11 % der Mädchen und 12 % der Jungen durch eine sehr hohe Selbstwirksamkeitserwartung charakterisiert. Diese Kinder betrachten sich als selbstständig und vertrauen auf ihre Fähigkeiten. Sehr hohe Selbstwirksamkeit bedeutet, dass diese Kinder kaum an sich zweifeln. Die Aussage »Egal, was ist, ich weiß mir immer zu helfen« bringt die Selbstwahrnehmung in dieser Gruppe vergleichsweise prägnant auf den Punkt. Auch Kinder mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung, weitere 23 % der Mädchen und ebenfalls weitere 23 % der Jungs, sind von ihren Kompetenzen überzeugt und entsprechend selbstbewusst. »Ich glaube, dass ich viele Dinge gut kann« ist für sie eine zutreffende Beschreibung. Kinder mit hoher oder sehr hoher Selbstwirksamkeitserwartung sehen sich ebenfalls sozial gut eingebunden und entsprechend unterstützt. Sie sind überzeugt, dass sie viele Menschen haben, die

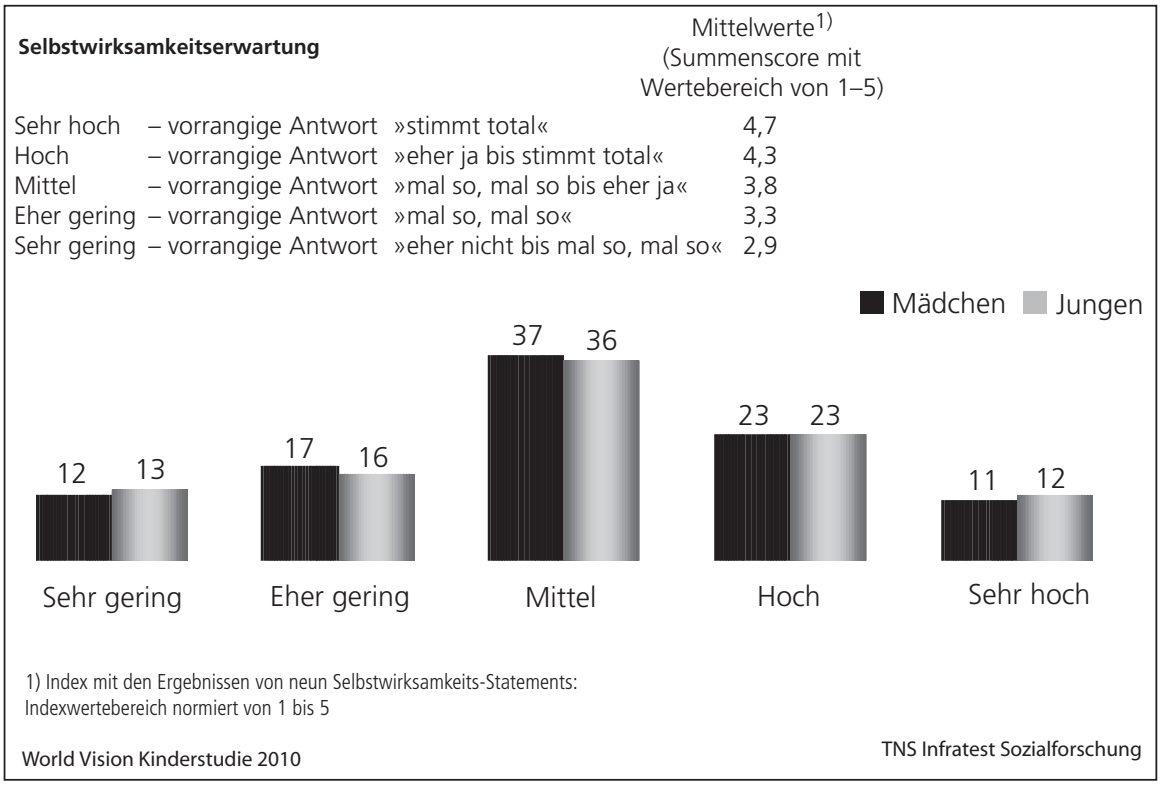


Abb. 8: Das eigene Zutrauen: Gruppierte Ergebnisse
Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren in Deutschland (Angaben in %)

ihnen helfen und das sie schnell neue Freunde finden. Darüber hinaus betonen so gut wie alle Kinder mit hoher oder sehr hoher Selbstwirksamkeit, dass sie glauben, dass ihr Leben richtig schön wird.

Bei 37 % der Mädchen und bei 36 % der Jungen ist die Selbstwirksamkeitserwartung mittel und damit im Vergleich durchschnittlich ausgeprägt. Auch bei ihnen ist meistens »eher ja« die Antwort auf die von uns dazu gestellten Fragen, was sie sich selbst zutrauen. Auch ihre Haltung ist optimistisch, allerdings sind diese Kinder schon deutlich weniger häufig von den eigenen Fähigkeiten überzeugt. »Egal, was ist, ich weiß mir immer zu helfen« reklamieren hier jetzt nur noch jedes zweite Kind für sich.

Eine eher geringe Selbstwirksamkeitserwartung weisen 17 % der Mädchen und 16 % der Jungen auf. Diese Gruppe fällt im Selbstvertrauen spürbar hinter die anderen Kinder zurück. Positive Selbstwirksamkeitserwartungen finden sich bei ihnen deutlich weniger häufig. Weitere 12 % der Mädchen und 13 % der Jungen haben schließlich eine sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung. Ihre häufigste Antwort auf die Fragen dazu, was sie sich selbst zutrauen ist »eher nein« bis »mal so, mal so«. Dies gilt für alle Bereiche, egal ob es sich um die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung oder um die Selbstwirksamkeit bezüglich sozialer Anforderungen handelt. Besonders bedrückend ist, dass in dieser Teilgruppe mit 44 % nur die Minderheit davon ausgeht, dass ihr Leben richtig schön wird.

Die eigene Meinung

Wie bewerten die Kinder die Bedeutung ihrer eigenen Meinung? Je älter die Kinder, desto mehr wird nach ihrer Wahrnehmung die eigene Meinung wertgeschätzt: 50 % der Sechs- bis Siebenjährigen, 55 % der Acht- bis Neunjährigen sowie 64 % der Zehn- bis Elfjährigen geben an, dass ihre Mutter eher viel Wert auf die eigene Meinung legt. Bei den Vätern wird dies hingegen nur von 43 % der Sechs- bis Siebenjährigen, 47 % der Acht- bis Neunjährigen sowie 52 % der Zehn- bis Elfjährigen so gesehen.

Als etwas weniger gewichtig stufen die Kinder ihre Meinung im Freundeskreis ein: nur 36 % der Sechs- bis Siebenjährigen, 40 % der Acht- bis Neunjährigen sowie 49 % der Zehn- bis Elfjährigen glauben, dass die Freunde eher viel Wert auf ihre Meinung legen. Deutlich kritischer äußern sich aber alle Kinder gleichermaßen dazu, welche Rolle die eigene Meinung in der Schule spielt: Noch nicht einmal ein Drittel der Kinder gibt in diesem Fall auch unabhängig vom Alter an, dass ihre Klassenlehrerin oder ihr Klassenlehrer eher viel Wert auf ihre Meinung legen würde. Ähnlich ausgeprägt, wenn auch etwas stärker altersdifferenziert, ist die Einschätzung derjenigen, die in einer Nachmittagsbetreuung sind (Hort etc.), gegenüber ihren Betreuerinnen und Betreuern. Hier schwanken die positiven Angaben der Kinder altersabhängig zwischen 34 und 38 %.

Die feinen Unterschiede: Nicht alle Kinder genießen die gleiche Wertschätzung

Um die Ergebnisse zur Bedeutung der eigenen Meinung (Mutter, Vater, Freunde und Klassenlehrer) gruppiert analysieren zu können, haben wir einen Index gebildet, der die Antworten zur Wertschätzung zusammenfasst. Eine vergleichsweise geringe Wertschätzung ihrer eigenen Meinung erleben 34 % der Kinder. Ihre Erfahrung in Familie und Freundeskreis ist eher »mal so, mal so« und in der Schule häufig »eher nein«. Den Durchschnitt mit einer mittleren Wertschätzung bilden 40 %: zu Hause »eher viel«, ansonsten »mal so, mal so«. Eine hohe Wertschätzung der eigenen Meinung erleben 26 % der Kinder: zu Hause, häufig auch im Freundeskreis und meistens auch in der Schule.

Auch an dieser Stelle zeigt sich, dass es vor allen Dingen Kinder aus prekären Lebensverhältnissen, insbesondere diejenigen mit eigener konkreter Armutserfahrung sind sowie die Kinder, die sich nicht hinreichend betreut fühlen, die im Alltag eine geringe Wertschätzung der eigenen Meinung erleben: 53 % der Kinder mit einem Zuwendungsdefizit und auch 48 % der Kinder mit Armutserfahrung sowie ebenfalls 47 % derjenigen, die über finanziell bedingte Beschränkungen berichten, verweisen ebenfalls darauf, im Alltag auch nur eine geringe Wertschätzung der eigenen Meinung zu erleben: sowohl in der Familie, als auch in der Schule und im Freundeskreis.

Hierbei ist auch noch ein weiterer Zusammenhang eindeutig: Kinder mit im Alltag wenig wertgeschätzter Meinung weisen zu 49 % eine geringe oder eher geringe Selbstwirksamkeit auf. Kinder mit hoher Wertschätzung der eigenen Meinung haben

hingegen zu 53 % ebenfalls eine hohe oder sehr hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeit und Wertschätzung der eigenen Meinung korrelieren. Selbstwirksam sind die Kinder, auf deren Meinung im Alltag Wert gelegt wird.

Was Kinder insgesamt für ein »gutes Leben« brauchen

Selbstwirksamkeit, also die Herausbildung von Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein sowie personaler und sozialer Kompetenz, bildet einen Schlüsselfaktor, um Kindern Potenziale für die Gestaltung eines »guten Lebens« zu eröffnen. Wir haben hierfür die Befunde noch einmal zusammengefasst, die auf Basis von uns erhobenen unmittelbaren Auskünfte der Kinder im Zusammenhang betrachtet einen signifikanten und bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und damit auf Verwirklichungschancen haben.

Die größte Erklärungskraft für die Entwicklung von Selbstwirksamkeit bei Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren hat die von den Kindern wahrgenommene *Wertschätzung der eigenen Meinung*. Je mehr diese in Familie, Freizeit, Freundeskreis und Schule wahrgenommen wird, desto größer ist das Selbstbewusstsein, gemessen am Grad der allgemeinen und sozialen Selbstwirksamkeitserwartung. Die Wertschätzung der eigenen Meinung basiert hierbei auf den alltäglichen Mitwirkungs- und Partizipationserfahrungen: In den Alltag einbezogen werden, um mitwirken zu können, nach der eigenen Meinung gefragt werden und dabei zu erleben, das diese auch ernst genommen wird, darauf kommt es an.

Weitere förderliche Faktoren für die Selbstwirksamkeit bilden *ein großer Freundeskreis* sowie *vielseitige Freizeitaktivitäten*. Ein großer Freundeskreis gibt Rückhalt und ermöglicht vielfältige Erfahrungen, die eigene Meinung zu vertreten. Größere Freundeskreise sind hierfür offenbar besser geeignet. Zum einen geht mehr, zum anderen können sich dadurch aber auch mögliche Abhängigkeiten gegenüber einzelnen Kindern besser vermeiden lassen. Es kommt hierbei auf die Gelegenheit an. Kinder brauchen Umwelten, in denen sie Kontakte knüpfen können. Vereine, Gruppen oder auch das gezielte Fördern von Peer-Bildung in der Schule schaffen Zugänge und Chancen. Besonders wertvoll und entsprechend wirksam zur Herausbildung von Selbstwirksamkeit sind auch vielseitige Freizeitaktivitäten. Vielseitigkeit regt an, schafft wiederum neue Kontakte und gibt weitaus bessere Möglichkeiten zu erfahren, was man gut kann. Medien (Computer, Spielekonsole oder Fernsehen) gehören insbesondere bei Jungen zur Lebenswelt mit dazu. Medienkonsum alleine als prägende Freizeitaktivität, so wie wir dies in unserer Freizeittypologie dargestellt haben, engt allerdings ein und ist mit einer geringeren Selbstwirksamkeit verbunden. Im Zusammenhang betrachtet zeigen die Ergebnisse, dass die von uns als Medienkonsumenten bezeichneten Kinder auch unabhängig von Lebenslage und Herkunftsschicht weniger Selbstwirksamkeit entwickeln und ebenfalls mit ihrer Freizeit und mit ihrem Freundeskreis weniger zufrieden sind.

Prekäre Lebenslagen in Gestalt von Armut oder auch *fehlender elterlicher Zuwendung* sind hingegen in unserer Analyse für die Entwicklung von Selbstwirksamkeit die

primären hinderlichen Rahmenbedingungen. Armut grenzt nicht nur aus, sondern hindert Kinder auch daran, Selbstwertgefühl und Kompetenz zu entwickeln. Nach wie vor ist es die Herkunft, die entscheidet. Kinder aus bildungsfernen Schichten haben weniger Chancen, da ihnen nicht die Ressourcen zur Verfügung stehen, die Kinder aus gehobenen Schichten haben. Dies bezieht sich sowohl auf die finanziellen Möglichkeiten in der Familie als auch auf die vorhandenen Kompetenzen, den Kindern Chancen zu eröffnen. Bildungsferne ist nicht förderlich, um den eigenen Kindern höhere Bildungsabschlüsse zuzutrauen. Schwierige Lebenslagen begrenzen, wenn es darum geht, Kindern Gelegenheiten für vielseitige Freizeitaktivitäten oder auch einfach nur eine Mitgliedschaft in einem Sportverein zu ermöglichen. Hier ist »das ganze Dorf« gefordert, wie wir es in der 1. World Vision Kinderstudie formuliert hatten. Begrenzung kann sich aber auch da einstellen, wo das Finanzielle einigermaßen geregelt ist, wo allerdings die Betreuung der Kinder trotzdem nicht verlässlich gestaltet werden kann oder wo bei den Eltern Überforderung herrscht. Dies trifft vor allem auf Alleinerziehende zu, kommt aber auch dort häufiger vor, wo Elternteile offenbar unzufrieden sind mit ihrer Lebenssituation, etwa dann wenn keine eigene Erwerbsbeteiligung möglich ist. Aus der Sicht der Kinder fördert eine geregelte Einbindung der Elternteile in das Erwerbsleben eher die Zuwendung und Betreuung.

Literatur

Bandura, A. (1998): Self-efficacy. In: V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, S. 71–81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Riedman [Ed.], cyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press).

Hurrelmann, K./Andresen, S./TNS Infratest Sozialforschung (2007): Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Fischer-Verlag, Frankfurt.

Hurrelmann, K./Andresen, S./TNS Infratest Sozialforschung (2010): Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Fischer-Verlag, Frankfurt.

Jerusalem, M./Schwarzer, R. (1981/1999): Allgemeine Selbstwirksamkeit. In: Schwarzer, R./ Jerusalem, M. (Hg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Satow, L./Mittag, W. (1999): Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit sozialen Anforderungen. In: Schwarzer, R./Jerusalem, M. (Hg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R./Jerusalem, M. (2002): Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Zeitschrift für Pädagogik. 44. Beiheft: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie als Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen

Jörg Michael Fegert

KJP als interdisziplinäres Schnittstellenfach

Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ist immer in der stationären und teilstationären Behandlung, meist aber auch bei ambulanten Zugängen ein interdisziplinäres, in multidisziplinären Teams arbeitendes und in der kurativen Medizin verankertes Schnittstellenfach.

Betrachtet man die Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Vorgeschichte (Fegert 1986) so kann man im ausgehenden 18. Jahrhundert, im Zeitalter der französischen Revolution (1789 – 1799) zentrale Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausmachen, welche sie heute noch prägen: Sowohl die deskriptive Entwicklungspsychopathologie mit Falldarstellungen und ersten Darstellungen von Entwicklungstagebüchern als auch die introspektive Entwicklungspsychopathologie, z. B. mit dem biografischen Roman Anton Reiser von Karl Philipp Moritz, haben in dieser Zeit ihre Wurzeln und waren prägend für die spätere, beschreibende Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie die Zugänge in der Psychotherapie durch Introspektion. Während im Mittelalter noch fast jede Behinderungsform als irreversibler Ausschlussgrund für die Gesellschaft galt, gewann zu dieser Zeit, am Anfang der Neuzeit, auch durch den Sensualismus der Gedanke der Kompensation von Defiziten durch Ressourcen mithilfe von Trainingsmethoden an Bedeutung. So entstand die Sonderpädagogik mit spezifischen Fördermöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. Aber auch der Aspekt der gesellschaftlichen Kontrolle (»medizinische Polizei«) und der Ökonomisierung, d. h. auch Zugänglichmachung von Sonderlingen für die Arbeitswelt, spielte schon zu diesem Zeitpunkt eine große Rolle. Eine der zentralen Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Pädagogik anzusiedeln. Jean Itards[1] Bericht über den Versuch, dem Wilden aus dem Aveyron, einem Wolfskind, Sprache beizubringen ist quasi ein erstes Zeugnis für einen kinder- und jugendpsychiatrischen, fallbezogenen Forschungsbericht im nachrevolutionären Frankreich. Schließlich ist die Medizin zu nennen mit ihren Bemühungen um Klassifikation, um Beschreibung psychischer Störungen.

Diese ursprünglichen Wurzeln spiegeln sich in der heutigen Ausgestaltung des Fachs als Schnittstellenfach wider. Sie charakterisieren aber auch Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von innen. Denn auch »von innen« ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie multidisziplinär. Nach der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) arbeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Teams Kollegen und Kolleginnen aus folgenden Fachrichtungen zusammen: Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Sozialarbeit, Ergotherapie, Musiktherapie,

1 Jean Marc Gaspard Itard (1774 – 1838), französischer Arzt und Taubstummenlehrer

Kunsttherapie, Krankengymnastik und Bewegungstherapie, andere Kreativtherapie sowie im Pflege- und Erziehungsdienst Krankenpflegeberufe, Heilerziehungspflege und Erziehung. Hinzu kommen außerhalb der Psychiatriepersonalverordnung Hausmeister, Verwaltung, Lehrerinnen und Lehrer in der Klinikschule etc. In der realen Fallgestaltung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar. Modernes Casemanagement ist nur in Zusammenarbeit möglich. Wichtigste Partner dabei sind zunächst die Betroffenen und ihre Familien, aber auch Schule, Jugendhilfe, Kinderärzte und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Arbeitsagentur und verschiedene Beratungsstellen. An diesen multiplen Schnittstellen treten auch wiederholt Probleme auf, z. B. durch unterschiedliche Fallbewertung und fachliche Sichtweisen, durch unterschiedliche Sprache und Definitionen, durch Misstrauen an Systemgrenzen und systematische Neubearbeitung jeden Falles durch manchmal nicht enden wollende Delegationsketten (vgl. in Fällen des sexuellen Missbrauchs Fegert 2007), durch ein Gerangel um die Federführung im Fall, durch das Weiterschieben von Kosten in andere Systeme und durch widersprüchliche Beratung, welche letztendlich die Betroffenen und ihre Familien verwirrt.

Die Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist meist interdisziplinär aufgestellt. An vielen Lehrstühlen gibt es eine ausgedehnte Zusammenarbeit mit Grundlagenfächern, z. B. bei Fragen der Genetik und Epigenetik oder bei der Bildgebung. Das Themenheft »Forschung« in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hebebrand 2009) gibt einen umfassenden Überblick über die zahlreichen Forschungsthemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und über die derzeitige Dominanz biologisch naturwissenschaftlicher experimenteller bzw. quasiexperimenteller Forschungsansätze. Ohne eine intensive Zusammenarbeit mit den Nachbarfächern innerhalb der Medizin, aber auch eine Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie, Entwicklungspsychologie und klinischen Psychologie ist kinder- und jugendpsychiatrische Forschung heutzutage kaum denkbar. Die sozialpsychiatrisch orientierte kinder- und jugendpsychiatrische Forschung arbeitet mit Pädagogik, Sozialarbeit, teilweise auch mit den Wirtschaftswissenschaften, z. B. im Bereich der Managementtheorie, zusammen. Noch ausbaufähig sind die bislang nur an bestimmten Lehrstühlen kontinuierlich gepflegten Kontakte und gemeinsamen Projekte im Bereich der forensischen Psychiatrie mit Juristen zu Fragen der Begutachtung jugendlicher Straftäter bzw. Kinder und Jugendlicher als Opfer. Fragen der (Forschungs-)Ethik sowie allgemeine sozialwissenschaftliche und philosophische Fragen drängen sich anhand von Problematiken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, sodass auch für die Forschung festgestellt werden kann, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Schnittstellenfach ist.

Es verwundert deshalb kaum, dass viele Nachbarfächer, vor allem außerhalb der Medizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie als wichtiges Fach wahrnehmen und sie von Ferne leuchten sehen. Mir fällt dabei immer das Bild des Scheinriesen Tur Tur aus Michael Endes Jim Knopf ein. Von der Ferne besehen ist er riesengroß und kann deshalb mit einer Lampe in der Hand als Leuchtturm fungieren, kommt man aber

näher, sieht man, dass er auf der ohnehin schon kleinen Insel Lummerland ein kleiner Mensch ist. Genau so ist in der Innensicht der Medizin die Kinder- und Jugendpsychiatrie: neben den größeren Nachbarfächern Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie ein kleines und oft auch organisatorisch in Klinikzusammenhängen zugeordnetes bzw. angeschlossenes Fach, sodass die »Innensicht«, um eine weitere Metapher zu nennen, in einer medizinischen Fakultät oder in einem Krankenhausführungsgremium eher der von Gulliver unter den Riesen gleicht. Insofern ist es für manche Kinder- und Jugendpsychiater, die in der Medizin kaum noch als Kollege erkennbar sind (»Ach, Sie sind auch Arzt?«) erstaunlich, wie mächtig sie z. B. von Kooperationspartnern in der Jugendhilfe oder in der Schule oder bei Gericht wahrgenommen werden. Dies wird vor allem durch den häufigen Appell aus Richtung der Jugendhilfe, für eine Kommunikation auf »Augenhöhe«, unterstrichen.

Aus der Sicht der Epidemiologie, d. h. mit Blick auf die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter müsste die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein besser verbreitetes, deutlich wichtigeres Fach sein. Der KiGGS-Survey des Robert-Koch-Instituts hat gezeigt, dass ca. ein Fünftel der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland wahrnehmbare psychische Auffälligkeiten hat. Tatsächlich besteht eine Unterversorgung und eine Nichtwahrnehmung dieser Probleme, denn Kinder- und Jugendpsychiatrie ist kein in der Approbationsordnung vorgesehenes Pflichtfach. Das heißt kinder- und jugendpsychiatrische Inhalte kommen in der Ausbildung von Medizinern als erkennbarer Pflichtanteil mit Prüfungsfragen quasi nicht vor.

Dies ist auch im Rahmen der Beratungen am runden Tisch »Sexueller Kindesmissbrauch« von verschiedenen Beteiligten kritisch betont worden. Allgemeinärzte, Hausärzte und Kinderärzte sind häufig die ersten Ansprechpartner für betroffene Kinder und ihre Familien. Dies hat auch die Begleitforschung für die Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann, gezeigt. Das Ärzteblatt hat deshalb mit zwei Beiträgen zu dieser Thematik in diesem Jahr reagiert. Aber derzeit kann im medizinischen Ausbildungssystem nicht sichergestellt werden, dass jeder Arzt, der als privilegierter Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche in Not und Familien mit Sorgen gilt, Probleme einschätzen kann, welche ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen betreffen. Auf diesem Aspekt, dass Kinder- und Jugendpsychiatrie, die im akademischen Kontext gerne als »Kolibrifach« oder »Nice to have, but not essential« dargestellt wird, eine zentrale gesundheitspolitische Bedeutung hat, weist das Themenheft »Lehre« der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie hin (Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2009). Strukturpapiere aus Nordrhein-Westfahlen oder der Abschlussbericht der Medizinstrukturkommission Baden-Württemberg gehen hier gerade den falschen Weg und empfehlen, da es sich nur um ein Nebenfach handelt, die Konzentration der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf wenige, hoch aktive universitäre Zentren. Es wird nicht für wichtig gehalten, dieses Fach an jeder Fakultät in Forschung und Lehre und Krankenversorgung präsent zu halten. Hier ist sowohl gesundheitspolitisch wie jugendpolitisch dringender Klärungsbedarf anzumelden. Dabei gilt es festzuhalten, dass der weitaus größte Teil der Kinder sich

in Deutschland positiv entwickelt, aber verschiedene Untersuchungen um die Jahrtausendwende (Petermann 2000, Miller et al. 2002, Mattejat und Remschmidt 1998, Mattejat et al. 1998) deuteten schon an, dass ca. Fünftel aller Kinder in verschiedenen Altersgruppen Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Schließlich hat der KiGGS-Survey 2007 dies bestätigt.

Auf der Basis der den KiGGS-Survey vertiefenden Bella-Studie (Ravens-Sieberer 2006) kann sogar festgestellt werden, dass die Risiken, an psychischen Störungen zu erkranken, sich bei Belastungsfaktoren wie allein Erziehen z. B. um das Zweifache erhöhen, aktuelle Konflikte das Risiko fast fünffach erhöhen, Konflikte in der Familie der Eltern ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko mit sich bringen und Unzufriedenheit in der Partnerschaft bei den Eltern ebenfalls mit einem 2,5-fachen Risiko verbunden sind. Besonders gravierend ist der Anstieg der Belastungen, wenn drei Risiken zusammenkommen. In diesem Fall hat schon fast ein Drittel der Kinder psychische Auffälligkeiten. Bei vier Risiken sind es beinahe die Hälfte aller betroffenen Kinder. Diesen Kindern droht soziale Ausgrenzung und häufig nicht koordinierte Hilfe in unterschiedlichen Systemen. Dies ist mit erheblichen Folgekosten verbunden. Das Grünbuch der Europäischen Union (EU) hat auf die langfristigen Kosten von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten hingewiesen (siehe Abbildung).

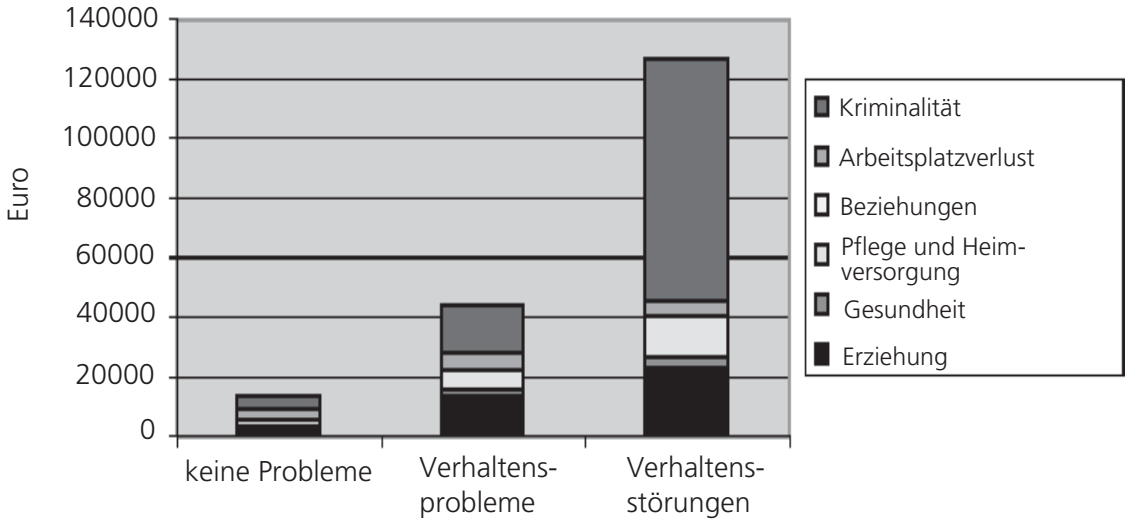


Abb. 1: Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit-Follow-up von Kindern mit und ohne Verhaltensstörungen und psychischen Störungen. Quelle: Grünbuch der EU

Diese steigen exponentiell an, wenn Verhaltensprobleme – über 20 % der Kinder in Deutschland – wahrgenommen werden können. Um noch einmal dreifach teurer sind die Folgekosten bei Kindern mit diagnostizierbaren Erkrankungen. Insofern sehen sich viele Planer mit einer paradoxen Situation konfrontiert. Einerseits steigen die Zahlen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher, gleichzeitig suggeriert doch der allgemeine Geburtenrückgang und die demografische Entwicklung prospektiv eigentlich ein zurückgehendes Fallvolumen: Dies hat zur Folge, dass teilweise im-

mer wieder über einen potenziellen Abbau von Versorgungsstrukturen nachgedacht wird, obwohl gerade da, wo der demografische Wandel am stärksten ist, psychische Auffälligkeiten bei den noch vorhandenen Kindern am häufigsten sind. Festgestellt werden muss, das im Vergleich zu den 90er-Jahren eine eklatante Fallzahlsteigerung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt ist. Es werden heute ca. doppelt so viele Patienten wie in den 90er-Jahren betreut. Was nur durch eine enorme Behandlungsverdichtung (nur noch ein Drittel der Liegezeiten bei gleichzeitiger Bettenreduktion) um mehr als ein Viertel des Gesamtbestands trotz Ausbauprogrammen in einzelnen Bundesländern realisiert wurde. Die Einsparungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind also schon erfolgt. Am härtesten treffen diese Einsparungen die Kinder in Form der Personalreduktion. Hier widersprechen sich die Vorgaben aus der PsychPV, die teilweise in manchen Kliniken einfach nicht mehr eingehalten werden konnten und die gedeckelten Gesundheitskosten, welche Kostenerhöhungen im Personalbereich z. B. durch neue Tarifverträge unmöglich machen. Unter anderem gestützt auf den KiGGS-Survey kann festgestellt werden, dass nicht einmal die Hälfte der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen überhaupt ein Behandlungsangebot erhält, noch viel weniger Kinder erhalten ein Angebot in einer adäquaten Form. Die WHO (2001) prognostiziert weltweit eine 50%-ige Steigerung der Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen bis 2020. Insofern stellt das neue Entgeltsystem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance und Herausforderung dar (Kölch et al. 2010). Hier gilt es, die Basis für eine Zukunft für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit hinreichender Beziehungsqualität zu legen. Gleichzeitig gilt es, die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich zu verbessern.

Seismograf – Psychopathologie und gesellschaftliche Trends

Während andere akademische Fächer, wie die akademische Pädagogik, die Jugend- und Familiensoziologie, die Entwicklungspsychologie Probleme erkennen und Problemgruppen erst beschreiben müssen, um dann einen methodisch fundierten Zugang zu ihnen zu finden, werden der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als Fach die jeweils aktuellen Themen und Trends durch die Inanspruchnahmepopulation und die Zuweiser im Feld quasi »frei Haus« geliefert. Kinder- und Jugendpsychiater müssen also nur Augen und Ohren offen halten und können deshalb in der sozialpolitischen Debatte, quasi als »Trendscouts« der Sozial-, Jugend-, Familien- und Bildungspolitik wirksam werden. Einige Beispiele sollen – aus der Sicht der wahrgenommenen Psychopathologie – fachliche Diskussionen und Trends darstellen, die Kinder- und Jugendpsychiater quasi als Seismograf früh kommen sehen konnten. Während viele Fächer in der Medizin, z. B. noch überhaupt keine Sensibilität für Genderunterschiede und eine generelle Genderperspektive hatten, waren Kinder- und Jugendpsychiater schon immer mit gesellschaftlich und biologisch bedingten unterschiedlichen Ausprägungen jugendtypischer und geschlechtstypischer Probleme konfrontiert.

An dieser Stelle kann der Wechsel der typischen Probleme junger Frauen, die jeweils auch den Zustand und die Rolle der jungen Frau in der Gesellschaft reflektieren, nicht historisch soziologisch ausgeführt werden. Deshalb sei nur kurz auf den säkulären Wechsel in der Psychopathologie von der Jahrhundertwende des 19. auf das 20. Jahrhundert, wo noch die Hysterie die Krankheit der jungen Frauen war über die 60er-Jahre mit der »Fresswelle« in der Nachkriegsbundesrepublik und der begleitenden Zunahme von Essstörungen hingewiesen. Zunächst sahen wir primär asketische Formen der Anorexie, später immer stärker auch bulimische Verläufe und seit den 90er-Jahren verstärkt, vor allem bei jungen Frauen, selbstverletzendes Verhalten mit und ohne Suizidalität und verschiedenen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, die häufig auch Einrichtungen der Jugendhilfe durch ihren impulsiven Charakter an den Rand ihrer Betreuungs- und Haltefähigkeiten gebracht haben. Mittlerweile ist selbstverletzendes Verhalten nicht mehr so stark geschlechtsspezifisch und ist zu einem in Stadt und Land ausgeprägten Phänomen geworden. Unsere eigene Arbeitsgruppe hat zusammen mit internationalen Forschern entsprechende Vergleiche angestellt (Plener et al. 2009 im Vergleich zu Muehlenkamp und Gutierrez 2007). Hier zeigte sich sowohl für die USA wie für Deutschland, dass nur noch knapp Dreiviertel aller Jugendlichen in repräsentativen Schulstichproben angeben, nie sich selbst verletzt und/oder Suizidgedanken gehabt zu haben. Vergleicht man die Häufigkeiten der Angaben im Fragebogen SHBQ (Self Harm Behavior Questionnaire) zwischen Stadt und Land, finden sich im städtischen Bereich 27,3 % selbstverletzende Handlungen, während in den ländlichen Schulen 23,9 % auftraten. Dieser Unterschied ist nicht signifikant. Von den städtischen Schülerinnen und Schülern berichteten 7,36 % von Suizidversuchen und 14,15 % von Suiziddrohungen. Im ländlichen Albdonaukreis waren dies respektive 5,62 % und 17,26 %. Auch diese Unterschiede waren nicht signifikant. Am häufigsten traten Suizidgedanken auf und zwar bei 34,8 % aller Schüler im städtischen Bereich in Ulm und 37,95 % aller Schüler im ländlichen Bereich.

Ein anderes Genderphänomen, nämlich typische »Jungenprobleme« im Vorschul- und Grundschulalter, lässt sich weltweit in der Inanspruchnahmeepidemiologie der Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie feststellen. Offensichtlich zeichnen sich Jungen bis zur Pubertät durch eine höhere Vulnerabilität für oppositionelles Verhalten, Impulsivitätsstörungen, Konzentrationsstörungen und neurologische Entwicklungsprobleme aus. Störungen des Sozialverhaltens sind bei männlichen Kindern und Jugendlichen deutlich häufiger als bei Mädchen. Jugenddelinquenz und Jugendkriminalität, sowohl im Dunkelfeld als auch die strafrechtlich erfassten Formen, sind ebenfalls nach wie vor ganz überwiegend eine Jungenproblematik, auch wenn bezüglich der Delinquenz Zunahmen bei den jungen Frauen während der letzten zehn Jahr zu beobachten sind. Sexualdelinquenz ist großmehrheitlich ein Problem, das von männlichen Adoleszenten und Männern ausgeht.

Ein zweites Beispiel, wie stark Kinder- und Jugendpsychiater durch ihre praktische Tätigkeit auch bei Tabuthemen auf mögliche gesellschaftliche Debatten wie ein Seismograf vorbereiten können, ist die Debatte um die einzelnen Misshandlungs-

formen, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch. In den 80er-Jahren war einer meiner ersten Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als frischgebackener Assistenzarzt ein Mädchen, das wegen multipler Probleme in der Ambulanz vorgestellt wurde und welches mir – zu meiner völligen Überraschung und damals relativen Überforderung – in der vertraulichen Untersuchungssituation von ihrem fortgesetzten Missbrauch berichtete. In der Fachliteratur war damals zu dieser Thematik kaum etwas zu finden. Am ehesten noch in der zum Teil pejorativen forensischen Literatur, wo von »Opferpräzipitation«, also dem Anhaften der Opfer an den Tätern und ähnlichen Verdrehungen die Rede war. Für mich wurde das Ausgangspunkt einer jetzt mehr als 25-jährigen intensiven Auseinandersetzung mit Fragen von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch. Regelmäßig ist ein nicht unerheblicher Teil unserer Inanspruchnahmepopulation mit diesen belastenden Lebensereignissen konfrontiert und häufig zählen gerade diese Kinder, die besonders hilfsbedürftig sind, zu den Kontaktabbrechern, die wir nicht längerfristig erreichen (vgl. Elpers et al. 1995).

Mitte, Ende der 90er-Jahre gab es durch die mehrfache Förderung im Schwerpunkt Recht und Verhalten der VW-Stiftung eine intensive Auseinandersetzung mit der rechtlichen Abwicklung und dem institutionellen Umgang mit sexuellen Missbrauchsfällen. Die kriminologische Forschungsstelle Niedersachsen hat in der Studie von Wetzels 1997 erstmalig eine bundesweite Misshandlungsepidemiologie dargestellt und auch auf die Zusammenhänge zwischen Misshandlungserfahrungen und eigener Aggressivität hingewiesen. Das Urteil des BGH in Strafsachen zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung hat in der Folge die Praxis wesentlich beeinflusst und die Gutachtenqualität in Deutschland deutlich verbessert (vgl. König und Fegert 2009). Dennoch muss immer noch davon ausgegangen werden, dass immer wieder neue Debatten und Skandalwellen, wie die Debatte um den Missbrauch mit dem Missbrauch, die Debatte um frühe Vernachlässigung nach Fällen wie Kevin etc., die fachliche Auseinandersetzung mit Kinderschutzfragen in Deutschland schleppend vorangebracht haben. Insofern war es nicht verwunderlich, dass bei allen entscheidenden Anhörungen, z. B. im Rahmen der Einführung des § 8 a in das Kinder- und Jugendhilfegesetz oder im Rahmen der in der letzten Legislatur gescheiterten Versuche, ein Bundeskinderschutzgesetz einzuführen, Kinder- und Jugendpsychiater gerade die Schnittstellenprobleme zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe thematisiert haben.

Es bleibt zu hoffen, dass der jetzt in einem neuen Anlauf geplante Gesetzentwurf für ein bundeseinheitliches Kinderschutzgesetz (zum Zeitpunkt der Drucklegung lag ein Referentenentwurf vor) diesmal von mehr Erfolg im Parlament gekennzeichnet sein wird. Gerade als Kinder- und Jugendpsychiater wissen wir, wie wichtig es ist, wenn es um emotional stark belastende, brenzlige Fälle geht, klare rechtliche Vorgaben, auch im Umgang mit der Schweigepflicht, zu haben. Hier waren zwar viele Einzelinitiativen der Landesgesetzgeber gut gemeint, sie haben aber in der Regel zu mehr Verwirrung in der Praxis geführt (vgl. Knorr et al. 2009), wie wir in einer Befragung von Haus- und Kinderärzten in Baden-Württemberg und Bayern zeigen konnten. Auch für einen

Kinder- und Jugendpsychiater, der sich seit Jahrzehnten mit der Thematik des sexuellen Missbrauchs befasst hat und der auch am Anfang dieses Jahrtausends zunächst in einem bundesgeförderten Projekt auf die Problematik des Missbrauchs in Institutionen hingewiesen hat und dann ein großes Modellprojekt in Institutionen, die Menschen mit geistiger Behinderung betreuen, zu dieser Thematik durchgeführt hat, war das Ausmaß der Debatte um sexuellen Missbrauch in Institutionen, die durch die Offenlegung der Fälle am Canisius-Kolleg Anfang 2010 getriggert wurde, nicht vorhersehbar. Aber wir waren für die fachliche Diskussion durch unsere bisherige Auseinandersetzung gerüstet und hatten auch schon auf einer unserer Statuskonferenzen einen Überblick über die schwierige Versorgungslage traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland gegeben (Fegert et al. 2010).

Dass gerade Einrichtungen der Jugendhilfe heutzutage besonders stark mit Kindern, die traumatisierende Ereignisse in ihrer Vorgeschichte hatten, konfrontiert sind und dass ein erheblicher Teil der Kinder, die heute in Heimerziehung oder im Pflegekinderwesen betreut werden, diagnostizierbare und behandlungsbedürftige psychische Störungen haben, haben wir in einer Reihe von Studien für Deutschland und die Schweiz aufgezeigt. Eine Übersicht findet sich in unserer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht (Fegert und Besier 2009).

Die logische Konsequenz ist die Forderung nach einer modernen Traumapädagogik in solchen Einrichtungen und nach mehr professionellem Wissen in Bereichen der Sonderpädagogik, Sozialpädagogik und Pädagogik in Bezug auf psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Schmid und Fegert 2008, Schmid und Fegert 2009). Insofern war es auch nicht verwunderlich, dass gerade wir als kinder- und jugendpsychiatrische Experten von der Anfang letzten Jahres ernannten Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung, Frau Bundesministerin a. D. Dr. Christine Bergmann, aufgefordert wurden, das Konzept für eine Datenerfassung und Begleitforschung ihrer telefonischen Anlaufstelle zu erstellen. Mittlerweile sind die ersten Ergebnisse dieser laufenden Begleitforschung (vgl. Fegert et al. 2010a, Fegert et al. 2010b) veröffentlicht.

Obwohl seit der Jahrtausendwende also Kinderschutzfragen, welche Kinder- und Jugendpsychiater und Heimerzieher schon immer beschäftigt haben, sehr viel stärker durch die mediale Skandalisierung (vgl. Fegert et al. 2010) ins öffentliche Bewusstsein gekommen sind, müssen wir feststellen, dass wir in der Medizin nach wie vor keine vernünftige Datenbasis zu Misshandlungshäufigkeiten haben. Oft werden entsprechende Diagnosecodes, welche in der ICD-10 durchaus vorgesehen sind, auch gezielt durch Mediziner vermieden, um nicht automatisch durch die Feststellung der Misshandlungs- oder Missbrauchsdiagnose aufgrund der Rückholpflicht der Krankenkassen bei fremdverursachten Gesundheitsschäden nach § 294a Sozialgesetzbuch (SGB) V ungewollt ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren loszutreten.

In den USA hat in den letzten Jahren unter der Regie des Centers of Disease Control eine Auseinandersetzung über Definitionen, Beschreibungen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern stattgefunden. In Deutschland haben wir keine einheitlichen Definitionen für Kinderschutzfälle. Wir haben noch nicht einmal eine Synopse darü-

ber, was in unterschiedlichen Rechtsbereichen darunter verstanden wird. Vielleicht erklären sich auch manche erbitterten Gegensätze in politischen und fachlichen Diskussionen dadurch, dass man Gegenstände allein gar nicht hinreichend definiert hat. Hier bleibt noch viel zu tun. Kinder- und Jugendpsychiater, die stark an den Schnittstellen und in der Vernetzung tätig sind, können hier durch ihr Verständnis für unterschiedliche Definitionen und Funktionen dieser Definitionen in unterschiedlichen Rechtsbereichen vielleicht auch mit zur Verständigung beitragen. So war es z. B. im Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme des BMFSFJ«, welches zur Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen geführt hat, wo wir auf der Basis des in vier Bundesländern geförderten Modellprojekts »Guter Start ins Kinderleben« ein Vernetzungshandbuch mit Glossar mit entsprechenden Definitionen etc. für den Bereich der Vernachlässigung und der frühen Hilfen erstellt haben (vgl. Ziegenhain et al. 2010).

Ein letztes Beispiel für eine Fragestellung, die von den Kinder- und Jugendpsychiatern als Seismografen für Bruchstellen zwischen den Systemen früh wahrgenommen wurde, ist die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern. Häufig gab es hier auch direkt Konflikte zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und ihren erwachsenenpsychiatrischen Kollegen, weil die kinder- und jugendpsychiatrische Sicht stärker als eine Garantenfunktion für das Kindeswohl und die bestverstandenen Kindesinteressen verstanden wurde, während viele Stellungnahmen der primär die Erwachsenen behandelnden Kollegen davon geprägt waren, dass man einer psychisch kranken Mutter den stabilisierenden Faktor »Kind« und ihr soziales Umfeld erhalten wollte. Letztendlich führte die Tabuisierung dieses Themas nicht selten dazu, dass wenn die Jugendhilfe sehr spät eingeschaltet wurde, nichts anderes mehr als die Herausnahme und Trennung von der Familie möglich war. Was wiederum die Selffulfilling Prophecy, dass das Jugendamt nur als »Kinderklau« agiere, perpetuierte. In einem Themenheft in der Zeitschrift Nervenheilkunde 2008 (Schmid et al. 2008, Kölch et al. 2008) haben wir in verschiedenen Beiträgen auf die Situation psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder hingewiesen und konnten zeigen, dass diese Eltern bei ihren Kindern eine hohe Belastung wahrnehmen und gleichzeitig aber die Inanspruchnahme von Hilfen aus den erwähnten Gründen stark scheuen. Mittlerweile sind an zahlreichen Orten interdisziplinäre Projekte, auch Beratungsangebote in Kliniken etc. entstanden, was aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht sehr zu begrüßen ist.

Technische Veränderungen und aktuelle Ereignisse spiegeln sich in der Inanspruchnahme wider

Die letzten 20 Jahre waren geprägt von starken Veränderungen der Erziehungs- und Medienumwelt von Kindern und Jugendlichen. Zu Beginn meiner Kindertherapieausbildung waren im Spiel vor allem Metaphern aus Märchen und konventionelles Spielmaterial zentral. Durch den elektronischen Spielekonsum, durch neue Medien beziehen sich heute viele Kinder auf Computerspiele, sprechen von »Freunden« und meinen damit Facebook- oder SchülerVZ-Kontakte, sind in reale und virtuelle Netz-

werke eingebunden und verbringen einen erheblichen Teil ihrer Zeit mit neuen Medien. 90 % der amerikanischen Kinder und Jugendlichen im Altern von 8 bis 16 Jahren spielen zu Hause Videospiele. Die deutsche JIM-Studie (Feierabend und Rathgeb 2008) zeigte, dass es heute praktisch in jedem Haushalt, in dem in Deutschland Jugendliche leben, Computer, Laptop etc., Internetzugang gibt. Auch Spielekonsolen sind weitverbreitet, es gibt sie in zwei Drittel aller Haushalte. Ihren Computer im eigenen Zimmer haben 71 % der Jugendlichen, 51 % Internetanschluss im eigenen Zimmer, 45 % eine eigene Spielekonsole und 41 % eine tragbare Spielekonsole.

Immer wieder wird deshalb eine wissenschaftliche Debatte darüber geführt, ob insbesondere gewalttätige Computerspiele Aggressionen steigern. Wobei die Bewertung je nach Einstellung und vielleicht auch je nach Forschungsförderung völlig unterschiedlich ausfällt. Auf der einen Seite kann eine Gruppe von Forschern beschrieben werden, die es für unbestreitbar hält, dass ein Zusammenhang zwischen Mediengewalt und Aggression besteht (z. B. Anderson et al. 2003). Korreliert man Mediengewalt mit selteneren Ereignissen wie z. B. gewalttätige kriminelle Handlungen (Savage 2004) fällt das Ergebnis ganz anders aus und man kann sich mit Huesmann et al. (2003) fragen, ob die Größe des Effekts groß genug ist, dass man ihn als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit werten muss. Huesmann (2007) beantwortet die Frage mit »Ja«, während Ferguson (2007) kategorisch auf der Basis einer Literaturübersicht feststellt, dass entgegen der allgemeinen Meinung die aktuelle Literatur keine breite Basis für die Schlussfolgerung liefere, dass Gewalt in den Medien aggressives oder gewalttätiges Verhalten generell verursache. In einem Themenheft in der Zeitschrift Nervenheilkunde haben deshalb Plener und Fegert (2010) Verhaltensfolgen von Medienkonsum aufgezeigt.

Doch wie sieht es in der klinischen Realität aus? Wie nimmt der Kinder- und Jugendpsychiater als Seismograf mögliche Medienwirkung wahr? Offensichtlich gibt es vulnerablere und weniger vulnerablere Personen im Umgang mit Medien. Deshalb ist es schwierig, aus Einzelfällen Schlüsse für die Gesamtbewertung gesellschaftlicher Veränderungen zu ziehen, zumal die Verbreitung der Neuerungen so schnell geht, dass jede verbotsorientierte staatliche Politik, gerade auch wegen der internationalen Verbreitung auf Servern im Ausland, bei webbasierten Spielen zu spät kommt. In der Klinik sehen wir aber zunehmend Kinder und Jugendliche, die im Kontext einer Vernachlässigungssituation den überwiegenden Teil ihrer Freizeit mit neuen Medien verbringen, die fast schon mediensüchtig wirken, sodass wir im stationären und teilstationären Kontext eine gezielte Medienpädagogik einführen mussten, um diese Probleme aktiv adäquat zu adressieren. In unserer Forschung zur Partizipation und Informationen von Kindern und Jugendlichen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (vgl. Rothärmel et al. 2006) mussten wir früh feststellen, dass Kinder eine völlig andere Bewertung neuer Medien hatten als wir sie aus der Klinikersicht damals noch einnahmen. Handys wurden quasi als Teil der persönlichen Entfaltungsfreiheit und Kommunikationsfreit gesehen, eine Einschränkung im Handyzugang oder gar Handyverbote, wie sie damals noch in vielen Kliniken galten, wurden von den meisten Kindern und Jugendlichen als massive

Einschränkungen erlebt. Mittlerweile sind diese Geräte wiederum weiterentwickelt und die meisten Kinder und Jugendlichen, welche zu uns in Behandlung kommen, sind stolze Besitzer von sogenannten Smartphones, die nicht allein Textnachrichten senden können, sondern auch Situationen aus der Klinik oder aus anderem sozialen Kontext blitzschnell, z. B. im Videodokument im Internet verbreiten können.

Hiermit ergeben sich neue Fragen des Persönlichkeitsschutzes während der psychiatrischen Behandlung. Immer häufiger werden uns nicht nur die traditionellen Bullying- oder Mobbingfälle aus Schulen bekannt und vorgestellt, sondern es handelt sich immer häufiger um sogenanntes »Cyberbullying« also die Verbreitung von Übergriffen von Schülern auf Mitschüler über das Internet, was dazu führt, dass die Blamage der Herabsetzung durch Mitschüler nicht nur einen Moment in einem kleinen Kreis Klassengespräch ist, sondern dass diese Bilder weltweit erreichbar und aus dem Gedächtnis des Internets auch kaum zu löschen sind.

Außerdem trägt die Verbreitung über die neuen Medien auch stark zu einer Nachahmungs- und Trittbrettfahrersubkultur bei. Ein typisches Beispiel dafür, wie aktuelle Ereignisse psychopathologisch auffällige Trittbrettfahrer, im Sinne eines Werthereffekts nach sich ziehen können, sind sogenannte »Amokläufe«. Am Tag nach Winnenden wurden uns in der Klinik zahlreiche Trittbrettfahrer vorgestellt. Automatisch stellte sich die Frage nach der Gefährdungsprognose, nach der diagnostischen Einschätzung und der psychopathologischen Einordnung. In der Woche nach dem Suizid des Fußballtorwarts Enke stiegen Suizidversuche und Vorstellungen wegen Suizidalität deutlich an. Die Problematik der »Copycats« und die damit verbundenen Forderungen zu einer Ethik der medialen Berichterstattung lässt sich gut in unserem Bericht des Expertenkreises Amok Baden-Württemberg nachvollziehen (www.baden-wuerttemberg.de/fm7/2028/BERICHT_Expertenkreis_Amok_25-09-09.pdf; siehe dazu auch das Themenheft der Zeitschrift Nervenheilkunde 7–8, 2010).

Aktuelle Probleme, gesellschaftliche Debatten von morgen

Aktuell sind wir in der Praxis immer stärker mit von Scheitern bedrohten Bildungsverläufen konfrontiert. Die Schere zwischen erfolgreichen und scheiternden Bildungskarrieren wird immer größer. Eltern investieren immer mehr, immer früher in den möglichen Schulerfolg ihrer Kinder. Gleichzeitig ist ein zunehmendes Scheitern von männlichen Jugendlichen in Schulen und in den Übergängen zur Arbeit zu beobachten. In der Ausbildung, im Studium sind vielerorts Mädchen und junge Frauen belastbarer und erfolgreicher. Rollenstereotype in Paarbeziehungen verändern sich aber kaum. Insofern sehen sich sehr viele heranwachsende, studierende junge Frauen damit konfrontiert, dass sie wenige »adäquate« Partner finden. Während in den 50er-und 60er-Jahren »marrying up«, das Klischee der Paarbeziehung aus Mädchensicht war und dann »marrying equal« die zunehmende Gleichberechtigung reflektierte, wird zunehmend »marrying down« zur gesellschaftlichen Herausforderung. Sollte diese gelingen, müsste dies auch mit einer stärkeren Verantwortungsübernahme durch Männer im Haushalt und der Familie begleitet sein. Sonst steigert sich noch die Belastung der Frauen.

Durch diese demografischen Veränderungen und Entwicklungen ist insgesamt ein gestiegener Wert des Kindes und vor allem massiv gestiegene Erwartungen von Mittelschicht- und Oberschichteltern an ihre Kinder festzustellen. Es gibt sicher keine staatlichen Überlegungen zu einer Eugenik in Deutschland. Der individuelle Wunsch ein wohlgeborenes Kind (Eugen = wohlgeboren) zu haben, hat sich aber in den letzten Jahren sicher gesteigert. Dies zeigt sich auch in der Debatte um die Früherkennung von Erberkrankungen und frühe Eingriffsmöglichkeiten wie die Präimplantationsdiagnostik. Die Geburt eines behinderten oder beeinträchtigten Kindes wird immer stärker als eine Belastung wahrgenommen. Je stärker Risiken genetisch aufgeklärt werden können, desto stärker verliert sich die Dimension der Schicksalhaftigkeit, was wiederum zu einer Entsolidarisierung führt, wenn gerade bewusst auf pränatale Diagnostik verzichtet wurde. Betrachtet man heute den Umgang mit einer Mittelschichtsfamilie oder sagen wir einer Pfarrersfamilie, die trotz des späten Geburtsalters aus prinzipiellen Gründen auf eine pränatale Diagnostik verzichtet hat und dann ein Kind mit Trisomie 21 bekommt, so kann man feststellen, dass gesellschaftlich immer weniger Verständnis für eine solche Haltung vorherrscht und damit einhergeht, dass mehr oder weniger offen formuliert wird, dass man dann diese »Suppe auch selbst auslöffeln« müsse.

Kritisch zu sehen sind also in der Inanspruchnahme von heute Trends der Perfektionierung. Immer mehr Eltern sehen Risiken bei ihren Kindern und wollen frühe Förderung. Durch Praktika soll man seine Chancen permanent bei der Konstruktion seiner Erwerbsbiografie, mit Blick auf seine Vermittelbarkeit, steigern (Generation Praktikum). Nicht mehr selten sind auch die Anfragen von besorgten Eltern, ob trotz negativer ADHS-Diagnostik nicht im Sinne eines Enhancements für eine vorübergehende Zeit Metylphendidat (Ritalin®; Concerta®, Medikinet® oder andere vergleichbare Präparate) verordnet werden könne, wenigstens bis zum Übergang in die weiterführende Schule. Wehrle (2010) hat in seinem Buch »Die Perfektionierer«, populärwissenschaftlich zugespitzt und mit recht viel Humor einen Überblick über diesen Perfektionierungswahn in unserer Gesellschaft gegeben. Er beschreibt die Fitnessindustrie, die Wellnessindustrie, das Streben nach dem perfekten Körper, dem perfekten Dinner, dem Lifestyle-Markt ebenso wie die Partner- und Freundschaftsvermittlungen im Web 2.0 und eine Gesellschaft von zunehmender Selbstdarstellung, Effizienzsteigerung und Optimierung.

Dieser wahrnehmbare Druck, der in Deutschland zur Neuentwicklung einer Fülle von unterstützenden Märkten einer ganzen Nachhilfeindustrie etc. geführt hat, wird derzeit, aus meiner Sicht, noch nicht hinreichend gesellschaftlich debattiert. Es ist noch nicht abschließend auszumachen, ob die Toleranzgrenzen, die Bereitschaft, abweichendes Verhalten und krumme Wege in der Karriereentwicklung zu akzeptieren, in dieser Gesellschaft geringer werden. Allerdings häufen sich die Indizien und zwar sowohl in der konservativen ethischen Literatur (Bericht der Presidential commision on bioethics pursuit of happiness) als auch in eher liberaler europäischer Literatur (Merkel et al. 2007).

Spekulativ möchte ich ein weiteres Thema, welches wir im Umgang mit vielen Familien derzeit wahrnehmen, einbringen. Während das vorausgegangene Thema vor

allem Mittel- und Oberschichtkinder betraf und quasi die Angst vor der Deklassierung aufzeigt, die zu Verbesserungsversuchen führt, sehen wir auf der anderen Seite eine transgenerationale Verstetigung prekärer Lebensverhältnisse. Schon vor Jahren sprachen die Berliner Sozialarbeiterinnen in der Klinik von altem »Jugendamtsadel« und meinten damit Familien, die über Generationen hinweg staatliche Unterstützung erhalten haben. Es gibt eindeutige Befunde über stärkere Gesundheitsbelastungen bei bildungsfernen Schichten (vgl. Fegert im Beiratsreader; BMFSFJ Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010). Zunehmend ist eine Medikalisierung sozialer Probleme zu beobachten. Zwar wird in einzelnen Feuilletons über den Statusfatalismus der Unterschicht, über die geringen Aufstiegs- und Veränderungshoffnungen nachgedacht, aber eine breite gesellschaftliche Debatte findet derzeit in Bezug auf Hartz IV fast nur zu Sachleistungen versus Geldleistungen etc. statt.

Immer deutlicher wird in unserer klinischen Praxis der schwierige Einstieg in Arbeit für Jugendliche. Denn Jugendliche sind die eigentlichen Verlierer der Krise, die in Deutschland ja ansonsten für die Arbeitnehmer, vor allem durch Kurzarbeit, überraschend gut überstanden wurde. Circa 1,2 Mio. Jugendliche unter 25 Jahren sind förder- oder hilfebedürftig, 900 000 erhalten Hilfe in Form von Maßnahmen nach dem SGB II, 300 000 Arbeitslosengeld, 3,5 Mio. Jugendliche befinden sich in sozialversicherten Arbeitsverhältnissen, aber Armut bei Kindern ist in der Gruppe der Jugendlichen mit einer Quote von 23,9 % verglichen mit 14,4 % der Kinder unter sechs Jahren am stärksten ausgeprägt.

Kinder aus armen Familien leiden nach dem KiGGS-Survey 2008 häufiger an körperlichen Erkrankungen, z. B. Adipositas, haben häufiger kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen wie ADHS, kommen in unserem Alltag ohne adäquate Kleiderausstattung in die Klinik, können an Ausflügen nicht teilnehmen etc. Wo es früher unkomplizierte Zuschüsse vom Sozialamt mit außerordentlichen Bekleidungsgeldern, Aktivitätenzuschüssen gab, wird jetzt in der Zuständigkeit der ARGEn und Arbeitsagenturen unter einer völlig anderen Zielsetzung, meist allein mit dem Fokus auf Reintegration eines Elternteils in Arbeit gearbeitet. Gerade bei den Jugendlichen kommt es zu ständigen Wechseln der Zuständigkeiten im Bereich SGB III, SGB II und SGB VIII, sodass eben keine Beratungsvielfalt, sondern eine zur Resignation führende Verwirrung resultiert. Absolut zu unterstützen ist deshalb die Forderung nach einer stärkeren Integration von Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen, gerade auch bei arbeitsmarktfernen Familien und eine personenbezogene Jobeinstiegsbegleitung bzw. Übergangsbegleitung.

Seismografenfunktion an den Schnittstellen

Gerade weil die Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihrer Arbeit fast immer interdisziplinär aufgestellt ist und im Verbund mit vielen anderen agiert, nehmen wir als Schnittstellenfach früh wahr, wo und wann die Partner der »Schuh drückt«. Derzeit offensichtlich ist die große Finanznot der Kommunen. Dies führt häufig dazu, dass

nicht der Grundsatz aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz »geeignet und notwendig« über Maßnahmen entscheidet, sondern dass eher versucht wird, sich langsam über eine Kette des Scheiterns an die geeignete Hilfeform heranzutasten, wenn diese Hilfeform eine besonders teure wäre. Schon nicht mehr nur hinter vorgehaltener Hand reden manche Verantwortliche von Deckelung und »Parkhausmodell« bei den Hilfen. Das heißt, in eine teuere Hilfeart wie die stationäre Unterbringung kann ein Jugendlicher nur noch kommen, wenn ein anderer auch wieder daraus entlassen wurde. Während in der Medizin solche Kontigentierungsideen von einer sehr kritischen öffentlichen Debatte begleitet werden, haben viele von der Jugendhilfe betreute Jugendliche keine Lobby, sodass dies politisch unbemerkt und unangegriffen bleibt. Immer wieder scheitern wir in Einzelfällen an der Ressortversäulung – insbesondere, wenn es um die Finanzierung von gut gedachten Komplexleistungen geht. Leider widerspricht die Hilferealität nach wie vor unseren gesetzgeberischen Grundlagen und die Klienten müssen weitgehend in das Leistungsangebot passen anstatt dass die Leistungserbringung den Bedürfnissen der Kinder angepasst wird (vgl. die Beitrag von Schepker in diesem Band).

Die zunehmende Hilflosigkeit vieler Schulen in Bezug auf die Anforderungen der Wissensvermittlung, der Erziehung und Betreuung einer immer heterogeneren Klientel ist ebenso zu bemerken wie der Trend vieler gut situierter Eltern, ihre Kinder nicht mehr dem öffentlichen Schulwesen anzuvertrauen. Die Jugendhilfe hat längst damit begonnen, sich mit der hohen psychiatrischen Belastung, insbesondere fremduntergebrachter Kinder, auseinanderzusetzen, doch gemeinsame Versorgungsmodelle zwischen Jugendhilfe und Medizin bleiben selten. So ist es uns z. B. erst im Rahmen eines vom BMBF geförderten Modellprojekts gelungen, aufsuchende Institutsambulanzarbeit in Kinderheimen durchzuführen, die sich dann nachweislich in einer quasi Halbierung der notwendigen stationären Behandlungstage in einem Kontrollgruppendesign ausgewirkt hat (Besier et al. 2009). Durch die Abwehr der Zusammenarbeit wird also nicht Geld gespart, sondern es werden billigend höhere Kosten und Beziehungsabbrüche in Kauf genommen. Menschen sind nicht teilbar, sodass sie in Anteilen schön in Sozialgesetzbücher oder in spezifische Einrichtungen passen. Sozialrechtliche Ansprüche müssen deshalb individuumzentriert nach den persönlichen Bedürfnissen realisiert werden.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe bedeutet dies die jahrzehntelange Forderung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Specht 1992, Lempp 1999 sowie auch Fegert 1994) nach der großen Lösung. Das heißt: Zuständigkeit der Jugendhilfe für *alle jungen Menschen* mit oder ohne Behinderung. *Inklusion* ist nur mit dieser großen Lösung möglich. Mittlerweile zeigt auch der 13. Kinder- und Jugendbericht und erfreulicherweise die Stellungnahme der letzten Bundesregierung sowie die noch andauernden Bemühungen einer Bund-/Länderarbeitsgruppe in die Richtung der großen Lösung. Für mich wäre damit konsequenterweise verbunden, die Aufgabe des § 35 a SGB VIII »seelische Behinderung« und der entsprechenden Eingliederungshilfenorm als Rechtsansprüche sowie eine Umformulierung des § 27 SGB VIII, der dann sowohl Rechtsansprüche von Eltern als auch die Rechtsansprüche

von Kindern mit drohender Teilhabebeeinträchtigung, unabhängig von der Behinderungsform, kodifizieren könnte. Neuer Klärungsbedarf wird wegen der Systemgrenzen und Systembrüche dann bei den Übergängen ins Erwachsenenalter entstehen.

Am 13. Dezember 2006 wurde in New York das Übereinkommen und Zusatzprotokoll der UN-Behindertenrechtskonvention verabschiedet. Die UN-Behindertenrechtskonvention ist zwei Jahre nach ihrer Unterzeichnung, am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten.

Die Behindertenkonvention markiert einen grundlegenden Wechsel, indem sie den traditionellen, primär an Defiziten der Betroffenen orientierten Ansatz durch einen »Diversity-Ansatz«, der u. a. die Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Vielfalt beinhaltet, ersetzt. Dieser Paradigmenwechsel muss auch im deutschen Recht und in der Ausprägung deutscher Hilfesysteme seinen Niederschlag finden. Kinder- und Jugendpsychiater sowie alle, die sich in diesem Fach für Kinder engagieren, sind dabei aufgerufen, auch die pädiatrischen Fachkollegen davon zu überzeugen, dass noch mehr als »Integration« geht und dass die vielen deutschen Sonderwege in der Sonderbeschulung, in Sondereinrichtungen etc. oft die Exklusion zementieren.

Fazit: Seismograf auch für die Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Seismograf auch für die Zukunft des eigenen Fachs?

In den vorausgegangenen Abschnitten dieses Beitrags habe ich versucht, exemplarisch deutlich zu machen, wie viele gesellschaftliche Entwicklungen und Debatten wir allein durch die klinische Tätigkeit sehen konnten, mitgestalten konnten bzw. antizipieren können. Natürlich sind solche Formulierungen subjektiv, vielleicht auch spekulativ. Dennoch machen sie deutlich, welchen dynamischen Gewinn auch die Aktion Psychisch Kranke davon haben kann, sich stärker der Entwicklungsperspektive – und zwar nicht nur auf der Seite der Altersentwicklung, sondern auch im Kindes- und Jugendalter – zuzuwenden. Viele Lösungsansätze für die sich die Aktion Psychisch Kranke über Jahre hinweg eingesetzt hat, wie z. B. individuelle Leistungserbringung, individuelle Budgets etc. sind eben auch fürs Kindes- und Jugendalter sinnvoll, sie müssen aber unter anderen Prämissen, unter Einbeziehung der Eltern und in anderen Akteursystemen mit Schule, Jugendhilfe etc. gestaltet werden.

Abschließend möchte ich versuchen, aufgrund dieser Wahrnehmung einen Ausblick auch für die Zukunft des eigenen Fachs zu wagen und einige Forderungen an eine zeitgemäße Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auszuformulieren:

Durch die Fortschritte in der biologischen Grundlagenforschung können immer mehr potenzielle Risiken früh erkannt werden. Die modernen »...OMICS« (Genomics, Proteomics etc.) und die Systembiologie wollen bewusst in biologisch vorgezeichnete Entwicklungsverläufe eingreifen und gesündere Entwicklungen frühzeitig unterstützen. Daraus resultieren neue ethische und rechtliche Fragestellungen in Bezug auf solche präventiven Interventionen. Natürlich ist jeder schnell damit einverstanden, wenn es darum geht, Leid zu verhindern oder vorzubeugen. Wer stimmt aber bei kleinen Kin-

dern zu, wenn es um solche weitreichenden Eingriffe geht? Wie lassen sich präventive Interventionen rechtfertigen und wissenschaftlich in ihrer Wirksamkeit untersuchen, wenn die Begründung für die Intervention ein relatives prozentual zu quantifizierendes Risiko darstellt? Ein erstes Beispiel für die Dilemmata, die hier auftreten, ist die Debatte um Frühbehandlung von Prodromalzeichen der Schizophrenie. Die initiale McGory-Studie wäre so in Deutschland nicht durchführbar gewesen und es ist letztendlich auch fraglich, ob das Ergebnis einen solchen Ansatz rechtfertigt, wenn gleichzeitig eine nicht unerhebliche Zahl von Probanden umsonst einer Neuroleptikaprävention ausgesetzt wird (vgl. die beiden Beiträge von Fegert 2004 und Warner 2004 im Präventionsband der Aktion Psychisch Kranke). Neurologen und Erwachsenenpsychiater erkennen zunehmend, dass die zukünftigen Entwicklungen nicht bei der ausgeprägten Erwachsenenerkrankung stattfinden werden, sondern dass in Zukunft in den Zeiten höchster Gehirnplastizität im Entwicklungsverlauf interveniert werden soll. Immer mehr Leute postulieren z. B., dass in Zukunft Alzheimer im Kindes- und Jugendalter behandelt werden wird. Dadurch wird ein massives Eindringen neurobiologisch fundierter neurologischer und erwachsenenpsychiatrischer Forschungsgruppen in bisherige kinder- und jugendpsychiatrische Forschungsfelder resultieren.

Die Verteilung wissenschaftlicher Ressourcen ohne Konzentration und Netzwerkbildung wird bei einem weiteren Unterschreiten einer gewissen kritischen Größe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu Dysfunktionalität führen und es wird hier um Kooperationsmodelle mit den Nachbarfächern gehen. Gleichzeitig ist noch ungeklärt, wie hierbei eine eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Forschung als neurobiologische Grundlagenforschung erhalten bleiben kann. Manche Trends lassen sich durchaus so deuten, als wenn es eine generelle neuropsychiatrische Grundlagenforschung geben würde, an der sich Kliniker mit unterschiedlichen Praxisausrichtungen zukünftig beteiligen werden. Wenn aber wissenschaftliche Karrieren und der Status von Fächern in der Lehre an Universitäten allein – oder doch weitgehend – an neurobiologischen Forschungsergebnissen hängen, durch die alleinige Ausrichtung an medizinischen Leistungsparametern wie Impactfaktoren in medizinischen englischsprachigen Journals, so ist hier ein klarer Verdrängungswettbewerb und mancherorts auch der Untergang einer akademischen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu prognostizieren. Hier könnte das Kopf-an-Kopf-Rennen bei biologischen Grundlagenfragen letztendlich zur Selbstauflösung einer eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen, wie dies die Abläufe in England uns schon signalisieren.

Gleichzeitig ist eine zunehmend immer größere Kluft zwischen Versorgung und Forschung festzustellen. In der Versorgung haben sich familienbezogene, entwicklungsfördernde erzieherische Ansätze und eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und dem Schulbereich etabliert. Eine Reduktion der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie allein zum klinischen Behandlungsaußenposten und Forschungsansaugstutzen für Forschungsprobanden der Grundlagenforscher würde den gesellschaftlichen Bedarf an Beratung und Behandlung und Entwicklungsbegleitung völlig verfehlen.

Die epidemiologische Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter muss dazu führen, dass regionalisierten Versorgungsbedürfnissen besser Rechnung getragen wird. Flächendeckend müssen zukünftig Hausärzte, Kinderärzte und auch zukünftige Kinder- und Jugendpsychiater schon im Medizinstudium adäquat auf diesen wesentlichen Anteil ihrer Aufgabe vorbereitet werden. Natürlich braucht es spezialisierte biologische Forschungsgruppen und es braucht auch eine zunehmende Spezialisierung in Bezug auf Behandlungsansätze ebenso wie in Bezug auf die Versorgungsforschung. Fragt man sich aber, wo kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Kompetenz unverzichtbar ist, dann kommt man schnell zur Antwort, dass gerade die vernetzte, sozialpsychiatrische Kompetenz in der Versorgung über Schnittstellen im Kindes- und Jugendalter hinweg den unverzichtbaren Kern kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeit mit Eltern und Kindern ausmacht und nicht spezielle Techniken in der biologischen Grundlagenforschung. Biologische Grundlagenforschung und die Entwicklung einer neuen Generation von Medikamenten im Rahmen der entstehenden Systembiologie ist extrem aufwendig und bislang, trotz aller Ankündigungslyrik, z. B. vonseiten des NIMH (http://www.nimh.nih.gov/about/advisory-boards-and-groups/namhc/neurodevelopment_workgroup_report.pdf) auch noch völlig ergebnisoffen.

Klar ist, dass auch diese biologischen Entwicklungen interdisziplinär kooperierende transnationale Forschungseinheiten brauchen, welche zwischen den Grundlagenfächern und den klinisch-, sozialpsychiatrischen Fächern vermitteln können und zwar zukünftig in Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Erwachsenenpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, ähnlich wie in der Gerontopsychiatrie, Forensischen Psychiatrie etc.

Die Aktion Psychisch Kranke sollte deshalb zum Wohle der von ihr vertretenen Patienten auch die Akzentsetzungen in der akademischen Forschungsförderung kritisch hinterfragen. Es stimmt, dass es der biologischen Psychiatrie und der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie gelungen ist, dadurch, dass bestimmte Vorgänge bei seelischen Erkrankungen mehr oder weniger auf ihre biologischen Ursachen zurückgeführt werden konnten, sehr viele sozial stigmatisierende, für die Betroffenen belastende Vorurteile zu reduzieren und dass auch erhebliche Fortschritte in der Behandlungsqualität für die Patienten erreicht wurden. Ein alleiniges Primat biologischer Ansätze führt allerdings in eine Sackgasse, ist mit enormen Investitionen in Grundlagenforschung mit unklarem Ausgang verbunden, wobei für die zukünftigen gesetzlichen Rahmenbedingungen einer präventiven biologischen Intervention im Kindes- und Jugendalter bei potenziellen Risiken für neuropsychiatrische Erkrankungen ohnehin noch eine gesellschaftliche Debatte darüber, was erlaubt sein soll, was wünschbar ist und was machbar sein wird, erforderlich ist.

Kinder- und Jugendpsychiatrie, als Sozialpsychiatrie im Kindes- und Jugendalter, mit der spezifischen Schnittstellenkompetenz zu den Feldern Sozialpädagogik und Schule ist gerade vor dem Hintergrund der Inklusionsdebatte in Deutschland unverzichtbar. Als solche versorgende Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sie in Deutschland klinisch, im Vergleich zum europäischen Ausland auch sehr gut aufgestellt, wobei

natürlich lokal noch manches besser werden könnte. Auch der Ausbau der ambulanten Versorgung ist in Deutschland recht gut, wobei im Osten Deutschlands und in ländlichen Regionen immer noch schmerzhafte Versorgungsdefizite beklagt werden müssen. Psychosoziale und pharmakologische sowie kombinierte und präventive Interventionen müssen individuum- und familienzentriert, altersgruppenspezifisch, entwicklungsspezifisch, evidenzbasiert und systemübergreifend durchgeführt werden. Hierzu braucht es eine an der Versorgungsforschung orientierte gesellschaftspolitisch engagierte Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie sie auch in der Aktion Psychisch Kranke vertreten ist.

Inklusion wird eine der zentralen gesellschaftlichen Aufgaben der Zukunft sein. Die Akzeptanz von »Anderssein« und Vielfalt gehört hier zentral mit dazu und steht in einem Konkurrenzverhältnis zu Optimierungsversuchen, sei es durch Bildung, Therapie oder medikamentösem Enhancement. Deutlich wird, dass also auch die biologischen Zukunftsfragen einer biologischen Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters Fragen von höchster gesellschaftspolitischer Relevanz sind. Deshalb ist Advocacy, Politikberatung, Gremientätigkeit, Lobby für Kinder in immer stärkeren gesellschaftlichen Auseinandersetzungen auch in der Zukunft ein, aus meiner Sicht, zunehmend wichtiger Anteil der unverzichtbaren Arbeit der Aktion Psychisch Kranke.

Literatur

Anderson, C. A./Berkowitz, L./Donnerstein, E. et al. (2003): »The influence of media violence on youth«. Psychol Sci Public Interest., vol. 4, no. 3, pp. 81–110.

Besier, T./Fegert, J. M./Goldbeck, L. (2009): »Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes«. European Psychiatry, vol. 24, pp. 483–489.

BMFSFJ Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Familie – Wissenschaft – Politik: Ein Kompendium der Familienpolitik, 1. edn, DruckVogt GmbH, Berlin.

Elpers, M./Lenz, K./Eichholz, S./Fegert, J. M. (1995): »Sexueller Missbrauch und Kindesmisshandlungen als Ursache für Behandlungsabbrüche. Eine statistische Risikoanalyse unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren (Life Events)«. Kindheit und Entwicklung, no. 4, pp. 227–230.

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

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

Fegert, J. M./Ziegenhain, U./Goldbeck, L. (Hg.) (2010): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland – Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 1st edn, Juventa.

Fegert, J. M. (2007): »Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen«. Bundesgesundheitsblatt, vol. 50, no. 1, pp. 78–89.

Fegert, J. M. (2004): »Förderung der seelischen Gesundheit und Prävention im Kindes- und Jugendalter« in Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel, H. Kunze, R. Peukert (Hg.) Psychiatrie-Verlag, Bonn, pp. 91–124.

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

Fegert, J. M. (1986): »Zur Vorgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie«. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, no. 14, pp. 126–144.

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

Fegert, J. M./Ziegenhain, U./Fangerau, H. (2010): Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Juventa, Weinheim, München.

Feierabend, S./Rathgeb, T. (2008): JIM 2008 – Jugend, Information, (Multi-)Media Studie. Medienpädagogischer Forschungsverband, Stuttgart.

Ferguson, C. J. (2007): »Evidence for publication bias in video game violence effects literature: a meta-analytic review«. Aggression and Violend Behavior, vol. 12, pp. 470–482.

Hebebrand, J. et al. (2009): Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. Forschungsleistung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008, Lehmkuhl, G. Warnke, A. edn, Hans Huber, Bern.

Huesmann, L. R. (2007): »The impact of electronic media violence: scientific theory and research«. J Adolesc Health, vol. 41, no. (Suppl 1), pp. 6–13.

Huesmann, L. R./Moise-Titus, J./Podolski, C. L./Eron, L. (2003): »Longitudinal relations between Children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young aduhlthood 1977–1992«, Dev Psychol, vol. 39, no. 2, pp. 201–221.

Knorr, C. C./Fangerau, H./Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (2009): »Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt«. Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe«. Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, vol. 82, no. 7–8, pp. 352–357.

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

Kölch, M./Schielke, A./Becker, T./Fegert, J. M./Schmid, M. (2008): »Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern«. Nervenheilkunde – Themenheft: Kinder psychich kranker Eltern, vol. 27, no. 6, pp. 527–532.

König, C./Fegert, J. M. (2009): »Zur Praxis der Glaubhaftigkeitsbegutachtung unter Einfluss des BGH-Urteils«. Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention DGfPI, vol. 12, no. 2, pp. 16–41.

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

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

Mattejat, F./Remschmidt, H. (1998): »Therapieleitlinien und tatsächlich durchgeführte Behandlung. Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung der diagnostischen Klassifikation für die

Indikationsstellung« in Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. K. Schmeck, F. Poustka, H. Katschnig (Hg.), Springer, Wien New York.
Merkel, R./Boer, G./Fegert, J./Galert, T./Hartmann, D./Nuttin, B./Rosahl, S. (Hg.) (2007): Intervening in the Brain Changing. Psyche and Society, Springer, Heidelberg.
Miller, Y./Kuschel, A./Hahlweg, K. (2002 Jul-Aug): »Early prevention of externalizing disoorders – basic principles and parent-centered approaches to prevention of expansive childhood«. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, vol. 51, no. 6, pp. 441–453.
Muehlenkamp, J. J./Gutierrez, P. M. (2007): »Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury«. Arch Suicide Res., vol. 11, no. 1, pp. 69–82.
Petermann, F. (2000): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. 4th edn, Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Göttingen.
Plener, P./Libal, G./Keller, F./Fegert, J. M./Muehlenkamp, J. J. (2009): »An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attemps: Germany and the USA«. Psychol Med, vol. 39, no. 9, pp. 1549–1558.
Plener, P./Fegert, J. M. (2010): »Was wird hier gespielt? Computerspiele und sogenannte ›Amokläufe‹ an Schulen«. Nervenheilkunde, vol. Themenheft, no. 7–8, pp. 446–450.
Psychotherapie (2009):Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hans Huber, Bern.
Ravens-Sieberer, U. (2006): Modul Psychische Gesundheit. Bella-Studie, Robert-Koch-Institut, Berlin.
Rothärmel, S./Dippold, I./Wiethoff, K./Wolfslast, G./Fegert, J. M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Savage, J. (2004): »Does viewing violent media really cause criminal violence? A methodological review«. Aggression and Violend Behavior, vol. 10, pp. 99–128.
Schmid, M./Fegert, J. M. (2009): »Themenheft Traumapädagogik II«. Trauma und Gewalt, vol. 3, no. 2, pp. 89–176.
Schmid, M./Fegert, J. M. (2008): »Themenheft Traumapädagogik I«. Trauma und Gewalt, vol. 2, no. 4, pp. 257–349.
Schmid, M./Schielke, A./Fegert, J. M./Becker, T./Kölch, M. (2008): »Kinder psychisch kranker Eltern«. Nervenheilkunde – Themenheft: Kinder psychich kranker Eltern, vol. 27, pp. 521–526.
Specht, F. (1992): »Kinder- und Jugendpsychiatire – wie, wo, für wen? Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung«. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, vol. 41, pp. 83–90.
Warner, R. (2004): »Prävention in der Psychiatrie – was wirkt?« in Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel, H. Kunze, R. Peukert, Psychiatrie-Verlag, Bonn, pp. 62–90.
Wehrle, K. (Hg.) (2010): Die Perfektionierer. Campusverlag.
Wetzels, P. (1997): Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht Nr. 59 des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen, Hannover.
Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./Künster, A. K./Hofer, A./König, C./Fegert, J. M. (2010): »Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung – Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz«. Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

Kinderfreundliche Kommune

Jürgen Nimptsch

Der Schwerpunkt dieser Tagung »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen« ist ein Thema von hoher Relevanz, gerade auch für Kommunen. Einige Beobachtungen, die das unterstreichen:

- Jedes Jahr erleidet rund ein Viertel der gesamten Bevölkerung der EU (d. h. 83 Millionen Menschen) mindestens eine psychische Störung, wie z. B. eine Depression, bipolare Störung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, Zwangsstörungen etc.
- Die Mehrheit der psychischen Störungen manifestiert sich in der Kindheit und Adoleszenz – und damit im entscheidenden Zeitabschnitt für eine erfolgreiche gesundheitliche Entwicklung und Sozialisation.
- Insgesamt ist ein starker Anstieg der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen feststellbar (insbesondere bei Autismus und ADHS)
- Die Befunde zeigen deutlich, dass frühe psychische Störungen vielfältige negative Effekte auf viele Bereiche des Lebens haben (z. B. akademische Erfolge, berufliche Karriere, Partnerschaft und Familienleben)
- Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Leidengeschichte und Beeinträchtigung stark erhöht.

In Bonn stellt sich die Situation wie folgt dar:

- Aktuell 116 laufende *Fälle* gemäß § 35 a SGB VIII (Stand: 30.06.2010)
- Die *Gesamtausgaben* nach § 35 a SGB VIII belaufen sich im Jahr 2009 auf rund 2,8 Mio. Euro
- Auch in Bonn beobachten wir eine *stark ansteigende Tendenz* im Bereich der psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (insbesondere bei Autismus und ADHS)
- In Bonn gibt es *spezialisierte Jugendhilfeträger* für Kinder und Jugendliche, die von einer psychischen Erkrankung bedroht oder betroffen sind (z. B. Eulenburg e. V.) sowie spezielle *Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern*

Welche Aufgaben und Möglichkeiten haben die Kommunen, um die seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen zu fördern?

Rolle der Jugendhilfe

Die Jugendhilfe ist gemäß *§ 35 a SGB VIII* für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zuständig. Eine *»seelische Behinderung«* liegt vor, wenn die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist (§ 2 SGB IX).

Exemplarische *Krankheitsbilder* sind z. B.:

- Suchtkrankheiten
- Störungen des Sozialverhaltens
- Hyperkinetische Störungen (z. B. ADHS)
- z. T. Autismus
- Schizophrenie
- Psychosen

Hilfe findet sowohl ambulant (z. B. Schulbegleitung/Integrationshelfer), teilstationär (z. B. Tagesgruppe) sowie in Pflegefamilien oder stationären Einrichtungen statt.

Förderung einer »kinderfreundlichen Kommune«

Kinderfreundlichkeit in der Kommune heißt, Kindern Chancen zu eröffnen, sich wohl zu fühlen, sich als selbstwirksam und das eigene Leben als sinnvoll zu erleben. Kinderfreundlichkeit in der Kommune meint somit das Hinwirken auf eine qualifizierte öffentliche Infrastruktur, die die Gestaltung von Lebensverhältnissen zulässt.

Oder anders formuliert: Eine kinder- und jugendfreundliche Stadt ist eine *menschenfreundliche Stadt*, d. h. eine Stadt, die die Interessen und Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen gleichberechtigt berücksichtigt. Eine kinderfreundliche Stadt ist eine Stadt, die zum Verweilen einlädt, die viel Grün und viele Aufenthaltsmöglichkeiten z. B. in Fußgängerzonen und auf Plätzen bietet, die ausreichend Bewegungs- und Begegnungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stellt.

Familienfreundlichkeit ist dabei längst zu einem *wichtigen Standortfaktor* geworden. Familien ziehen ins Umland von Städten, wenn dort bessere Lebensqualität geboten wird. Dies impliziert zumeist preiswerteres Wohnen, mehr Freiräume für die Kinder, mehr (subjektive) Sicherheit und mehr Grünflächen. Dabei werden Fahrzeiten zur Schule und zum Arbeitsplatz sowie schlechtere Infrastruktur in Kauf genommen.

Um Familien – als Wirtschaftsfaktor und als soziale Netze – in den Städten zu halten bzw. in die Städte zu ziehen, müssen Kommunen sich in Planungen und Angeboten entsprechend kinder- und familienfreundlich ausrichten. Was heißt das im Einzelnen? Einige Beispiele:

- *Städte sollten »bespielbar« sein*. Dabei muss es sich nicht um ausdrücklich als Spielplatz ausgewiesene Flächen handeln, sondern vielmehr muss deren Nutzung als Freizeitfläche erlaubt sein. Da sich in den Städten viele unterschiedliche Nutzergruppen aufhalten, sind möglichst alle Bedürfnisse zu berücksichtigen. Ein Bedürfnis von Kindern ist das Spielen im Freien, während die Eltern sich gerne auf einer Bank aufhalten oder vielleicht in einem Straßencafé einen Kaffee trinken.
- *Kinder brauchen Räume, die sie gestalten können*. Das ist auch in Städten möglich und gerade hier unbedingt nötig. Damit sind Orte gemeint, die von Kindern verändert werden können, wie z. B. nutzungsoffene Bereiche. Beispiel: Kleiner Wasserlauf, der sich auch zum Matschen eignet.

- *Kinder sollen in ihrer Selbstständigkeit gefördert werden.* Dazu gehört auch die möglichst frühe und gefahrlose Fortbewegung in einer Stadt. Bei Verkehrsplanungen muss darum ausdrücklich die Sicherheit von Kindern berücksichtigt werden. Auch die Infrastruktur (Geschäfte des täglichen Bedarfs, Schulen, Büchereien etc.) muss auf kurzen Wegen sicher erreichbar sein.
- *Die berechtigten Interessen von Jugendlichen sollen berücksichtigt werden.* Sie werden häufig übersehen, weil sie schwerer zu erfassen und »sperriger« sind, als die von Kindern. Gerade Jugendliche brauchen aber informelle Treffpunkte in der Stadt.
- *Kinder und Jugendliche müssen an Planungen, die sie betreffen, beteiligt werden.* Möglichst sollten sie auch in die Umsetzung einbezogen werden. Sie sind Experten in eigener Sache und kennen ihre Bedarfe und Bedürfnisse viel besser als die Erwachsenen. Das gilt nicht nur für Umgestaltungen und Neuplanungen, sondern auch für den Rückbau.
- *Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss gestärkt werden,* zum Beispiel durch bedarfsgerechte Betreuungsplätze.
- *Es muss eine Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kernfamilie und der Familiennetzwerke erfolgen,* z. B. durch die Herstellung einer guten Infrastruktur in Wohnraumnähe. Dazu gehört auch die Versorgung mit Kinderärzten und pädagogischen Anlaufstellen.

Die Rolle der Bildung bei der Förderung von seelischer Gesundheit und Teilhabe

Die Kinderrechtskonvention vom 20.11.1989 stellt das *Kind als Träger eigenständiger Rechte in den Mittelpunkt*. Daraus ergibt sich das Recht des Kindes auf Selbstbestimmung und -entfaltung. Die Leitidee, die dahintersteckt, ist das »Aufwachsen in Wohlergehen« (Gerda Holz), bzw. die Ermöglichung der Teilhabe des Kindes von Anfang an.

Für Kinderfreundlichkeit in Bonn bedeutet das die Entwicklung und Steuerung einer abgestimmten kommunalen Strategie für die Neu-Ausrichtung des gesamten Kinder- und Jugendbereichs im Sinne eines solchen biografiebezogenen Ansatzes. *Jedes Kind soll zu jeder Zeit die Chance haben, gut aufzuwachsen!*

Das heißt, das zukünftige Handeln auf dem Feld der Familienpolitik muss sich am Kind und seiner Lebensbiografie von der Geburt bis zum Beruf orientieren. Damit rückt die *Bildung in den Fokus von Kinderfreundlichkeit*: Bildung des ganzen Menschen durch Vermittlung methodischer Schlüsselqualifikationen (wie Sprachkompetenz), sozialer Kompetenzen (wie Konfliktfähigkeit), demokratischer Wertorientierungen (z. B. frühzeitige Partizipation).

Die Sicherung einer chancengerechten Teilhabe aller Kinder und Jugendlichen an Bildung in der Stadt Bonn ist die gesellschaftliche Aufgabe der Zukunft. Bildung ermöglicht Welterschließung und Persönlichkeitsentwicklung im Kontext sozialer Bezüge. Sie vermittelt Wissen, Können, Werte und Normen zur Lebens- und Handlungsorientierung. Dieses ganzheitliche Bildungsverständnis schließt alle Menschen – unabhängig von ihren individuellen Voraussetzungen – ein.

Ein solches ganzheitliches Bildungsverständnis muss ein inklusives sein, denn Inklusion ist Kernstück der Vision einer Gesellschaft, in der Menschen unabhängig von Herkunft, Alter oder Geschlecht nach ihren Fähigkeiten gefördert und geschätzt werden und in der Heterogenität als Bereicherung erlebt wird.

Über die Förderung von Bildungschancen und die Stärkung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen hinaus sind aber auch strukturelle, sozialraumbezogene Veränderungen erforderlich:

- Um Kindern ein chancengerechtes Aufwachsen zu ermöglichen, kommt der *Prävention* (Armutsprävention) ein wichtiger Stellenwert zu.
- Darüber hinaus bedarf es einer Umstellung von einer am Einzelfall orientierten Ausrichtung von Hilfen hin zu einer sozialraum- und systembezogenen Förderung.
- Problem Finanzierung: Präventive Maßnahmen liegen in der Regel nicht im Bereich der Pflichtaufgaben. Die Kosten-Nutzen-Relation ist daher nur schwer darstellbar. Es gibt keinen finanziellen Handlungsspielraum für die Umstellung auf eine systembezogene Förderung.
- Hinzu kommt, dass ein Großteil der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, wie sie z. B. in der UN-Behindertenrechtskonvention behandelt werden, auf kommunaler Ebene umgesetzt werden müssen, ohne dass es hierfür eine entsprechende finanzielle Unterstützung des Bundes gibt.
- Beispiel Ausbau des Ganztages in Bonn: Der Ausbau der Ganztagesbetreuung konnte nur mithilfe des Bundes umgesetzt werden (Mittel aus dem Investitionsprogramm »Zukunft Bildung und Betreuung« (IZBB) ca. 22 Mio. Euro für Bonn). Mit diesen Mitteln ist eine Veränderung des Schulsystems in Gang gekommen, das dauerhaft positive Auswirkungen auf Kinder haben wird (durchaus im oben definierten Sinn von Kinderfreundlichkeit). Ohne diese Mittel wäre ein solcher Ausbau des Ganztags nicht möglich gewesen.

Abschluss: Überlegungen zum Spannungsverhältnis Kommunen – Bund für die Podiumsdiskussion

- Seit Jahren gibt es zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe (Sozialämtern, LVR) einerseits und den Trägern der Jugendhilfe andererseits zahlreiche Abgrenzungs-, Zuständigkeits- und Kostenerstattungsstreitigkeiten in Bezug auf Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung.
- Um diese Abgrenzungsschwierigkeiten – auch zum Wohle der Betroffenen – zu verringern bzw. zu vereinfachen, werden seit 2009 im Wesentlichen zwei Lösungsvorschläge diskutiert: die sog. *»große Lösung«* und die sog. *»kleine Lösung«*.
- Die sog. *»große Lösung«* beinhaltet die Zusammenführung aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderung (unabhängig von ihrer Behinderungsart) unter dem Dach der Jugendhilfe.

Vorteile der »großen Lösung«:

- Die in der Praxis äußerst schwierige Abgrenzung der Behinderungsarten entfällt.

- Abgrenzungsschwierigkeiten bei Aufeinandertreffen von erzieherischem Bedarf und geistiger/körperlicher Behinderung entfallen (aber nur in Bezug auf die Kostenträgerschaft; für die bedarfsgerechte Hilfeerbringung wäre eine Abgrenzung weiterhin erforderlich).
- Kinder und Jugendliche mit Behinderung werden in erster Linie als Kinder und Jugendliche und nicht als Menschen mit Behinderung betrachtet.

Nachteile/Schwierigkeiten der »großen Lösung«:
- Erhebliche finanzielle und personelle Verschiebungen wären erforderlich (Verlagerung hin zur Jugendhilfe).
- Mitarbeiter der Jugendhilfe müssten auch in Bezug auf Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung qualifiziert sein (bisher ist die Jugendhilfe auf erzieherische Bedarfe fokussiert).
- Die Jugendhilfe wäre auch mit ausschließlich behinderungsspezifischen Bedarfen befasst, wie etwa der Ersatzbeschaffung eines Rollstuhls, einer Blindenschreibmaschine oder dem pflegerischen Bedarf eines vom Hals abwärts Gelähmten.
- Unterschiedliche Hilfs- und Trägersysteme (die der Eingliederungshilfe und die der Jugendhilfe) müssen zusammengeführt werden in Bezug auf Kinder und Jugendliche (z. B. unterschiedliche Zuständigkeitsregelungen, unterschiedliche Einkommens- und Vermögensanrechnungen, unterschiedliche Kostenbeitragsregelungen etc.).
- Mit Erreichen der Altersgrenze ginge die Zuständigkeit wieder auf den Träger der Sozialhilfe über (neue Schnittstelle; Zuständigkeitswechsel).

Im Gegensatz dazu beinhaltet die *»kleine Lösung«* die Zusammenführung aller Kinder und Jugendlichen mit Behinderung (unabhängig von ihrer Behinderungsart) unter dem Dach der Eingliederungshilfe (SGB XII).

Vorteile der »kleinen Lösung«:
- Die in der Praxis äußerst schwierige Abgrenzung der Behinderungsarten entfällt.
- Behinderungsbedingte Bedarfe werden vollständig innerhalb der Eingliederungshilfe erbracht (Spezialisierung); es ist insoweit kein neues Hilfesystem erforderlich.
- Die behinderungsbedingten Bedarfe werden altersunabhängig von einem System erbracht (kein Zuständigkeitswechsel bei Erreichen bestimmter Altersgrenzen).
- Geringer personelle und finanzielle Verschiebungen als bei der großen Lösung

Nachteile/Schwierigkeiten der »kleinen Lösung«:
- Die erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten bei Aufeinandertreffen erzieherischem Bedarf und behinderungsbedingtem Bedarf bleiben weiterhin bestehen.

Die zu bewältigenden und durchzuführenden Veränderungen (rechtlicher, finanzieller, personeller Art) zur Verwirklichung der großen Lösung wären enorm. Die Umsetzung der großen Lösung kann aus kommunaler Sicht daher nur dann befürwortet werden, wenn sichergestellt ist, dass eine ausreichende personelle und finanzielle Ausstattung der Jugendhilfe zeitnah mit den Veränderungen gewährleistet wird.

Wie ermöglicht man individuelle Ansätze für Kinder mit Teilhabebeeinträchtigung?

Reinhard Wiesner

Teilhabebeeinträchtigung: Begriff und Inhalt

Im rechtlichen Kontext begegnet uns der Begriff Teilhabebeeinträchtigung als Element des zweigliedrigen Behinderungsbegriffes in § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX. Da die Leistungen für Menschen mit Behinderung zum Ziel haben, ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (sogenannte Teilhabeorientierung § 1 Satz 1 SGB IX), tritt die Teilhabebeeinträchtigung als zweite Voraussetzung neben die sogenannte Funktionsstörung. Diese Begrifflichkeit geht auf die Diskussion in der Weltgesundheitsorganisation zurück, wie sie zuletzt in der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ihren Ausdruck gefunden hat. Die WHO betont in ihrer Definition besonders stark die sozialen Aspekte einer Behinderung. Ob aus abweichenden Verhaltens- und Erlebnisweisen oder körperlichen Besonderheiten eine Behinderung resultiert, hängt im Wesentlichen davon ab, mit welchen Umweltbedingungen ein Mensch zurechtkommen muss.

Im Mittelpunkt dieser Perspektive steht also die Wechselwirkung von personellen Einschränkungen und Kontextfaktoren. Auf den Punkt gebracht: Ein Mensch ist nicht behindert, er wird behindert. Behinderung wird in dieser Definition – wie es Heiner Bielefeld zum Ausdruck gebracht hat – als eine gesellschaftliche Konstruktion verstanden (Bielefeldt, Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention, 3. Auflage 2009). Zwar knüpft diese Definition (weiterhin) an bestimmte physische, psychische, mentale oder sensorische Beeinträchtigungen (»impairments«) an. Die Relevanz, die solchen natürlichen Beeinträchtigungen zugeschrieben wird – mit allen stigmatisierenden Konsequenzen für die Betroffenen – ist aber gerade kein natürliches Faktum, sondern Resultat gesellschaftlichen Handelns. In diesem Sinne wird Behinderung gesellschaftlich konstruiert.

Bedeutung der Teilhabebeeinträchtigung im Kontext einer seelischen Behinderung

Die Rechtsgrundlage für Leistungen an jungen Menschen mit einer seelischen Behinderung findet sich in § 35 a SGB VIII, nachdem im Rahmen der Reform des Kinder- und Jugendhilferechts dieser Leistungsbereich der Eingliederungshilfe wegen seiner besonderen Nähe zu den Hilfen zur Erziehung von der Eingliederungshilfe im BSHG (heute SGB XII) abgekoppelt und in das Kinder- und Jugendhilferecht »transplantiert« worden ist.

Nach § 35 a Abs. 1 SGB VIII haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

In dieser Definition werden heilkundliche Deutungen mit sozialpädagogischen Deutungen verknüpft. Zur Umsetzung der Vorschrift bedarf es also zwangsläufig einer interdisziplinären Kommunikation und Kooperation zwischen Jugendhilfe (Sozialarbeit/Sozialpädagogik) und Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie.

Der Gesetzestext enthält aber noch genauere Vorgaben für die Aufgabenverteilung. So bestimmt § 35 a Abs. 1 a SGB VIII, dass das Abweichen der seelischen Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen von dem für sein Lebensalter typischen Zustand für einen mindestens sechsmonatigen Zeitraum mithilfe der Stellungnahme eines Arztes oder Psychotherapeuten gegenüber dem Jugendamt festzustellen ist. Maßstab für diese Feststellung wiederum ist die sogenannte ICD10 – die internationale Klassifikation der Krankheiten – 10. Revision –, die zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung eingesetzt wird.

Die Prüfung des zweiten Elements, die (zu erwartende) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Folge der Abweichung des Gesundheitszustands ist hingegen Aufgabe des Jugendamts und damit in aller Regel der dort tätigen sozialpädagogischen Fachkräfte.

Kriterien für die Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung

Nach welchen Kriterien und Maßstäben entscheiden nun diese Fachkräfte, ob die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist? Während für die Feststellung des Abweichens der seelischen Gesundheit vom Normalzustand standardisierte Verfahren verfügbar sind, fehlen fachliche Leitlinien für die Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung. Erfahrungen aus der Praxis zeigen deshalb eine hohe Variabilität in der Entscheidungspraxis der Jugendämter. Dies gilt bereits für die Anforderungen an die Intensität der Beeinträchtigung: Muss sie akut drohen oder reicht eine potenzielle Bedrohung aus? Welche Schwelle der Beeinträchtigung muss gegeben sein? So wird z. B. im Hinblick auf einen Schulabschluss von der einen Seite eine Teilhabebeeinträchtigung erst dann gesehen, wenn keinerlei Schulabschluss erreicht werden kann, während die andere Seite darauf abstellt, ob der konkrete angestrebte Schulabschluss erreicht wird. Schließlich gibt es auch große Unterschiede in der Art und Weise der Exploration durch das Jugendamt: Zum Teil stützen sich Jugendämter auf fachliche Gutachten, zum Teil beziehen sie auch Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern aktiv in die Entscheidungsfindung mit ein. Schließlich gibt es auch unterschiedliche Herangehensweisen im Hinblick auf die zu prüfenden Lebensbereiche: Familie, soziales Umfeld, Schule usw.

Von daher verwundert es nicht, dass dieses Thema immer wieder Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen vor den Verwaltungsgerichten ist. Auch dort ist

noch keine gefestigte, einheitliche Rechtssprechung erkennbar, aber es sind doch gewisse Leitlinien in einzelnen Entscheidungen erkennbar. So stellt das Verwaltungsgericht Hannover unter Bezugnahme auf die UN-Behindertenkonvention auf die aktive und selbstbestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens ab und betont, dass alle Lebensbereiche, wie Familie, soziales Umfeld und Schule, betroffen sind. Schließlich weist es auch zu Recht auf die unterschiedliche Wirkung der Umweltfaktoren hin, die zum Teil erleichternd, zum Teil beeinträchtigend wirken. (vgl. VG Hannover vom 20. Mai 2008 – 3 A 3648/07 – Juris).

Als Zwischenergebnis kann zur gegenwärtigen Praxis der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung festgehalten werden: Das Normenprogramm – also die rechtlichen Grundlagen – erweisen sich als steuerungsschwach wegen der Fülle unbestimmter Rechtsbegriffe und der mangelnden Bezugnahme auf standardisierte Verfahren. Solche Verfahren sind auch bislang in der Praxis nicht entwickelt worden. Eine Fülle von Streitigkeiten landet deshalb bei den Verwaltungsgerichten, die noch keine gefestigte Rechtssprechung entwickelt haben

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts wurde nicht nur die Praxis der Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung näher untersucht, sondern es wurden auch Anforderungen an fachliche Standards definiert, die für die Praxis in den Jugendämter handhabbar und die betroffenen Personen verständlich sind. Schließlich sollten solche Mindeststandards auch eine gewisse Sicherheit bzgl. möglicher gerichtlicher Auseinandersetzungen bieten. Bei dem Bemühen um Standardisierung ist schließlich auch im Blick zu halten, dass jede Schematisierung vermieden werden muss, die den individuellen Bedürfnissen nicht ausreichend Rechnung trägt. Die für das Projekt verantwortlichen Expertinnen und Experten haben sich darauf verständigt, sieben relevante sogenannte »Analysebereiche« zu konkretisieren, nämlich

- Persönlichkeit
- Familie
- Kindertagesstätte
- Schule
- Arbeit
- Freizeit
- Sozialraum.

Dabei wurden im Hinblick auf die einzelnen Analysebereiche jeweils relevante Aspekte definiert, die diesen Bereich kennzeichnen, andererseits aber qualitativ beurteilt werden müssen, um festzustellen, inwieweit in diesem Bereich für die Teilhabe relevante Dysfunktionalitäten bestehen (vgl. dazu die Darstellung von Kölch et al. in Jugendamt 2007 Heft 1, S. 1 ff.).

Diese Analysebereiche wurden inhaltlich mit standardisierten, für die Teilhabe relevanten Indikatoren gefüllt, die das Funktionsniveau abbilden. Im Einzelnen zeigten sich folgende fünf Indikatoren als für alle Bereiche und Fragestellungen relevant:

- Sozioökonomische Lebenslage
- Integration
- Beziehungsqualitäten
- Selbstkompetenzen
- Zurechtkommen im Alltag (Leistungsfunktionen)

Kinder mit Teilhabebeeinträchtigungen im Schnittpunkt der Systeme

Wenngleich die Kinder- und Jugendhilfe mit dem Kriterium »Teilhabebeeinträchtigung« vordergründig nur im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII befasst ist, so ist gleichzeitig zu konstatieren, dass »Teilhabebeeinträchtigung« in einem weiteren Sinn verstanden werden muss und insoweit keine Spezialität von Kindern mit (seelischer) Behinderung ist.

Die Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie ihre soziale Integration ist Aufgabe verschiedener Systeme im Leistungsspektrum des Sozialgesetzbuchs. In Betracht kommen hierbei insbesondere die im SGB V – soziale Krankenversicherung – geregelten Aufgaben der Krankenbehandlung, die im SGB IX und verschiedenen anderen Büchern des Sozialgesetzbuches zusammengefassten Regelungen der Rehabilitation und allen voran die im SGB VIII geregelten Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe. Zu nennen sind darüber hinaus auch die Träger der Grundsicherung und der Ausbildungsförderung nach dem SGB II und deren Aufgabe der Integration junger Menschen in die Arbeitsgesellschaft.

Die Förderung der Teilhabe und sozialen Integration fordert daher ein systemübergreifendes Vorgehen. Kooperation setzt aber nicht nur voraus, das Potenzial des eigenen Hilfesystems und dessen Grenzen zu kennen, sondern auch das Leistungsspektrum der Nachbarsysteme zu kennen. Kooperation fordert darüber hinaus eine integrierte Hilfeplanung und -gestaltung im Sinne eines »Case-Management« anstelle von Überweisungen. Ausgangspunkt und Grundlage des Hilfeprozesses müssen die Lebenssituation und der Hilfebedarf des jungen Menschen sein, nicht die (häufig verkrusteten) Strukturen und Angebotsformen der jeweiligen Systeme.

Im Hinblick auf die Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet dies, dass Formen des gemeinsamen Clearings und der gemeinsamen Hilfeplanung zu entwickeln sind mit klarer Zuständigkeitsverteilung und Federführung eines Leistungssystems. Settingwechsel, wie sie sich im Hinblick auf sich ändernde Hilfebedarfe nicht vermeiden lassen, sind rechtzeitig und gemeinsam vorzubereiten, um bisher erreichte Erfolge des Hilfeprozesses nicht infrage zu stellen. Auf diese Weise sollen Aufenthalte in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und solche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufeinander bezogen und wirkungsvoll miteinander verknüpft werden. So soll die Rückkehr eines Kindes oder Jugendlichen in die Einrichtung der Jugendhilfe nach abgeschlossener Behandlung bereits im Vorfeld in die Planung einbezogen werden. Sind Kinder und Jugendliche zunächst in die Psychiatrie aufgenommen worden, so ist im Hinblick auf eine notwendig erscheinende anschließende Heimunterbringung das Jugendamt frühzeitig zu beteiligen.

Verbunden damit sind hohe Anforderungen an die Komposition »maßgeschneiderter Hilfen«, die je nach individuellem Bedarf integrativ oder konsekutiv – aber jeweils im Rahmen eines gemeinsam entwickelten Konzepts – zu erbringen sind. Leider sind die Erfahrungen mit dem Modell der »Komplexleistung« im Rahmen der Frühförderung bisher in der Praxis nicht sehr positiv. Deshalb sollten die jeweiligen Fehlerquellen analysiert und neue Anstrengungen unternommen werden, um dieses fachpolitisch überzeugende Modell auch praxistauglich zu machen.

Teilhabebeeinträchtigung im Kontext des Inklusionsparadigmas

Ein wesentlicher Schritt zur »Systembereinigung« und zum Abbau derzeit vorhandener Schnittstellen zwischen den Systemen könnte die Realisierung der sogenannten großen Lösung sein, wie sie bereits seit Jahrzehnten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht, aber auch von vielen Experten im Bereich der Kinder und Jugendhilfe gefordert wird. Den Ausgangspunkt der Betrachtung bildet ein Perspektivenwechsel – ein anderer Blick auf Kinder und Jugendliche mit Behinderung. Bisher werden sie der Gesamtkategorie von Menschen mit Behinderung zugeordnet und sind damit Adressaten des altersunspezifischen Behindertenrechts. Überzeugend erscheint demgegenüber der Blick auf junge Menschen mit Behinderung als Teilgruppe junger Menschen. Anknüpfungspunkt ist daher nicht länger die Behinderung, sondern die Lebenslage Kindheit und Jugend.

Im Rahmen der Reform des Kinder- und Jugendhilferechts wurde die sogenannte kleine Lösung umgesetzt, d. h die Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung aus der Gesamtzuständigkeit der Sozialhilfe herausgelöst und der Kinder- und Jugendhilfe übertragen. Grund dafür war die Erkenntnis, dass die Schnittmengen zwischen seelischer Behinderung einerseits und Verhaltensauffälligkeit und Entwicklungsstörung andererseits so groß sind, dass eine praktikable Zuordnung zur Eingliederungshilfe bzw. zur Kinder- und Jugendhilfe nicht möglich ist. Diese »kleine Lösung« erwies sich aber von Anfang an als Kompromiss mit vielen Nachteilen, weil sie nach den Formen der Behinderung differenziert, keine überzeugende Antwort auf die Behandlung einer sogenannten Mehrfachbehinderung gibt und den Zusammenhang zwischen Erziehungskompetenz einerseits und körperlicher und geistiger Behinderung andererseits vernachlässigt. Demgegenüber wäre eine Zusammenführung der Verantwortung für alle Kinder und Jugendlichen bei der Kinder- und Jugendhilfe ein überzeugender Beitrag zur Inklusion und eine überzeugende Lösung zur Abgrenzung der Aufgaben zur Sozialhilfe.

Neue Impulse hat diese Diskussion in den letzten Jahren durch den 13. Kinder- und Jugendbericht, vor allem die Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Bericht und darüber hinaus durch das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention erhalten. Der Konvention liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, in dem diese keineswegs von vornherein negativ gesehen, sondern als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt wird (sogenannter

Diversity-Ansatz). Sie würdigt das Leben mit Behinderungen als Ausdruck gesellschaftlicher Vielfalt und fordert damit Anerkennung nicht nur für den behinderten Menschen und seine Würde, sondern auch die durch die Behinderung bedingten besonderen Lebensformen.

In seiner Umsetzung ist das Konzept der Inklusion radikaler und weitergehend als das der uns bekannten Integration. Während die Integration auf die Wiedereingliederung behinderter Menschen in bestehende gesellschaftliche Strukturen zielt, weist das Konzept der Inklusion auf die Umgestaltung der sozialen Umwelt als Voraussetzung für die gemeinsame Nutzung und die gesellschaftliche Teilhabe durch heterogene Gruppen von Menschen – hier Kinder und Jugendliche – hin (Dannenbeck, Vom Integrations- zum Inklusionsparadigma, Gemeinsam leben 2008, S. 195 ff.).

In ihrer Stellungnahme zum 13. Kinder- und Jugendbericht hat die Bundesregierung ausdrücklich diesen inklusiven Ansatz unterstützt und gefordert, dass sich das Leistungsangebot für behinderte Kinder und Jugendliche primär an der Lebenslage Kindheit und Jugend zu orientieren habe.

Nimmt man die Botschaft der UN-Behindertenrechtskonvention ernst, so geht es nicht länger nur um die Umsetzung der sogenannten großen Lösung, sondern um eine neue Architektur der Kinder- und Jugendhilfe, nämlich um eine inklusive Ausgestaltung des Leistungssystems. Ganz nebenbei sei nur erwähnt, dass alle staatlichen Leistungs- bzw. Fördersysteme vor dieser Herausforderung stehen – von der Schule bis zur Ausbildungsförderung.

Im Mittelpunkt eines neu gestalteten inklusiven Systems der Kinder- und Jugendhilfe sollte ein neuer Leistungstatbestand stehen, der die bisher getrennten Bereiche der Erziehungshilfe und der Behindertenhilfe zu einer »Entwicklungshilfe« zusammenführt. In Bezug auf das einzelne Kind und dessen Lebenssituation ist dann zu entscheiden, welche Form der Unterstützung es bzw. das jeweilige familiale System braucht. Wesentliche Voraussetzung für die Realisierung eines solchen inklusiven Modells ist die Qualifizierung der Fachkräfte und ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Damit steht (nicht nur) die Kinder- und Jugendhilfe vor einer gewaltigen Herausforderung, die nur im Rahmen eines langen Reformprozesses bewältigt werden kann. Machen wir uns also auf den Weg zu einem inklusiven Hilfesystem für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern.

Gute Hilfe braucht gute Finanzierung

Renate Schepker

Als Kinder- und Jugendpsychiaterin habe ich gelernt, Dinge so zu erklären, dass auch ein vierjähriges Kind sie verstehen kann. Also steige ich entlang von sieben Grundsätzen ein in die Komplexität der Finanzierung von Hilfen für Kinder und Jugendliche, und zwar anhand einer – leicht überarbeiteten – Unterhaltung mit meinem kleinen Neffen Max.

Max ist vier, und er hatte sich gerade ein Kinderbuch von mir geliehen: »Der dicke König Matti und die Angst« (Mordhorst und Biber 2001).

Danach stellte er Fragen zur Übertragbarkeit in sein eigenes Leben, die so begannen: »Weißt du das?? Wenn man unendlich traurig ist und nichts mehr Spaß macht und das geht viele Tage lang so und die Mama bringt Milch mit Honig ans Bett und man kann trotzdem nicht schlafen und man sieht Monster unterm Bett und hat immer mehr Angst, so viel, dass man Bauchweh kriegt und will gar nicht mehr leben. Und die Mama weiß nicht, was man hat und der Papa schon gar nicht. WER HILFT DANN?«

Grundsatz 1: Jeder bekommt Hilfe, wenn er sie braucht

Die Geschichte des dicken Königs Matti beschreibt eine Angststörung. Auf dem Anfangsbild des Bilderbuchs liegt er schweißtriefend im Bett, alles macht Angst, alle Fische, die sonst seine Spielkameraden waren, die seine Pantoffeln, seine Tapeten und sein Bett zieren und als Kuscheltier dienen, sind auf einmal bedrohlich, er kann nichts mehr tun, nicht mehr aufstehen, nicht mehr spielen, alles ist durch Angst behindert.

Der Doktor kommt und meint, dass es sich um Angst handeln müsse, die man aber nicht sehen oder greifen könne. Der König lässt Reiter ausschweifen und die Angst suchen, oder ein Heilmittel dagegen. In einem fernen Land finden sie dann im Wald eine Wunderblume (hier habe ich für den Vortrag die Originalgeschichte etwas abgewandelt). Wenn die Reiter die Wunderblume gefunden haben, und er daran gerochen hat, entdeckt König Matti seine Kompetenzen wieder: er übt alles Mögliche mit dem Hofstaat, hat Spaß beim Skateboarden, aktiviert seine schlaffe Muskulatur – und die Angst ist weg.

Gute Hilfe für einen kleinen König besteht also darin, dass sie bei einer schweren, länger dauernden Störung, die mehrere Lebensbereiche betrifft (beschrieben auf der diagnostischen MAS-Achse VI der Kinder- und Jugendpsychiatrie), mehrere Berufsgruppen einbezieht (den Arzt, die weißen Reiter, das Hofgesinde, das ein neues therapeutisches Milieu für den kleinen König bereitet usw.). Eine gute Hilfe bezieht somit die Lebensumgebung, d. h. auch die Familie mit ein und ist selbstverständlich lebensbereichsübergreifend.

Grundsatz 1 a: Jeder bekommt Hilfe, wenn er sie braucht – und er bekommt sie bezahlt

Der erweiterte Grundsatz betrifft die nächste Frage von Max: Können sich nur Königskinder Wunderblumen leisten? Muss mein Papa sein Auto verkaufen, wenn ich auch einmal krank bin und Angst habe?

Nein, in unserem Sozialsystem muss Papa sein Auto natürlich nicht verkaufen! Es gibt allerdings Ausnahmen, z. B. die Kinder mit der dunkelbraunen Haut, die aus Afrika vor dem Krieg geflohen sind. In Deutschland findet für alle Menschen, ob sie nun versichert sind oder nicht, gute und kostenfreie Behandlung von Infektionen wie der Tuberkulose statt, da hier die Gesundheit der Bevölkerung geschützt werden muss. Schon 2003 stellte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedoch fest: »However, in relation to other health problems such as mental health, where the benefit to the general public is not directly obvious, services are rarely available for irregular migrants.« Viele niedergelassene Kollegen und Ambulanzen behandeln Asylbewerberkinder in Not dann ohne Honorierung, also gratis. Es entstehen dadurch viele Außenstände.

Ganz nebenbei, erzähle ich Max, bezahlt keiner, wenn die Reiter im anderen Land erst nach dem Wunderwald fragen müssen und jemanden brauchen, der übersetzt, so wie für euch, als du mit deinen Eltern im Urlaub warst. Denn es werden Dolmetscher auch für die psychiatrische Exploration und Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht finanziert (dazu Bundessozialgericht [BSG]-Urteile: Entscheidungen des Bundessozialgerichts [BSGE] 76, 109, 111 f = Sozialrecht [SozR] 3-2500 § 28 Nr. 1 S. 3 f; bekräftigt in BSG SozR 4-2500 § 32 Nr. 1 RdNr. 6; sowie B 6 KA 40/06 R). Dies bezieht sich explizit auch auf psychiatrische Behandlungen, im Urteil des ersten Senats des BSG ist unter anderem vermerkt, den Versicherten »sei es zumutbar, selbst zu bezahlen«. Geht es jedoch um Gerichtsverhandlungen, werden selbstverständlich Dolmetscher bezahlt, da das Recht auf rechtliches Gehör besteht. Nicht fair! sagt Max.

Ausnahme der Ausnahme: Für die Gebärdensprache besteht in Nordrhein-Westfalen (NRW) ein Recht auf Sprachmittlung durchgängig , und zwar auch für Arztbesuche. Nicht fair? Man fragt sich schon, wo hier vor dem Gesetz die Gleichbehandlung ist.

Als »Ironie des Schicksals« könnte man bezeichnen, dass es im Sozialrecht Bereiche gibt, wozu auch die eigentlichen Königskinder, d. h. die Privatpatienten, keinen Zugang haben, z. B. bezüglich der Sozialpsychiatrievereinbarung. Hier sind Privatpatienten den Asylbewerberkindern gleichgestellt und vielleicht ist das ja schon wieder fair, oder? Die erwähnte Sozialpsychiatrievereinbarung nach § 43 a Sozialgesetzbuch (SGB) V ist ein wichtiger Meilenstein in der ambulanten multiprofessionellen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Niedergelassene Vertragsärzte können, sofern sie mindestens 1,5 Mitarbeiter beschäftigen, nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Ärzte und zusätzlich mithilfe einer Sozialpsychiatriepauschale abrechnen. Diese ist seit 2009 gesetzlich gesichert (15. Arzneimittelgesetz [AMG] –Novelle, 2009) und seit deren Inkrafttreten (30.6.2009) gelten bundesweit einheitliche Sätze

(Anlage 2 zur Vereinbarung gem. § 85 Abs. 2 Satz 4). Entstehende Probleme, wie etwa die getrennte Berechnung von Gesprächsleistungen neben dem Regelleistungsvolumen sind mittlerweile ebenfalls weitgehend gelöst – einzig schwierig ist, dass es ab dem 351. Behandlungsfall weniger Geld gibt (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abs. 1 a.). Max findet es allerdings nicht logisch, dass es für mehr Arbeit der Ärzte und der weißen Reiter dann weniger Geld geben soll.

Dennoch ist hier der beharrlichen politischen Tätigkeit der Niedergelassenenverbände und der Aufgeschlossenheit einiger Sozialpolitiker eine hohe Anerkennung auszusprechen. Eine Mindestkontaktdichte pro Quartal zum Arzt ist vorgeschrieben, was einige Praxen in logistische Probleme stürzte, jedoch die Qualität der Versorgung dadurch nicht verschlechtert.

Grundsatz 2: Sicherstellung der Versorgung

Wenn die ambulante Versorgung doch inzwischen so gut geregelt ist – gibt es denn überhaupt einen Arzt für jeden, der einen braucht? Aus dem Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, Mai/Juni 2007) wissen wir, dass nur etwa 50 % der Kinder, die mit psychischen Symptomen auffallen, sich auch in Behandlung befinden. Dies trifft zu, obwohl das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiater jährlich um etwa 100 Fachärzte wächst (entsprechend einem Zuwachs von 7 %).

Der Bericht »Psychiatrie 2007« der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (im Folgenden GMK-Bericht 2007)[1] hat noch eine sehr hohe Variabilität der verfügbaren Ärzte in den verschiedenen Regionen festgestellt. So kam in Hannover auf 6 631 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Bundesland Sachsen aber nur ein Arzt auf 53 665 Kinder und Jugendliche. Möchte man also eine gute Versorgung für sein Kind, müsste man nach diesen Daten nach Hannover ziehen, möchte man diese nicht, müsste man nach Sachsen ausweichen. Im Bundesdurchschnitt kamen nach dem GMK-Bericht 2007 29 517 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren auf einen Facharzt, dies liegt noch deutlich über den von unseren Verbänden empfohlenen Richtgrößen. Eine Planung bezüglich der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater besteht nach wie vor nicht, da deren Zahl bundesweit sehr klein ist und die Grenze von 1 000 Vertragsärzten noch nicht überschritten ist. Sicherstellung? Dadurch gar nicht möglich.

In die Facharztzahlen der GMK hineingerechnet sind auch angestellte ambulante Ärzte, d. h. die Ärzte der Institutsambulanzen. Diese sind prinzipiell multiprofessionell und berufsgruppenübergreifend definiert, während es bei den Niedergelassenen etwa zur Hälfte auch Einzelpraxen gibt. Bundesweit ist die Finanzierung der Institutsambulanzen sehr uneinheitlich geregelt: So rechnen Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen in den Institutsambulanzen Einzelvergütungen je Zeiteinheit pro Berufs-

1 Bericht »Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven« der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2007

gruppe ab. Der Landesteil Westfalen aus NRW rechnet die Leistungen nach EBM/Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im ärztlichen Bereich ab und wird zusätzlich mit einer nichtärztlichen Pauschale vergütet. In Baden-Württemberg werden unterschiedliche Pauschalen für Einfach- und Mehrfachkontakte gezahlt. Im Rheinland und den meisten anderen Bundesländern gibt es Pauschalen unabhängig von der Kontaktdichte. Sofern Pauschalen existieren, sind diese wiederum sehr unterschiedlich bewertet, so kann eine Institutsambulanz pro Fall zwischen 70 Euro (Einmalkontakt Baden-Württemberg) bis 800 Euro (Spezialambulanz Hamburg) im Quartal abrechnen. Ist das fair? Max kann ich das jedenfalls nicht erklären.

Zwar sehen die neuen Rahmenbedingungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im § 17 d Abs. 1 vor, dass auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen dahingehend zu überprüfen sind, ob die psychiatrischen Institutsambulanzen in eine differenzierte tagespauschalierende Vergütung einbezogen werden können – dies erscheint jedoch bei einer derart diversen Finanzierung in der Landschaft der Institutsambulanzen derzeit kaum realisierbar. Logischerweise haben sich die Institutsambulanzen bei allem Mut zur Mischfinanzierung auf die durchschnittliche Honorierung in ihrem Leistungsverhalten einstellen müssen, d. h. es gibt auch nur die Leistung, für die es Geld gibt, und nicht etwa die Leistung, die »wirtschaftlich« wäre, z. B. um spätere Kosten oder stationäre Aufnahmen zu sparen.

Die Lösung des Regionalbudgets, in der Erwachsenenpsychiatrie schon mehrfach praktiziert, würde bedeuten, dass gute Hilfe für alle Patienten, d. h. krankenkassenübergreifend verfügbar wäre, ebenfalls sektorenübergreifend für alle Lebenslagen (stationär, teilstationär, ambulant). Sie müsste multiprofessionell erbracht werden, langfristig und nachhaltig sein und flächendeckend ausrollbar unabhängig von den unterschiedlichen Finanzierungsvoraussetzungen. Nach meiner Überzeugung ist ein Regionalbudget in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen der gezeigten, sehr unterschiedlich dichten regionalen Versorgung nur gemeinsam zwischen voll- und teilstationärer Behandlung, den psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten realisierbar. Bisher gibt es auch nur ein einziges Modell (Nordhausen im Harz), das für die Kinder- und Jugendpsychiatrie kassenartenübergreifend, jedoch ohne Einbezug von Niedergelassenen, aktiv ist und eine nennenswerte Anzahl von Patienten eingeschlossen hat.

Dabei haben seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom Oktober 2006 niedergelassene Ärzte die Möglichkeit, in Teilzeit aus der Praxis heraus auch im Krankenhaus oder für das Krankenhaus zu arbeiten. Das ermöglicht kreative Lösungen wie unser Modell der Weissenauer »PIA-in-der-Praxis«, d. h. die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis in Friedrichshafen, dem nächsten großen Nachbarkreis zum Standort der Klinik, kann sowohl unterstützt durch eine tageweise tätige Ärztin in Weiterbildung (ÄiW) in Kontinuität Patienten der Klinik nachbehandeln als auch besonders schwer gestörte Patienten in der Praxis auf die Klinik vorbereiten. Durch dieses Konstrukt ist auch die wohnortnahe Behandlung von langfristig erkrankten Kindern und Jugendlichen in der Praxis über eine lange Zeit zu sichern.

In diesem Rahmen stellt sich die Frage ganz im Sinne des filmischen Eingangsstatements dieser Tagung, ob die zu wenigen Ärzte nicht durch Psychologen austauschbar wären. Genau so, wie es im Volksmund sehr oft verwechselt wird (man geht zum »Psychologen«, wenn eine Heilwirkung auf die Seele gemeint ist, unabhängig von der Profession des Helfenden) stellen die Niedergelassenen neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Institutionen den Anspruch, einem Facharzt gleichgestellt zu sein. Im Bereich der ambulanten Versorgung sieht das so aus, dass mit den mittlerweile gemäß GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz genehmigten Neuzulassungen nur für Kinder (unter Einbezug der Einschränkungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss [GBA]) die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis in diesem Jahr an die 2400 heranreichen wird. Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater liegt demgegenüber mit 737 (Bundesärztekammer, Ende 2009) und einem jährlichen Zuwachs von maximal neuen 70 Fachärzten (bei durchschnittlich 100 Absolventen jährlich lt. Bundesärztekammer [BÄK] 2009) vergleichsweise nur bei einem Drittel, die Zahl der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ist mit etwas mehr als 140 sehr überschaubar, und der jährliche Zuwachs an Fachärzten im Bereich der psychiatrischen Institutsambulanzen dürfte noch geringer ausfallen.

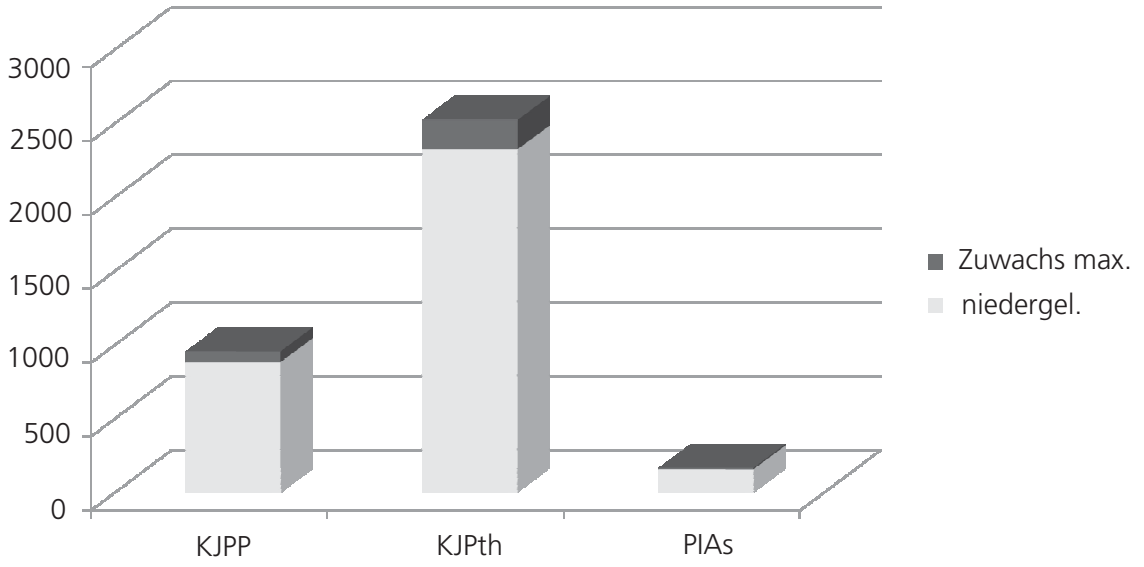


Abb. 1: Ambulante Versorgung, eigene Berechnungen gem. Angaben der BÄK und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Ob die Finanzierung hier im Gleichgewicht ist, erscheint angesichts dieser Übermacht an Psychotherapeuten fraglich. Diese haben positiverweise politisch durchsetzen können, dass sie über Festpreise nach einem Orientierungspunktwert vergütet werden. Dies ist angesichts der vorherrschenden, stark schwankenden Honorierung, die sich kein Handwerker bieten lassen würde, ein großer politischer Erfolg.

Dennoch besteht ein beträchtliches Ungleichgewicht für die Patienten, wenn man betrachtet, dass 74 % aller Aufwendungen für psychische Erkrankungen (Er-

wachsene und Kinder gleichermaßen) in die ambulante Richtlinienpsychotherapie fließen (Deutsches Ärzteblatt [DÄB] PP 9, Ausgabe Juni 2010, Seite 245). Dieses Verhältnis besteht, wie aus der Grafik ersichtlich, ebenso für Kinder und Jugendliche wie für Erwachsene. Man hat als »inverse care law« bezeichnet, dass die besonders schwer kranken, eigentlich besonders aufwendigen Patienten kaum in den Genuss der Richtlinienpsychotherapie kommen, dass eine Notfallversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht etabliert ist und dass sich sehr lange Wartezeiten für die Patienten aufbauen, die warten können, sprich Störungen haben, die sich noch nicht auf alle Lebensbereiche ausgedehnt haben. Dadurch entsteht eine klare Versorgungsasymmetrie – vom Berufsstand der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird das auch damit beantwortet, dass die Hälfte aus dieser Berufsgruppe, ähnlich wie bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Institutionen tätig ist.

Gerecht ist das nicht, wenn das meiste Geld für die ausgegeben wird und die meiste Zeit für diejenigen da ist, die es wahrscheinlich am wenigsten brauchen, oder? Max jedenfalls fände es blöd, wenn der Hofstaat viel mehr Zeit für den großen Bruder von König Matti hätte nur weil der netter und nicht so krank ist.

Grundsatz 3: Kooperationen finanzieren

Ungleichgewichte lassen sich vielleicht dadurch auflösen, dass man zusammenarbeitet. Kooperationen sind zu finanzieren. Hier gibt es positive Ergebnisse, wie den ADHS-Muster-Vertrag der KBV nach § 73 c SGB V. Dieser ist in Baden-Württemberg multiprofessionell umgesetzt. In NRW wurde soeben ein Selektivvertrag mit einer Krankenversicherung verabschiedet, der ohne die Professionalität des Kinder- und Jugendpsychiaters auskommen will. Ein solches Modell ist klar sehr kritisch zu sehen. Wem sollen denn die Reiter die Wunderblume bringen, wenn nicht erst einmal dem Arzt? Dabei kann man gut integrierte Versorgungsmodelle mit Kooperationen zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten entwickeln. Hier existiert als gutes Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)-Vertrag in Rheinland-Pfalz. Dieser hat jedoch das Negativum, dass ihm bisher nur sehr wenige Patienten beitreten. Alle diese Modelle haben den großen Nachteil, dass sie nicht sektorenübergreifend funktionieren und auf das SGB V beschränkt sind, d. h. der Einbezug weiterer Leistungen nicht möglich ist, Kooperationen mit dem Schulbereich oder der Jugendhilfe bleiben außen vor.

Eine gute Kooperation mit vertraglicher Sicherung im ambulanten Bereich sollte stets auf Augenhöhe stattfinden. Daher sind Selektivverträge mit Krankenkassen problematisch. Die im Arzneimittelneuordnungsgesetz-Entwurf (AMNOG) von 2010 vorgesehenen Selektivverträge mit direkter Finanzierung durch die Pharmazeutische Industrie sind hoch schwierig und daher abzulehnen. In Niedersachsen wird ein solches Modell als Pilotprojekt im Erwachsenenbereich mit einer 100%igen Pharma-Tochterfirma bereits praktiziert. Ein solcher Vertrag für Kinderpsychiater würde einen klaren Verstoß gegen die ethischen Grundprinzipien der International

Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 2006 darstellen, der explizit jegliche Beeinflussung ärztlichen Handelns durch Interessen der Industrie verbietet. Warum denn etwa diejenigen, die rote Blumen in ihrem Land haben, darüber bestimmen sollen, dass von den Reitern keine weißen Wunderblumen mehr gepflückt und gesucht werden, kann ich Max wirklich nicht erklären – auch weil ich überzeugt bin, dass natürlich Wunderblumen viel mehr sein können als Medizin, so zum Beispiel Psychotherapiemethoden, Übungsverfahren, Kunst oder Musik. Allenfalls 30 % der Patienten erhalten überhaupt Medikation.

Grundsatz 4: so wenig wie nötig in die Klinik

Kinder sollten so wenig Zeit ihres Lebens wie nötig in einer Klinik verbringen. Im Jahr 2008 betraf dies 42 185 Aufnahmen oder Entlassungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (ein Krankenhausfall ist definiert durch Aufnahme + Entlassung/geteilt durch zwei, um auch diejenigen zu erfassen, die am Ende eines Jahres erst aufgenommen und dann noch nicht wieder entlassen sind oder auch die, die zu Beginn eines Jahres nur entlassen werden). Dazu kamen 15 175 Fälle teilstationär, dies entspricht 27,2 % von allen. Die Finanzierung erfolgt derzeit für jeden Patienten unabhängig von den therapeutischen und pflegerischen Leistungen, die er erfahren hat, über den gleichen Tagespflegesatz. Durchschnittlich verbringt ein Kind oder Jugendlicher in der Bundesrepublik 41,4 Tage im Krankenhaus (Daten für 2008, Statistisches Bundesamt). Diese Behandlung ist teuer, aber nachweislich (z. B. Remschmidt und Mattejat 2006) effektiv.

Eine vollstationäre Hilfe kommt nur dann infrage und ist nur dann als gut zu bezeichnen, wenn sie inhaltlich notwendig ist, nicht etwa dann, wenn eine ambulante Versorgung nicht verfügbar ist. Sie muss laut Psychiatriepersonalverordnung und auch aus Qualitätsgesichtspunkten multiprofessionell sein (Sie erinnern sich, dass der dicke König Matti sehr viele Menschen brauchte, um bei seiner schweren Störung wieder gesund zu werden). Sie sollte in personeller Kontinuität der Verantwortlichen, d. h. auch in einer kontinuierlichen Falldefinition erfolgen. Sie sollte verlässlich verfügbar sein und ohne Wartezeiten, da stationäre Behandlungen meistens dringlich erfolgen. Sie sollte nur so kurz wie möglich eine Herausnahme aus dem üblichen Milieu oder einen Übergang zu einer weiteren Verbeheimatung darstellen. Sie sollte so intensiv wie nötig sein – das bedeutet, dass jedes Kind genügend Therapieeinheiten in der im Krankenhaus verbrachten Zeit bekommt und eben nicht, wie der dicke König Matti, »einfach im Bett liegt«. Die Dokumentation dieser Tätigkeit sollte effektiv sein und möglichst inhaltsbezogen. Niemand, der etwa als Erwachsener seine Akte nochmals studieren und den im Krankenhaus verbrachten Weg nachvollziehen möchte, hat etwas davon, wenn er lediglich die aufgezählten Stunden nachvollziehen kann, aber nicht das, was dort inhaltlich geschehen ist. Gute Dokumentation ist eine Verpflichtung gegenüber den Patienten, nicht etwa nur gegenüber den Kostenträgern.

Die Chancen auf einen Klinikplatz sind laut GMK-Bericht 2007 bundesweit um den Faktor drei verschieden, so kommen in Leipzig 624 minderjährige Einwohner auf ein Bett in einem Fachkrankenhaus oder einer Fachabteilung (wahrscheinlich

eine etwas übertriebene Zahl, da das Versorgungsgebiet der Leipziger kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sich nicht nur auf das Stadtgebiet bezieht!). Auf das benachbarte Land Sachsen-Anhalt bezogen sind es jedoch immer noch bundesweit spitzenmäßige 1 144 Kinder und Jugendliche pro Klinikbett, während im Land Bayern nach Datenlage 5 759 Einwohner unter 18 Jahren im Ernstfall um ein Krankenhausbett konkurrieren. Für eine gut ausgebaute Versorgung seiner Kinder ziehe man nach Leipzig, jedenfalls weg aus Bayern.

Wie viele Krankenhausbetten wirklich für eine gute Versorgung gebraucht werden, ist allerdings wissenschaftlich nicht fundiert und nicht erklärbar. Die unterschiedlichen Bettendichten gehen auf sehr unterschiedliche regionale Strategien der Versorgung und Einbeziehung bzw. Ausgrenzung zurück. Daneben sind sie nicht unabhängig von der oben bereits angesprochenen Versorgungsdichte im ambulanten Bereich: Grob gesagt bestehen vor allem in den Regionen besonders viele Klinikbetten, in denen die ambulante Versorgung eher dünn gesät ist und umgekehrt.

Insgesamt haben wir in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken keine Politik, dass mehr Betten für eine bessere Versorgung nötig wären. Im Gegenteil hat bereits eine beispiellose Verkleinerung und Einsparung – auch im Sinne einer sinnvollen Umverteilung – stattgefunden. Seit dem Jahr 1991 bis zum Jahr 2008 sind die Fallzahlen um deutlich mehr als die Hälfte, nämlich 111 % gestiegen und parallel die Verweildauern auf ein Drittel der Zeit gesunken. Das Ganze findet in weniger als zwei Drittel der Bettenkapazität mit etwas mehr als zwei Dritteln der Berechnungstage statt.

Tab. 1: Leistungsverdichtung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 12 und eigene Berechnungen)

	1991	1995	2005	2006	2007	2008	1991 – 2008 Veränd.
Fallzahl	20 108	23 302	37 699	39 415	41 259	42 185	+111 %
Verweildauer	126,3	63,4	43,2	42,5	41,8	41,4	-67,2 %
BT	2 539 894	1 478 076	1 626 719	1 676 085	1 731 892	1 744 655	-31,3 %
Betten, aufgestellt	8 316	4 858	4 921	5 065	5 183	5 168	-37,9 %

Nun könnte das ja grob geschummelt sein – durch den bundesweit deutlichen Anstieg an teilstationären Plätzen, die in der vollstationären Statistik nicht auftauchen, könnte der Kapazitätsschwund nur scheinbar sein. Wenn man jedoch berechnet, dass die 516 358 Belegungstage im teilstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2008 mit etwa zwei Drittel der vollstationären Kosten zu Buche schlagen, also analog 2 085 452 Berechnungstage zu veranschlagen wären, ergibt sich immer noch eine Reduktion des abgerechneten Umfangs an Belegungstagen gegenüber 1991 von -17,9 %. Keine Milchmädchenrechnung, sondern ganz echt: Nirgendwo sonst haben die Krankenkassen derartig viel an Krankenhausleistungen eingespart. Und das, obwohl die Morbidität, d. h. Krankheitshäufigkeit, bei Kindern und Jugendlichen eher im Ansteigen begriffen ist. Rückschließen lässt sich daraus eine Bewegung zu mehr ambulanten Behandlungsformen.

Die deutliche Leistungsverdichtung im Krankenhaus ist mit weniger Personal erbracht worden als 1991 mit Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) vorgesehen war. Nach der APK-Umfrage (Aktion Psychisch Kranke 2009) lag 2004 die PsychPV-Auslastung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit hoher Varianz bei durchschnittlich 88 % (Angaben der einzelnen Krankenhäuser als Vergleich zwischen dem SOLL-Planbedarf und dem finanzierten IST). Die Hälfte der Kliniken lag sogar im Durchschnitt aller Berufsgruppen unter 81 % der PsychPV-Erfüllung und weitere 25 % unter 77 % der Auslastung in der Berufsgruppe des Pflege- und Erziehungsdienstes. Der Politik sehr positiv anzurechnen ist, dass Ende 2008 die Möglichkeit geschaffen wurde, 90 % zu fordern (KHRG) und es sogar ermöglicht wurde, beim Nachweis eines Bedarfs von 100 % diesen mit den Kostenträgern vor Ort zu verhandeln. Des Weiteren wurde die Möglichkeit geschaffen, die Fallzahlsteigerung im Budget zu berücksichtigen. Dies versetzte die Krankenhäuser in die Lage zu deutlichen Personalaufstockungen, d. h. das Qualitätskriterium »genügend Therapieeinheiten pro Zeiteinheit« auch wirklich realisieren zu können.

Ein großes Negativum ist jedoch durch die jüngsten Entwicklungen zu bedauern: Das GKV-Finanzierungsgesetz 2010 (GKV-FinG) sieht vor, dass im Krankenhausbereich nur die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung von 1,15 % realisiert werden dürfe. Dies wurde mittlerweile für die psychiatrischen Häuser auf 0,9 %, d. h. einen deutlich höheren Anteil an der Grundlohnsumme und der offiziellen Steigerungsrate von 1,15 %, erhöht. Hier verzeichnen wir ein deutliches Entgegenkommen des Gesundheitsministeriums, nachdem wir über alle Verbände an die damals gegebenen Zusicherungen erinnert haben. Dies ermöglicht jedoch nicht, innerhalb der bestehenden Budgets ohne Geltendmachen von Ausnahmetatbeständen eine Steigerung zu effektiveren Strukturen, die dem eigentlich erforderlich Personalaufwand einschließlich der tarifverhandlungsbedingten Gehaltssteigerungen entsprechen würde – im Gegenteil werden wiederum Stellen abgebaut werden müssen.

Wie lange ich also Max noch erzählen kann, dass man sehr selten in die Klinik muss, dass es dann aber dort echt gut ist, weiß ich nicht.

Grundsatz 4 – nicht kleckern

Die Basisvoraussetzung für die Einführung eines neuen »durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von »tagesbezogenen Entgelten« (§ 17 d Abs. 1 Krankenhausgesetz [KHG] entsprechend KHRG von 2009) setzt ja voraus, dass die Leistungen, die kodiert werden sollen, um ein neues Entgeltsystem grundzulegen, auch überhaupt realistischerweise an den Krankenhäusern erbracht werden können. Die Krankenkassen haben multiple Strategien bemüht, um eine Personalsteigerung an den einzelnen Kliniken im von der Politik geforderten Umfang nicht umsetzen zu müssen, und es hat politischer Interventionen und Klarstellungen bedurft (s. hierzu Bundesministerium für Gesundheit [BMG] in Kunze et al. 2010). In der Auswertung der oben genannten

Kriterien zur guten Finanzierung ist somit nach heutigem Sachstand festzustellen, dass eine gute Finanzierung von Krankenhausleistungen für das Kriterium »dann wenn inhaltlich nötig« nicht, für das Kriterium »Multiprofessionalität« sicher, das der »personellen Kontinuität« nur fraglich, für die »Verlässlichkeit und Freiheit von Wartezeiten« nur in einigen Regionen realisiert ist. Das Land Hessen hat nebenbei eine neue, kapazitätsausweitende Planung für die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit den kontinuierlich über ein Jahr gesammelten und bedauerlicherweise weiter vorhandenen Wartelisten bei hoher Bettenauslastung begründet.

»Krankenhausbehandlung so kurz wir möglich« dürfte anlässlich der Unterschiedlichkeit der ambulanten Versorgung ebenfalls noch nicht realisiert sein, so »intensiv wie nötig« angesichts der mangelnden PsychPV nicht, die Dokumentation ist derzeit durch die Einführung des neuen Entgeltsystems eher komplizierter, inhaltsentleerter und »codeorientiert« geworden. Das vor dem Hintergrund des § 17 d nun probehalber, jedoch bereits flächendeckend für alle Häuser eingeführte Psych-Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS)-Leistungskodiersystem soll die Grundlage für ein mathematisches System der Bepreisung darstellen. Es hat viele Nachteile.

Das für die stationäre Behandlung wichtige therapeutische Milieu ist bisher nur als »Sockelleistung« abbildbar, obwohl es vor allem für die schwerer Erkrankten hoch bedeutsam ist. Kriseninterventionen sind, nur durch die Berufsgruppe der Ärzte und Psychologen ausgefüllt, nicht in der Realität multiprofessionellen Zugangs abbildbar. Diagnostikcodes sind auf Zeiteinheiten und Tage beschränkt, ebenfalls kaum reell abbildbar. Verkompliziert wird das Leistungsgeschehen dadurch, dass somatische OPS-Prozeduren wie neuroradiologische Untersuchungen in den dortigen Leistungsziffern getrennt abgebildet werden müssen. Des Weiteren wurde ohne große Rückkopplung mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften ein Kodiersystem für Diagnosen eingeführt, das die Ärzte in den Kliniken zu einer doppelten Buchführung bringen wird, d. h. Diagnosen in den Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) anders abzubilden als im Entlassbrief (vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] 2010). Für Krankenhaus und Krankenkasse sind also nicht die Diagnosen für den ärztlichen Erkenntnisgewinn und zur Erklärung für das therapeutische Handeln wichtig, sondern es sind nur diejenigen Diagnosen zu vermerken, für die im Krankenhaus kodierfähig erbrachte Leistungen da waren.

Gutes am bisher entwickelten neuen Codesystem ist für die Kinder- und Jugendpsychiatrie andererseits auch zu vermerken: Die Gruppentherapien sind in der Revision 2011 nun sinnvoll und realitätsnah abzubilden. Die an den Patienten verbrachte Zeit in der Intensivbehandlung kann als reelle Einheit stundenweise abgebildet werden. Home Treatment[2] ist als Leistung von Pflege- und Erziehungsdiensten und Fachtherapeuten vorgesehen. Festzustellen ist, dass von den Forderungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände zu den Psy-OPS-Komplexcodes (s. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] –

2 Psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld.

Homepage www.dimdi.de – Vorschläge zur Coderevision für 2011) nur wenige umgesetzt wurden. Die offenen Forderungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffen die Festlegung der Pflichtversorgung und der Vorhaltekosten dafür als Basisvoraussetzungen in den Codes, eine praktikable Differenzierung in Krisen- und Regelpatienten, eine weitaus gestrafftere Dokumentation mit gröberen Maßeinheiten, die Möglichkeit, tageweise teilstationäre Behandlung anzugeben, und einen Markercode für Home Treatment. Wie die Begleitforschung zur Umsetzung und Praktikabilität des Codesystems 965 – 969 umgesetzt werden wird, ist eine bisher völlig offene Frage.

Zum Home Treatment ist bereits viel Evidenz vorgelegt worden. Programme der Henggeler-Arbeitsgruppe in den USA sind gut evaluiert. Home Treatment bei hochkomplexen Störungsbildern hat sich als effizient erwiesen. Wenn man Home Treatment als volles, aufwendiges Programm durchführt, setzt dies eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Therapeuten, Sozialarbeitern und pädagogischen Fachkräften voraus, eine Kriseninterventionsbereitschaft und zu Beginn tägliche längere Intervention in der Familie. Zwar ist Home Treatment als Teil der vollstationären Leistungen des Pflege- und Erziehungsdienstes vorgesehen, es ist jedoch bundesweit als Strategie anstelle einer vollstationären Behandlung und diese ersetzend noch nicht umgesetzt worden. Sozialrechtlich ist Home Treatment derzeit nicht abbildbar. Krankenhäuser sind darauf angewiesen, dass Patienten um 24 Uhr im Bett liegen, um sie in der Mitternachtsstatistik als Krankenhauspatienten führen zu können – warum nur? Der ständig rufbereite Arzt in unmittelbarer Ortsnähe ist Teil der sozialrechtlichen Krankenhausmerkmale – wer wohnt schon direkt neben dem Krankenhaus, um dann noch Home Treatment haben zu können?

In der Forschung ist nachgewiesen, dass Home Treatment Krankenhaustage einspart und genauso viel kostet wie die Behandlung von vergleichbare Patienten – inklusive der weiterhin nötigen krisenhaften Krankenhaustage. Es kam dann aufs Gleiche hinaus, wenn die Jugendhilfeleistungen an den (nicht mit Home Treatment behandelten) Familien einbezogen wurden (Sheidow et al. 2004). Eine »inklusive-Jugendhilfe-Rechnung« wäre also gut und würde viele der Leistungen des Gesundheitswesens relativieren oder in Bezug setzen helfen. Diese Gesamtkostenrechnung wird in Deutschland nicht praktiziert. Warum ist das so? Der Grund ist in der Versäulung des Sozialgesetzsystems mit zwölf verschiedenen Sozialgesetzbüchern zu finden. Das Gesundheitswesen mit dem ambulanten und stationären Teil, jeweils eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegend wie oben ausgeführt, ist im SGB V abgebildet, die Jugendhilfe im SGB VIII, die Behindertenhilfe im SGB XII, die Arbeit in SGB II und III und die Rehabilitation in SGB VI und IX. Die Säulen existieren unverbunden nebeneinander her. Dabei gibt es multiple Überschneidungen und Gemeinsamkeiten zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Eine Statistik der Elisabeth-Klinik Dortmund (dankenswerterweise für eine Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte von Dr. Grzella-Dieffenbach überlassen), zeigt: bei 37 % der stationären und 23 % der ambulanten Patienten ergingen Empfehlungen für anschließende Jugendhilfemaßnahmen und wurde

Kontakt zum örtlich zuständigen Jugendamt hergestellt. Für 9 % der stationären und 3 % der ambulanten Patienten gab es zwei und mehr Empfehlungen, unabhängig von der anschließenden Umsetzung in der Jugendhilfeplanung oder der möglichen Realisierung.

Grundsatz 5: Kranke Kinder brauchen auch Erziehung – weil sie Kinder sind!

Jugendhilfe ist keineswegs der Kinder- und Jugendpsychiatrie nachgeordnet oder komplementär, sie funktioniert auch ganz anders als Versicherungen: Hilfeleistungen erfolgen nur mit Antrag der Eltern – mit Ausnahme von seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindern, wo ein Antrag ab dem Alter von 15 Jahren auch durch das Kind gestellt werden kann – und sie erfolgen im teilstationären und stationären Jugendhilfebereich nur mit Geld der Eltern. Dieses geschieht »im Rahmen der Haushaltsersparnis« der Eltern, löst jedoch in unserer klinischen Erfahrung bei vielen betroffenen Familien Ängste aus oder gar eine Ablehnung der Hilfe. Einschränkungen in der Finanzplanung der Familien, vor allem bei getrennt lebenden Eltern, möchte wiederum auch ein kleiner König nicht »schuld sein« – wenn Papa nun auf den Ausbau seines Hauses verzichten muss. Interessanterweise sind die Jugendhilfeleistungen pro Einwohner zwischen den verschiedenen Bundesländern deutlich homogener verteilt als die Krankenkassenleistungen, denn sie unterscheiden sich nur um etwa den Faktor 1,6 (Stat. Bundesamt).

Jugendhilfeleistungen kombiniert mit Jugendpsychiatrie übrigens helfen, Geld zu sparen. In der Jugendpsychiatrie lassen sich stationäre Tage einsparen, wie die Ulmer Heimkinderstudie gezeigt hat (Goldbeck und Besier 2008): Durch einen aufsuchenden Konsiliardienst in der Jugendhilfeeinrichtung wurden Krisentage im Krankenhaus pro Kopf fast halbiert. Wäre ja eine sehr gute Hilfe – ist aber noch nicht gut finanziert, denn die Anleitung und Fortbildung der Mitarbeiter in der Jugendhilfe ist nicht regelfinanziert. Dabei ist sie natürlich genau so wichtig wie Elterntherapie. Auch die Anwesenheit des Jugendpsychiaters bei der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII hat keine Finanzierung. Wenn man die Aufgaben von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mischen will, braucht es flexible Finanzierungsmodelle durch Zusatzmodule, Teilverrechnung von Institutsambulanzleistungen, eigene Verträge und vieles andere.

Jugendhilfe ist neben all dem auch ein exklusiver Finanzgeber – durch das gesetzlich verankerte Subsidiaritätsprinzip. Subsidiär, so würde ich es dem kleinen Max erklären, geht so: Dann wenn kein anderer das Geld dafür rausrücken will, ist man dran. Subsidiär finanziert die Jugendhilfe z. B. die Lese-Rechtschreib-Therapie. Diese wurde zwar von den Kultusministerien in die originäre Zuständigkeit der Schulen definiert, jedoch leisten die Schulen Förderungen nur weit unterhalb des erforderlichen Maßes. Häufig kommt es zusätzlich zur Lese-Rechtschreib-Schwäche noch zu emotionalen Verwirrungen, wenn ein Kind merkt, dass es im Gegensatz zu den Klassenkameraden nicht richtig lesen und schreiben kann trotz aller dafür aufgewendeter Anstrengungen, auch therapeutischer Unterstützung. Die Kranken-

kassen haben ihre Zuständigkeit dafür sehr klar abgelehnt, sodass die Jugendhilfe als Finanzgeber am Ende »übrig bleibt«. Weiterhin subsidiär ist die Jugendhilfe für einige Rehabilitationsleistungen nach SGB IX. Zuständig ist sie als Letzter auch für die Finanzierung von Schulbegleitern, dann, wenn beispielsweise autistische oder sinnesbehinderte Kinder in Regelschulen begleitet werden müssen, um ihnen die Teilnahme am Unterricht störungsfrei zu ermöglichen. Die Sinnhaftigkeit dieser Finanzierungsregelungen, warum das Schulsystem auf eine derart extensive Weise für psychisch, in Hirnfunktionen gestörte oder behinderte Kinder von der Jugendhilfe profitiert, hat mir bis heute niemand erklären können.

Grundsatz 6: Behinderte sollten gleichgestellt sein

Eine weitere Absurdität besteht darin, dass das Ganze aber wiederum nur für schlaue Kinder gilt, das heißt für solche, die einen messbaren Intelligenzquotienten von mehr als 70 aufzuweisen haben. Geistig behinderte Kinder fallen mit allen Eingliederungsleistungen in die Zuständigkeit des SGB XII. Unter dem SGB XII gibt es viele eigene Einrichtungen mit eigenen Verträgen, die von der Jugendhilfe völlig entkoppelt sind. Es gibt eigene Wege für Behinderte im System der Hilfeleistungen, und die Einrichtungen zeichnen sich durch eine oft homogene Belegung mit Behinderten aus. Das SGB XII sieht eine eigene und für die Eltern meist preiswertere Berechnung des Elternselbstbehaltes vor. Wo in diesem System die prinzipielle Fairness und Gleichbehandlung vor dem Grundgesetz geblieben ist, entzieht sich ebenfalls dem Verständnis des Normalbürgers. Erst recht spannend wird es, wenn dann die Gretchenfrage zu lösen ist, was aus den Jugendlichen wird, die im Range des Messfehlers anzusiedeln sind. Bekanntlich hat jede Intelligenztestung einen Messfehler von +/-7 um den IQ von 70 herum. Je nach Tagesform kann es also geschehen, dass man im Sozialhilfesystem oder im Jugendhilfesystem landet. Während man im Sozialhilfesystem weniger Entwicklungsanreize erfährt, andere Einrichtungen besucht, mehr vollstationäre Maßnahmen bewilligt werden und weniger ambulante Angebote ausgebaut sind und möglicherweise ein schlechteres Outcome[3] für die Eingliederung in die Gesellschaft zu erwarten hat, geht jemand mit einem falsch zu hoch gemessenen IQ im System der Jugendhilfe eventuell auf ein besseres Outcome zu. Wir sind aktuell dabei, über eine medizinische Doktorarbeit (I. Röll) die Langzeitentwicklung solcher Jugendlicher aus dem Grenzbereich nachzuverfolgen und wissenschaftlich zu evaluieren. Gänzlich verzichtbare Ausgaben entstehen durch Sozialgerichtsprozesse, die etwa ein Jugendamt gegen das Sozialamt der eigenen Kommune führt, um definieren zu können, wer für die Leistungen bezogen auf einen solchen Jugendlichen im Grenzbereich aufzukommen hat. Teure Begutachtungen durch Jugendpsychiater sind dazu eine völlig überflüssige Investition.

Somit geht es Behinderten gelegentlich so wie in den Illusionszeichnungen von Daischer Escher: Was unten als drei Säulen anfängt, verdichtet sich oben eventuell zu

3 Mögliche Auswirkungen auf das weitere Leben.



Abb. 2: Quelle: www.daischerja.ch/illusionentext.htm (Homepage der Fa. Waldner Optik)

nur zwei Säulen, die ein Kapitel-Dach tragen. Wird also die Zuständigkeit unklarer oder umdefiniert, sind gelegentlich die Jugendlichen mit den SGB VIII »gleicher« als Jugendliche mit dem SGB XII.

All diese Erfahrungen und Erkenntnisse haben die Expertenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts dazu gebracht, der Bundesregierung die »große Lösung« für die Eingliederung behinderter Kinder und Jugendlicher unter Zusammenführung der Leistungen aus Jugend- und Sozialhilfe anzustreben. Eine entsprechende Empfehlung ist am 27.10.2010 auch vom Familienausschuss des Bundestages als Pressemeldung rausgegangen. Allein die Umsetzung bereitet den Experten, vor allem den Finanzexperten auf Bundes- und Landesebene, großes Kopfzerbrechen, wie auch die Ausführungen des Bonner Bürgermeisters auf dieser Tagung deutlich erhellen konnten.

Mit diesen Ausführungen sind die möglichen Finanzierungen von Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche noch längst nicht erschöpft. Auch aus dem Opferentschädigungsgesetz – das ausnahmsweise noch keinem der existierenden Sozialgesetzbücher zugeschlagen werden konnte, da es quasi quer zu allen liegt – werden sowohl psychotherapeutische als auch pädagogische als auch Jugendhilfeleistungen finanziert, so weit Schädigungsfolgen anerkannt sind. Die Arbeitsanbahnung aus dem SGB II und III leistet sowohl pädagogische als auch rehabilitative Maßnahmen, ambulant und stationär. Leistungen der Arbeitsanbahnung sind wiederum ausgeschlossen, sofern Leistungen der Krankenhilfe oder der medizinischen Rehabilitation erfolgen. Logisch? Mit Sicherheit nicht.

Die Rentenversicherungen leisten über das Konstrukt der Kinderkuren im SGB VI multiple psychotherapeutische, teils psychiatrische Hilfen. Dies geschieht in einem Volumen, das die Hälfte der vollstationären Fälle der Kinder- und Jugend-

psychiatrie für ebenfalls psychiatrische Diagnosen umfasst, wenngleich diese von leichterer Ausprägung sein mögen. Auch hier stehen die Systeme unverbunden nebeneinander da, und das System der Kinderrehabilitation, jetzt durch Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)-Richtlinien auch auf Nachhaltigkeit ausgelegt, hat wiederum aus eigener Kraft die Lücke zu Anschlussmaßnahmen im SGB V zu schließen.

Ein weiterer großer und wichtiger Bereich für Kinder und Jugendliche stellt sich im Bildungswesen mit den multiplen Förder- und anderen Maßnahmen dar, die wiederum aus dem SGB völlig herausfallen und in einer anderen Hoheit befindlich sind, sodass vor Ort in der Zusammenarbeit erhebliche Definitionsunterschiede, sprachliche Verwirrungen, datenschutzrechtliche Fragen zu überbrücken sind, will man denn zu einer gemeinsamen Ansicht auf die Problemlagen eines einzelnen Kindes oder Jugendlichen kommen. Von daher stellt sich aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht die Frage, ob die »große Lösung« wirklich eine große Lösung ist oder ob sie nicht eine eigentlich kleine Lösung vor dem unüberschaubaren Wald verschiedener deutschbürokratischer sozialrechtlicher Regelungen darstellt.

Schwierig im Einzelfall gestaltet sich nämlich auch, dass manche Säulen nacheinander besucht werden müssen, wie bei vielen unserer psychiatrischen Patienten mit Psychosen oder Suchtstörungen. Diese werden von Institution zu Institution und von Sozialgesetzbuch zu Sozialgesetzbuch weiter prozessiert, etwa vom akuten Krankenhaus in die medizinische Rehabilitation, in die Jugendhilfe und in den Kontext von Ausbildung oder Schule. Auch hier macht sich die Unverbundenheit der Säulen der Sozialgesetzbücher in der Unverbundenheit der helfenden Institutionen stark bemerkbar.

Grundsatz 7: Mischfinanzierung muss möglich sein

Nun könnte man auf die Idee kommen, bildlich die zwölf Säulen etwas zu stauchen, einander von der Basis her etwas näher zu bringen und durch ein Dach zu verbinden. Alternativ könnte man die Säulen auch gleich quer stapeln und ein neues solides Gebäude daraus errichten. Der Versuch eines solchen Unterfangens ist im SGB IX theoretisch gut gelungen, jedoch nur für die Frühförderung, und auch hier bisher nicht einmal flächendeckend definitorisch umgesetzt. Was für die Frühförderung einigermaßen gelungen, ist für andere Bereiche der Psychiatrie bisher noch visionär. Prof. Fegert und ich haben in einem Aufsatz in »Das Jugendamt« (Fegert und Schepker 2009) sozialrechtlich dargelegt, dass für jugendliche Suchtkranke im Sozialgesetzbuch alle subsidiär sind, d. h. es sind alle oder keiner zuständig. Wir haben daher in der Einrichtung JUST (Jugend Sucht Therapie) in Baden-Württemberg den Versuch unternommen, zur Langzeitrehabilitation von jugendlichen Suchterkrankten, Hilfen aus vier Sozialgesetzbüchern aus einer Hand unter einem Dach zu erbringen, finanziert durch eine Mischfinanzierung von 60 % Jugendhilfe, 20 % Krankenkassenleistung und 20 % Leistung der Rentenversicherung. Berührt werden Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern V, VI und VIII sowie dem Bereich Schule und Arbeit,

wenngleich die Integration des Arbeitsbereiches über die Sozialgesetzbücher II und III noch utopisch ist. In der praktischen Arbeit war festzustellen, dass trotz der Versäulung der Sozialgesetzbücher Leistungserbringer sehr ähnliche Ziele verfolgen. Alle Leistungserbringer sind bei den jugendlichen Suchtpatienten interessiert an der Zielerfüllung hinsichtlich Alltagskompetenz, Delinquenz, Freizeitgestaltung, Körperhygiene, Umgang mit Geld und Eigentum, Drogenfreiheit, psychosozialer Kompetenz, Arbeitsfähigkeit und sozialer Reintegration. Hier gibt es lediglich unterschiedliche Gewichtungen. Auf die Zielerreichungsoption des sogenannten JUST-Sterns konnten sich jedoch alle Leistungsträger im Beirat der Einrichtung gut verständigen (siehe Schepker et al. 2009). Jedoch gibt es auch absurde negative Erfahrungen aus der konkreten Arbeit in diesem Projekt. Diese resultieren daraus, dass nach wie vor jeder Finanzgeber nach den Gesetzmäßigkeiten des eigenen Sozialgesetzbuches handelt, möglicherweise auch gezwungen ist, zu handeln. Dabei bleibt die JUST-Vereinbarung unter den juristischen Möglichkeiten des individuellen trägerübergreifenden Budgets nach SGB IX, wo ein Entscheider für alle anderen Kosten- und Leistungsträger mit entscheidet und die Federführung hat. Da dieses nach der JUST-Projektvereinbarung nicht der Fall ist, geschieht zum Beispiel Folgendes: Die Jugendhilfe verlängert über die Jugendhilfeplanung eine Maßnahme, der beigezogene medizinische Dienst der Krankenkasse lehnt diese Verlängerung jedoch ab, und JUST ist aufgefordert, diesen Knoten wieder aus eigener Kraft zu entwirren. Oder eine andere Problemlage: Die Deutsche Rentenversicherung entfällt als Leistungsträger, wenn die Eltern verstorben sind.

Erstanträge an drei Leistungsträger dauern – hält man sich in allen Punkten an die Vorgaben der Projektvereinbarung – im Durchschnitt länger als der Aufenthalt in der qualifizierten Entzugsbehandlung von neun Wochen nach Motivationsphase und Antragstellung. Das hat bedeutet, dass in einem der engen Definition der Projektvereinbarung folgenden Vorgehen zwischen der vorbereitenden und motivierenden Entzugs- und psychiatrischen Behandlung eine Lücke bis vor Antritt der medizinischen Rehabilitation entstanden ist. Wir haben dies mittlerweile durch viel eigene Aktivität des Leistungserbringers zu kompensieren versucht, haben jedoch erfahren müssen, wie schwierig das ist. Auch für Suchtkranke trifft somit das Illusionsbild zu: Für Suchtkranke stellt das Verschwimmen von drei in zwei Säulen mitnichten einen psychedelischen Effekt dar, sondern basiert auf Realerfahrungen.

Somit ist noch viel politische Architektur an den SGB-Säulen erforderlich, bevor diese zu einem Ganzen integriert eine sinnvolle Hilfeleistung und gute Finanzierung für alle Hilfen für alle Kinder darstellen können. Erst dann ist das Märchen vom dicken König Matti an einem positiven Ende angelangt, erst dann können im Wald unserer Sozialgesetzbücher echte Wunderblumen gedeihen.

Literatur

Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (2009): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2010): Copyright für die Deutschen Kodierrichtlinien: Deutsche Codierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych). Allgemeine Codierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Im Auftrag der Selbstverwaltung nach § 17 d KHG. Version 2010 vom 13.1.2010.

Kunze, H./Kaltenbach, L./Kupfer, K. (Hg.)(2010): Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis (6. aktualisierte Auflage), Kohlhammer.

Mordhorst, U./Biber,I.(2001): Der dicke König Matti und die Angst.

Fegert, J./Schepker, R. (2009): Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht 82, 60–67.

Remschmidt, H./Mattejat, F. (2006): Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 34, 455–464.

Schepker, R./Nützel, J. et al.(2009): Abschlussbericht an den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS).

Sheidow, A. J./Bradford, W. D./Henggeler, S. W./Rowland, M. D./Halliday-Boykins, C./Schoenwald, S. K./Ward, D. M. (2004): Treatment costs for youths receiving multisystemic therapy or hospitalization after a psychiatric crisis.

Anforderungen an ein seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen aus Sicht des Kinderschutzbundes

Heinz Hilgers

Vielen Dank für die Gelegenheit, auf dieser sehr umfangreichen Tagung über das seelisch gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen aus Sicht des Deutschen Kinderschutzbundes sprechen zu können.

Der Deutsche Kinderschutzbund setzt sich in seiner politischen Lobbyarbeit, aber auch in seiner praktischen Arbeit in über 430 Ortsverbänden für den Schutz von Kindern vor physischer und psychischer Gewalt ein. Als Lobby für Kinder in Deutschland wollen wir, dass Kinder und Jugendliche gut und sicher aufwachsen. Damit dies gelingt, stärkt und unterstützt der Deutsche Kinderschutzbund Kinder, Jugendliche und ihre Familien durch praktische Angebote vor Ort. Ein wichtiger Aspekt dabei ist seelisch gesundes Aufwachsen.

Definition seelisch gesundes Aufwachsen

Unter seelisch gesundem Aufwachsen verstehen wir:

- dass die Seele/Psyche in Kindheit und Jugend keine Schäden davonträgt;
- dass Kinder und Jugendliche dazu befähigt werden, die alters- und entwicklungsmäßig anstehenden Anforderungen des Lebens anzunehmen, zu bewältigen und ihr Leben aktiv zu gestalten, die Fähigkeit zur Lebensgestaltung und -bewältigung entwickeln;
- dass Kinder auf Ressourcen zurückgreifen können, um ihr Leben aktiv zu gestalten, wie z. B. ein gesundes Selbstwertgefühl, Handlungskompetenzen, ein soziales Netzwerk von Gleichaltrigen und Erwachsenen. Diese Ressourcen müssen bei den Kindern aufgebaut bzw. kontinuierlich gestärkt werden, um sie damit zur Lebensbewältigung zu befähigen.

Welche Rahmenbedingungen brauchen Kinder und Jugendliche für seelisch gesundes Aufwachsen? Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 definiert: »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht.«

Für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist die Befriedigung der physischen, wie auch der psychischen Grundbedürfnisse zentral:

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

- Strukturelle Ebene: Gesetzgebung, die seelisch gesundes Aufwachsen begünstigt (z. B. Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz, Berücksichtigung der kindlichen Perspektive in der Gesetzgebung), soziale Sicherheit durch Frieden, gesichertes Einkommen bzw. Ersatzleistungen, sichere Umwelt (Wohnverhältnisse, Verkehr, Freiflächen zum Spielen etc.), Integration.
- Institutionelle Ebene: Schulen und Kindertagesbetreuungsangebote, die sich an Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientieren (z. B. in Bezug auf Unterrichtsformen und individuelles Lernen), die gezielt Kinder zur Beteiligung befähigt sowie kindgerechte und kindorientierte Formen von Beteiligung praktiziert. Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe müssen ebenfalls qualitativ gut arbeiten.
- Familiär: Positive Atmosphäre in der Familie, Anleitung der Kinder durch Erziehende, sichere Bindung, Unterstützung der Selbstständigkeitsentwicklung, Schaffung von Freiräumen für Kinder, aber auch z. B. das Recht auf beide Elternteile, Möglichkeiten zur Entlastung und Unterstützung der Familie durch Betreuungs- und Beratungsangebote und das soziale Umfeld.
- Individuell: körperliche Gesundheit bzw. Unterstützung bei Krankheit und/oder Behinderung mit entsprechenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, positives Körpergefühl, soziale Teilhabe (Freundschaften pflegen, Hobbys und Interessen verfolgen).

Hervorzuheben ist vor allem der Beteiligungsaspekt! Einflussmöglichkeiten auf die Bedingungen der eigenen Gesundheit müssen für Erwachsene und Kinder erhöht werden. Die verschiedenen Faktoren/Rahmenbedingungen stehen in wechselseitigen Beziehungen zueinander. Risikofaktoren dagegen sind z. B. Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung eines Elternteils, vernachlässigendes Familienmilieu, Einsamkeit/Überforderung der Eltern etc.

Derzeitige Situation

Seelisch gesundes Aufwachsen wird bislang noch zu wenig beachtet, es ist noch zu selten ein Kriterium, an dem sich Handeln orientiert. Der Gesundheitsaspekt wird hauptsächlich auf körperliche Gesundheit beschränkt, er muss zu einem allumfassenden Verständnis von Gesundheit werden.

So wurden in den Hartz-IV-Kinderregelsätzen bislang keine Mittel zur sozialen und kulturellen Teilhabe von Kindern und Jugendlichen eingeschlossen. Bislang wurden Aspekte wie Bildung, Entwicklung und Teilhabe nicht berücksichtigt, der Kinderregelsatz war nur am körperlichen »Überleben« orientiert.

Durch die Neuregelung, die das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom Februar 2010 angeordnet hat, und die zum 1. Januar 2011 verwirklicht werden muss, wird zwar ein Bildungspaket für Kinder und Jugendliche angestrebt.

Der Deutsche Kinderschutzbund bestreitet allerdings, dass dieses Bildungspaket an der psychischen Gesundheit von Kindern orientiert ist. Unserer Auffassung nach ist die Neuregelung der Kinderregelsätze neben anderen Mängeln nicht ausreichend, um die psychischen und physischen Grundbedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu befriedigen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind oft an ökonomischen Bedürfnislagen orientiert bzw. an politisches Kalkül geknüpft, z. B. führt die kurze Finanzierungsdauer von Projekten zu häufigem Personalwechsel z. B. in Jugendclubs oder -projekten. Das Ergebnis ist, dass keine festen, sicheren Bindungen aufgebaut werden können, die einen Schutzfaktor für seelisch gesundes Aufwachsen darstellen würden (Resilienz). Die Prioritäten müssen dringend überdacht werden.

Was tut der Deutsche Kinderschutzbund (DKSB)?

Der Gesundheitszustand ist das Produkt von Risiko- und Schutzfaktoren, der DKSB setzt hier an und versucht, Risikofaktoren abzubauen (Prävention) und Schutzfaktoren zu stärken (Gesundheitsförderung); und zwar auf allen Ebenen.

Das seelisch gesunde Aufwachsen wird als Ziel innerhalb der drei Kernbereiche des DKSB – Gewaltprävention, Armut und Kinderrechte – angestrebt.

Die Lebensraumorientierung des DKSB: Wo werden Kinder erreicht? Hauptsächlich in Familie, Schule und Kita. Deshalb finden unsere Angebote und Projekte dort statt: Familie: »Starke Eltern – Starke Kinder®« (SESK)«, Schule: »Hackedicht« und »Ich schaff's«.

Kinderrechte

Die Kinderrechte orientieren sich an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen. Der Deutsche Kinderschutzbund setzt sich für die Umsetzung der Kinderrechte in Deutschland ein und fordert die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz. So wollen wir die Position der Kinder stärken und ein klares Signal an Staat und Gesellschaft senden, das Wohlergehen der Kinder als Kernaufgabe anzusehen.

Die Kinderrechte, die die psychischen und physischen Bedürfnisse der Kinder sichern, sind unter anderem:

- das Recht auf kindgerechte Entwicklung,
- das Recht auf gute Versorgung,
- das Recht auf Schutz vor seelischer und körperlicher Gewalt,
- das Recht auf Mitbestimmung.

Armut

In Deutschland leben über 2,5 Millionen Kinder in Einkommensarmut. Dies entspricht etwa 18,7 Prozent aller Personen unter 18 Jahren. Das Ausmaß der Kinderarmut hat sich hierbei in den vergangenen fünf Jahren nahezu verdoppelt. Das

Aufwachsen in Armut hat schwerwiegende Folgen: Neben der mangelnden soziokulturellen Teilhabe, schlechteren Bildungschancen und negativen Auswirkungen auf das Selbstbild und Selbstwertgefühl, haben arme Kinder auch eine schlechtere Gesundheit.

Kinderarmut zu bekämpfen ist daher im Hinblick auf seelisch gesundes Aufwachsen von großer Bedeutung. Der DKSB setzt sich für eine sozial gerechte, besteuerte Kindergrundsicherung von 502 Euro monatlich ein. Damit würden die Kinder und Familien gefördert, die die Unterstützung am dringendsten brauchen statt der Familien mit sehr hohem Einkommen, die vom momentanen Familienleistungsausgleich begünstigt werden.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung hat sich eingehend mit der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Dort wird ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen von Kindern in Armut und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hergestellt. Der Bericht fordert daher, für sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und ihre Familien einen niedrigschwelligen »Zugang zu allen Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen«.[1]

Dazu zählt der Bericht die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten wie gesundem Mittagessen in Ganztagseinrichtungen sowie an Sportvereinen und Ferienerholung.[2] Aufgabe der Angebote sollte sein, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu fördern, um den Folgen von Ausgrenzungs- und Mangelerfahrungen zu begegnen.[3] Der 13. Kinder- und Jugendbericht fordert auch, eine »breit angelegte und umfassende kommunale Infrastruktur zur frühen Förderung von Kindern und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter«[4] flächendeckend auf- und auszubauen.

Gewaltprävention

Im Bereich Gewaltprävention setzt sich der Deutsche Kinderschutzbund besonders intensiv für ein psychisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ein. Denn Gewalt – egal in welcher Form – gegen Kinder und Jugendliche schwächt Kinder und Jugendliche in ihrem Selbstwertgefühl und erschwert so ein seelisch gesundes Aufwachsen.

Neben unserer langjährigen Beratungsarbeit im Bereich Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt in über 430 Orts- und Kreisverbänden bieten wir seit 15 Jahren unsere Elternkurse »Starke Eltern – Starke Kinder®« flächendeckend in ganz Deutschland an. Seit mehr als zehn Jahren bilden wir pädagogische Fach-

1 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Berlin 2009, S. 253

2 Ebd..

3 Ebd..

4 BMFSJ (Hg.): 13. Kinder- und Jugendbericht, S. 262.

kräfte in diesem Konzept aus. Die Wirksamkeit psycho-edukativer Maßnahmen zur Verbesserung der Erziehungskompetenz ist vielfach belegt worden. Auch die fortlaufende, fundierte Weiterqualifizierung von Fachkräften, die mit Eltern, Kindern und Jugendlichen arbeiten, gehört seit vielen Jahren zum Kompetenzbereich des DKSB.

Begleitmaterial Psychische Gesundheit »Starke Eltern – Starke Kinder®« (SE-SK)

Da Gewalt gegen Kinder meist aus dem familiären Umfeld kommt, unterstützen die Elternkurse »Starke Eltern – Starke Kinder®« Eltern dabei, Wege in eine gewaltfreie Erziehung zu finden. Durch eine positive Sichtweise auf Kinder und die Elternrolle wird die psychische/seelische Gesundheit von Kindern gefördert. Kompetente Eltern sind ein wichtiger Faktor für gesundes Aufwachsen von Kindern, denn viele gesundheitliche Störungen haben ihren Ausgangspunkt in der Beziehung zu den Eltern.

Deshalb entwickelt der DKSB zu seinem erfolgreichen Elternkurskonzept SE-SK ein spezielles Begleitmaterial, welches explizit den Aspekt des psychisch gesunden Aufwachsens bzw. der psychischen Gesundheit in den Mittelpunkt stellt.

Dieses spezielle Begleitmaterial qualifiziert und sensibilisiert Kursleiter im Rahmen der Elternkurse insbesondere für die Achtung der Wirkfaktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Damit werden sie besser in der Lage sein, Hinweise und Gefährdungsmomente in ihrer Arbeit mit den Eltern wahrzunehmen und entsprechend zu intervenieren.

In den Elternkursen SE-SK werden die Kompetenzen und Ressourcen der Eltern aktiviert. Eltern werden ermutigt, ihre eigene Erziehung zu reflektieren und positive Elemente dazu zu benutzen, für sich selbst und ihre Kinder einen Weg ohne körperliche Bestrafungen und seelische Verletzungen zu finden. Die Elternkurse sollen eine Erziehungshaltung fördern, die psychische und physische Gesundheit der Kinder in den Vordergrund stellt.

Die Kurse sind mehrfach evaluiert: Die bisher vorliegenden Evaluationen belegen eindeutig, dass das Selbstwirksamkeitserleben der Eltern nach der Teilnahme an den Kursen signifikant erhöht ist. Eltern fühlen sich weniger hilflos, besser informiert und kompetenter in Bezug auf ihre Problemlösungsfertigkeiten. Hinsichtlich ihrer Handlungskompetenzen lässt sich eine Abnahme entwicklungshemmenden Erziehungsverhaltens nachweisen.

Komplementär nimmt ein die Entwicklung förderndes Verhalten zu. Eltern haben mehr Toleranz und Geduld, verbringen mehr Zeit mit den Kindern und zeigen gleichzeitig konsequenteres Verhalten. Die Kinder stellen positive Veränderungen im Verhalten ihrer Eltern fest und zeigen selbst seltener problematisches Verhalten im Umgang mit ihren Peers.

Das Qualifizierungsprojekt soll Trainer und Elternkursleiter u. a. bei der Beantwortung folgender Fragen helfen: »Wann können Eltern in der Regel damit rechnen, dass ihre Kinder sich zu selbstbewussten, emotional stabilen, sozial kompetenten, selbstverantwortlichen, leistungsfähigen und psychisch gesunden Personen entwi-

ckeln? Welche Methoden und Erziehungspraktiken sind dabei hilfreich? Worauf gilt es zu achten?«

Der Deutsche Kinderschutzbund möchte einen Beitrag zur Weiterqualifizierung von Fachkräften, den Elternkursleitern, leisten, damit diese in ihrer Arbeit mit Eltern und in den Elternkursen sensibler und zielgerichteter auf die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen achten. Ihnen sollen Kompetenzen vermittelt werden, um einschätzen zu können, ob die für eine psychisch gesunde Entwicklung notwendigen Ressourcen bei Kindern und Eltern ausreichend aktiviert sind.

Weiter sollen ihnen Möglichkeiten zur Intervention und Weiterverweisung bei auftauchenden oder bereits manifesten Problemen aufgezeigt werden. Hierzu sollen Zusatzmaterialien in Form eines Handbuchs für das Fachpersonal erstellt werden, die die wichtigsten Erkenntnisse der pädagogischen, psychologischen, soziologischen, medizinischen und neurobiologischen Forschung der letzten Jahre aufgreifen und entsprechende Konzepte berücksichtigen. Außerdem soll die Möglichkeit zur stärkeren Akzentuierung der Aspekte der psychischen Gesundheit in den theoretischen Einleitungen der einzelnen Kapitel in der Konzeption des Elternkurses überprüft und ggf. umgesetzt werden. Für eine anwendungsbezogene, am Alltag der Eltern orientierte Vermittlung und Handhabung des Handbuchs soll ein Fortbildungskonzept für zertifizierte Kursleiter und Multiplikatoren erstellt werden.

Die Elternkurse des Deutschen Kinderschutzbundes »Starke Eltern – Starke Kinder®« sind für die Verbreitung des Wissens über die Förderung der psychischen Gesundheit ein geeignetes Angebot. Die Kurse sind die bundesweit am weitesten verbreiteten. Sie werden von unterschiedlichsten Trägern in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Elternbildung, in den Familienzentren und Kindertageseinrichtungen, in Schulen, von Freien Trägern sowie von Kirchen oder Moscheen angeboten. Dadurch erreichen die Kurse »fast« alle Eltern, »bildungsinteressierte« und »bildungsferne« genauso wie Migranteneltern. Die günstigen, bzw. mancherorts gar nicht erhobenen Teilnahmebeiträge erleichtern den Zugang für alle.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass wir noch mehr für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tun müssen. Die Ursachen und Risikofaktoren sind bekannt, es ist nun dringend Zeit für ein entschiedenes Einschreiten.

Der Deutsche Kinderschutzbund wird in seinen Angeboten und Projekten auch weiterhin viel Wert darauf legen, Kinder und Jugendliche zu befähigen, die Anforderungen des Lebens zu bewältigen und ihr Leben aktiv gestalten zu können.

Lebensfeldbezogene Hilfen im Sozialraum

Johannes Groppe

Das Institut für Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung der Universität Duisburg-Essen hat in langjähriger wissenschaftsgestützter Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Arbeitsfeldern von Stadtteilentwicklung und sozialer Arbeit das Fachkonzept Sozialraumorientierung entwickelt. Seit etwa 15 Jahren unterstützt das Institut die Implementierung dieses Fachkonzepts in der Jugendhilfe durch Organisationsberatung, Personalqualifizierung und Evaluation in zahlreichen Kommunen. Wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Umsetzung des Fachkonzepts ist hier, dass gleichermaßen das Fachkonzept unterstützende organisatorische Voraussetzungen geschaffen, Finanzierungsinstrumente eingeführt und die für die Umsetzung in der Fachpraxis notwendigen professionellen Kompetenzen durch Qualifizierung und Fachsteuerung entwickelt und gefördert werden.

In diesem Vortrag möchte ich mich auf die praktische Umsetzung des Fachkonzepts beziehen.

Zahlreiche Studien sagen aus, dass besonders die Menschen, über deren Unterstützung wir uns in den letzten Tagen Gedanken gemacht haben, wesentliche Teile ihres Alltags im Nahraum gestalten und dieser für die Lebensgestaltung und für ein gelingendes Aufwachsen zentral ist. Für eine eigenständige Lebensführung sind die Menschen, mit denen wir arbeiten, auf (passende) Ressourcen im Nahraum angewiesen, der Mangel an und der fehlende Zugang zu Ressourcen ist hier häufig Auslöser oder Verstärker individueller Probleme oder verhindert deren Lösung.

In den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der sozialen Arbeit und den benachbarten Bereichen psychotherapeutischer und sozialmedizinischer Arbeit wird in konzeptionell durchaus entwickelter Form seit vielen Jahren in zahlreichen Projekten der soziale Nahraum in Augenschein genommen und sozialraumorientiert gearbeitet. Diese Projekte waren jedoch eher die Ausnahmen in einer ansonsten fast ausschließlich einzelfallorientierten Sozialen Arbeit. Indes wird seit einigen Jahren der Begriff »Sozialraumorientierung« als attraktive Etikette für eine im Kern unveränderte Einzelfallarbeit vermarktet. Hier bieten einzelne organisatorische Änderungen (»wir sind jetzt nicht mehr nach Buchstaben, sondern nach Bezirken organisiert«, »wir überlegen unsere Dienststelle in den Stadtteil zu verlegen« u. Ä.) genügend Legitimation, sich mit den Federn des wehrlosen Begriffs »Sozialraumorientierung« zu schmücken.

Das Fachkonzept Sozialraumorientierung versteht sich als eine umfassende Strategie sozialer Arbeit, das sich auch auf den sozialen Raum bezieht, aber insbesondere eine deutlich andere Herangehensweise an die Einzelfallorientierte soziale Arbeit fordert. Durch diese geänderte Form der Fallarbeit wird eine bereichernde Verbindung von Fallarbeit und Feldarbeit ermöglicht. So ist dieses Fachkonzept in allen Arbeitsfeldern sozialer Arbeit anwendbar, ob es nun in der Bewährungshilfe ist, sei es in der Seniorenarbeit, der Jugendhilfe, der Wohnungslosenhilfe, der Eingliederungshilfe usf.

Im Folgenden möchte ich ausführen, wie eine Umsetzung in der Praxis aussehen kann. Anschließend möchte ich noch einige Hinweise zur Steuerung sozialraumorientierter sozialer Arbeit geben.

Im Wesentlichen erfolgt sozialraumorientierte Arbeit auf *drei Ebenen*:

Die erste Ebene ist die *fallspezifische Arbeit*. Damit sind Tätigkeiten gemeint, die sich unmittelbar auf einen als Fall (dieser unschöne Begriff lässt sich angesichts der Gebräuchlichkeit in der Verwaltungspraxis nicht vermeiden) identifizierten Menschen oder eine Gruppe beziehen, sei dieser Fall nun im Rahmen eines geordneten Hilfeplanverfahrens entstanden, im Zuge einer aufsuchenden Arbeit oder während einer Tätigkeit in einer Einrichtung. Fallspezifische Arbeit steht seit jeher im Zentrum der psychosozialen Arbeit und ein großer Teil des sozialarbeiterischen Methodenarsenals, oft aus dem klinischen Bereich, bezieht sich auf dieses Segment der Arbeit.

Die Aufgabe der sozialen Arbeit besteht hier darin, Menschen zu unterstützten, unter schwierigen Bedingungen ihr Leben nach ihren Vorstellungen zu gestalten bzw. zu verändern. Unter Berücksichtigung von Ansätzen aus der Gemeinwesenarbeit, der humanistischen Psychologie sowie erziehungskritischer Konzepte ist *der Wille* die wesentliche Kraft- und Energiequelle für Entwicklung und Veränderung und Ausgangspunkt der Unterstützungsarbeit. Die Herausforderung an die Professionellen besteht nun darin, diesen (häufig verborgenen, manchmal den Vorstellungen der Professionellen widersprechenden)Willen herauszuarbeiten, konkrete Handlungsschritte und Ziele zu entwickeln und auf dieser Grundlage eine passgenaue Unterstützung zu vereinbaren. Bei der Unterstützung der Veränderungsprozesse wird dann vorrangig auf die Stärken und Ressourcen der Person und des Umfelds zurückgegriffen. Diese Haltung grenzt sich ab von eher diagnostisch orientierten Vorgehensweisen im Sinne von: »Wir finden heraus, was für Sie wichtig ist und wo Sie sich verändern sollten und wir wissen, was für Sie das richtige ist.« Das führt dazu, dass die Hilfesuchenden dann entweder die Verantwortung an das Hilfesystem (»dann macht ihr mal«) abgeben oder sich zurückziehen. Deshalb schauen wir auf den Willen als eigenaktive Kraftquelle im deutlichen Unterschied zum Wunsch, der sich nach außen richtet und eher auf die Aktivität oder Veränderung anderer zielt.

Die zweite Ebene ist die *fallspezifische Ressourcenmobilisierung*. Damit sind Aktivitäten gemeint, die zwar vom bezuschussten Symptomträger ausgehen, sich jedoch darüber hinaus darauf richten, außerhalb des identifizierten Falles für ihn nutzbare Ressourcen zu mobilisieren. Aus der Verwandtschaft, aus der Nachbarschaft, von Freunden oder aus Vereinen. Dabei handelt es sich in der Regel um Netzwerke, in die der betroffene Mensch oder die Familie eingebunden ist. Es kann auch um die gezielte Bündelung von materiellen und strukturellen Ressourcen außerhalb der engen Lebenswelt der Adressaten gehen. Die Frage ist also immer bei der fallspezifischen Ressourcenmobilisierung: »Wer kann dir bei deinem Vorhaben helfen?« Das kann die ältere Frau aus dem gleichen Haus sein, die sich zuverlässig um das Kind kümmert, wenn die alleinerziehende junge Mutter am Wochenende unterwegs ist oder morgens nicht aus dem Bett kommt. Das kann der Fußballtrainer sein, der auch bereit ist, schwierige Jugendliche in die Mannschaft aufzunehmen, das kann

die engagierte aufgeschlossene Frauenhilfe der Kirchengemeinde sein, die die Mutter in verschiedenen Aktivitäten mit einbezieht und so ermöglicht, dass sie neben dem belastenden Alltag auch entspannende aufbauende Erfahrungen macht, aber auch gleichzeitig Ansprechpartnerin bei akuten Problemen findet. Das kann der Autohändler sein, von dem jeder weiß, dass er Autos verschiebt, ständig Schwierigkeiten mit den Ordnungsbehörden hat und in seinen Umgangsformen nun überhaupt nicht den Vorstellungen des Bildungsbürgertums entspricht. Für den zwölfjährigen Jungen aus der Nachbarschaft ist er ein ganz wichtiger Ansprechpartner, da er sich dort das holen kann, was er zu Hause so nicht bekommt: Anerkennung, menschliche Zuneigung, einen zuverlässigen Ansprechpartner. Die gelegentliche Rückmeldung: »Damit du nicht da landest, wo ich gelandet bin, gehst du morgens zur Schule!«, wirkt auf die Motivation zum Schulbesuch voraussichtlich nachhaltiger als sozialpädagogische Motivationstrainings. Der Blick wird hier vorrangig darauf gerichtet, solche Ressourcen zu mobilisieren, die möglichst milieu- und lebensweltnah sind.

Die dritte Ebene ist die *fallunspezifische Arbeit*. Hier erschließt sich die Fachkraft Ressourcen in einem sozialen Raum, ohne schon zu wissen, ob diese Ressourcen für einen bestimmten Fall abgerufen werden. Hier geht es zunächst um das Aufspüren von lebensweltlichen Kapazitäten: den Sportverein, den Kleingartenverein, den lokalen Einzelhandel, die informellen Netzwerke. Diese in allen sozialen Räumen vorzufindenden Ressourcen repräsentieren einen wesentlichen durchaus konstruktiv funktionieren Teil eines sozialräumlichen Milieus und erbringen eine Vielzahl von Gestaltungsleistungen, ohne dass soziale Arbeit auch nur einen Finger dafür rühren muss. Sich hier auszukennen, gleichsam an die Energieströme eines Milieus angeschlossen zu sein und sie zudem noch durch die Akquisition externer Ressourcen zu unterstützten, macht eine von der sozialen Arbeit oft vernachlässigte Kategorie hochwertiger Arbeit aus. Hier geht es auch darum, als Fachkraft mitzubekommen, wie die Menschen, die unterstützt werden, ihr Wohnumfeld erleben, wie sie miteinander reden, wo sie sich bevorzugt aufhalten. Ebenso ist es wichtig für eine lebensweltbezogene Arbeit wahrzunehmen, wie – jenseits durchaus unverzichtbarer sozialstatistischer Daten – über den Ortsteil und die Institutionen geredet wird.

Unterstützend sind hier fachübergreifende regionale Teams, in denen die Fachkräfte gemeinsam Ressourcen erschließen und pflegen und sich gegenseitig unterstützen, diese jeweils fallspezifisch nutzbar zu machen.

Ein wesentlicher Teil der fallunspezifischen Arbeit besteht in dem gezielten Aufbau von solchen Ressourcen, die für die Fallarbeit genutzt werden können, frühzeitige Zugänge zum Hilfesystem schaffen oder im Vorfeld individuelle Unterstützung ersetzen. Das kann der Kiez-Treffpunkt sein, das Stadtteilbüro, der Mittagstisch für Kinder, die zugehende Kinderarbeit, die Sprechstunde des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) oder des Hilfeanbieters in der Kindertageseinrichtung, die wohnortnahe Gruppe von Pflegeangehörigen sind solche auf den Ressourcenaufbau gerichtete Aktivitäten.

Ein weiterer Bestandteil der fallunspezifischen Arbeit ist die Schaffung von verbindlichen und angemessenen Kooperationsstrukturen in der Fallarbeit (dass sich

fünf bis sechs soziale Dienste mit einer Familie beschäftigen, ist noch immer keine Seltenheit). Gleichermaßen muss auch die Kooperation relevanter Institutionen im Fokus der fallunspezifischen Arbeit stehen: Schule, Kita, Gesundheitsamt, usw. Aktuell steht die Zusammenarbeit von Sozialen Diensten und Schule im Blickpunkt der Fachdiskussion. Erfahrungen zeigen, dass durch den Aufbau verbindlicher Verfahren verhindert werden kann, dass einseitig die Sozialarbeiter Auftragsempfänger der Lehrer werden und so die Schule aus der Verantwortung im Umgang mit schwierigen Lebenslagen von Schülern entlassen wird.

Bei der Umsetzung des Fachkonzepts lassen sich die drei Ebenen (fallspezifische Arbeit, fallspezifische Ressourcenmobilisierung und fallunspezifische Arbeit) nicht voneinander trennen. Eine qualifizierte Arbeit mit Einzelnen ist ohne Ressourcenmobilisierung und fallunspezifische Arbeit nicht möglich. Auch die Forderung nach präventiver Arbeit und der angemessene Aufbau eines Hilfesystems, das frühzeitig Zugänge zur individuellen Unterstützung ermöglicht, lassen sich ohne fallunspezifische Arbeit nicht realisieren.

Bei der Implementierung des Fachkonzepts sind folgende strukturellen Weiterentwicklungen hilfreich:

- Das Entgeltsystem individueller Hilfen sieht die Finanzierung fallunspezifischer Arbeit nicht vor und unterstützt nicht die fallspezifische Ressourcenmobilisierung. Hier sind in zahlreichen Kommunen Finanzierungsinstrumente entwickelt worden, die sowohl den individuellen Leistungsanspruch sicherstellen, gleichzeitig aber auch die Umsetzung des Fachkonzepts möglich machen (regionale Budgets).
- Für die Umsetzung ist eine wesentlich engere Zusammenarbeit zwischen den Diensten, die die Hilfen einleiten (öffentlicher Träger) und denen, die die Hilfen durchführen (Hilfeanbieter) auf der Ebene der Fallarbeit und der fallunspezifischen Arbeit notwendig. Hier hat sich die Arbeit in Regionalteams bewährt, in denen das gemeinsame Vorgehen bei der Erschließung und dem Aufbau von Ressourcen abgesprochen wird und durch eine gezielte Form der Kollegialen Fallberatung eine ressourcenorientierte und passgenaue Hilfe vorbereitet wird. Für den Aufbau der Regionalteams sind vor allem seitens der Hilfeanbieter Organisationsveränderungen und andere Finanzierungsinstrumente (s. o.) unerlässlich, teambezogene Fortbildungen unterstützen den Aufbau eines notwendigen Fachverständnisses.
- Die Erfahrungen zeigen, dass neben der Fachsteuerung insbesondere die Arbeit der direkten Vorgesetzten für eine nachhaltige Umsetzung förderlich ist. Von einer für die Regionalteams zuständigen Leitung kann sowohl die Umsetzung der Standards bei der Fallbearbeitung als auch die dauerhafte Erschließung von Ressourcen im Umfeld unterstützt werden. Gleichzeitig kann die Leitungskraft bei Institutionen im Sozialraum (Kitas, Schulen, Senioreneinrichtungen usw.) auf der Leitungsebene die wesentlichen Vorbereitungen für eine Verfahrensgestützte Kooperation vorbereiten und die Finanzierung und Organisation gemeinsamer Projekte ermöglichen.
- Eine räumliche Präsenz im sozialen Raum ist unerlässlich. Der Zugang zu Ressourcen und der Aufbau von Bewohneraktivitäten können nur gelingen, wenn

die Fachkräfte vor Ort bekannt und erreichbar sind. Neben der Nutzung schon vorhandener Räumlichkeiten hat sich die Anmietung von Wohnungen oder leerstehenden Ladenlokale für die (gemeinsamen) Büros der Fachkräfte, und als Treffpunkt für Bewohneraktivitäten bewährt.

Weitere Informationen zum Fachkonzept und zur Umsetzung finden Sie in:

Früchtel, F./Budde, W./Cyprian, G. (2007): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Wiesbaden.

Groppe, J./Litges, G. (2009): Sozialräumliche Finanzierungsgrundlagen im Bereich der erzieherischen Hilfen (SGB VIII, §§ 27 ff.). In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Kruckenberg, P. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Bonn.

Hinte, W./Litges, G./Groppe, J. (2003): Sozialräumliche Finanzierungsmodelle. Berlin.

Hinte, W./Treeß, H. (2007): Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Weinheim und München.

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Übergänge Jugendlicher in Arbeit (und Ausbildung)

Einleitung und Fazit

Reinhard Peukert

Für psychisch kranke bzw. seelisch belastete Jugendliche ist der Zugang zu Ausbildung und Arbeit sehr erschwert, selbst bei abgeschlossener Schulausbildung mit zum Teil guten Noten.

Nach dem Kinder- und Jugendlichen Gesundheitssurvey KiGGS zeigen ca. 20 % aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten und ca. 6 % sind aktuell behandlungsbedürftig.

Sheldon (2002) hat psychische Auffälligkeit und Erkrankungen als einen der wesentlichen Risikofaktoren für Desintegration in Arbeit herausgestellt, und im Essener Projekt »SUPPORT25« zeigte sich: Unter den Jungen Arbeitslosen (16 –25 Jahre) sind ein hoher Anteil nie diagnostizierte psychische Störungen identifizierbar (siehe unten im Bericht Reissner et al. sowie in Rosien et al. 2008 und Lutz et al. 2008[1]).

Viele dieser Jugendlichen landen dann »im Rechtskreis des Sozialgesetzbuches (SGB) II« und erhalten Grundsicherung, zugleich zeigt »die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) ... die Probleme im Gefüge der unterschiedlichen Leistungsträger auf, aber auch, wie wenig hier Arbeitsintegration Ziel in der Rehabilitation junger Patienten ist«. (Kölch im Beitrag unten)

Die Tatsache der in höchstem Maße erschwerten Einmündung in Ausbildung und Arbeit einerseits durch die psychische Erkrankung und andererseits die »verbesserungswürdige« Zusammenarbeit an den vielfältigen Schnittstellen sowohl der Sozialgesetzte SGB II, SGB III und SGB VIII als auch der weiteren und häufig vorgelagerten Hilfesysteme Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe markieren den Rahmen für die vorgetragenen Projekte und Maßnahmen sowie die Diskussion mit den Teilnehmenden.

Fazit

Angesichts der wachsenden Problematik der Nicht-Einmündung des Personenkreises in Ausbildung und Arbeit, die Friktionen bei der Koordination bzw. dem Übergang zwischen den Sozialleistungsträgern sowie der mangelnden Beachtung dieses Problems in der Vergangenheit wurden die vorgestellten Aktivitäten der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des ehrgeizigen Projekts »Arbeitsbündnis Jugend und Beruf« (Beitrag Schmitz) sehr begrüßt: Der Versuch einer vernetzten Betreuung von Jugendlichen an den Schnittstellen SGB II, SGB III und SGB VIII, indem die Aktivitäten der Agenturen für Arbeit, der Grundsicherungsstellen und der Kommunen ganzheitlich und (über einen Kooperationsvertrag) verbindlich

1 Im Literaturverzeichnis Beitrag Kölch.

vernetzt werden sollen – wobei alle Beteiligten möglichst unter einem Dach konzentriert werden. Ergebnisse konnten nicht berichtet werden: Der Projektauftrag erfolgte nur einen Monat vor der Tagung.

Der Beitrag von Michael Kölsch machte deutlich, dass ggf. ein bedeutsamer Mitspieler in dem Modell nicht berücksichtigt wurde, nämlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Viele der angesprochenen Jugendlichen haben bereits eine »psychiatrische Vergangenheit«, und von den entsprechenden Institutionen ist Wissen über die Einschränkungen, aber auch die spezifischen Ressourcen der Jugendlichen abrufbar; außerdem könnten die Kompetenz zur Analyse der individuellen Einschränkungen und Ressourcen bei Neuanfragen abgerufen werden.

Diese Neuanfragen stehen im Zentrum des Projektes »SUPPORT25«: Die Fallmanager können unmittelbar auf die Leistungen einer psychiatrischen Liaison-Ambulanz im JobCenter selbst zurückgreifen, wenn sie einen Abklärungsbedarf erahnen. Die Nacherhebungen zeigen gute Effekte auf das Funktionsniveau sowie in arbeitsbezogenen Parametern (siehe den Beitrag von Reissner et al.).

In der Diskussion zwischen den Teilnehmenden und mit den Referenten waren die Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung der Einstiegschancen bzw. für die Übergänge von Jugendlichen (in Ausbildung und) Arbeit unstrittig:

- Es bedarf einer verbindlichen, vertraglich geregelten Kooperation der beteiligten Akteure,
- mit einem möglichst schwellenlosen Zugriff auf die Informationen und Kompetenzen der Mit-Akteure;
- In diesem Punkt stehen datenschutzrechtliche Klärungen auf der Tagesordnung und müssen schnell angegangen werden.
- Die vertragsgestützte verbindliche Kooperation der Akteure ist um die Sicherstellung einer träger- und phasenübergreifenden Begleitung des Jugendlichen zu ergänzen, um die Wechsel zwischen den Regelungskreisen der Sozialgesetze fallgerecht und flüssig zu gestalten einerseits, und um dem Jugendlichen gegenüber Kontinuität zu bewahren.
- Wünschenswert ist eine trägerübergreifende Hilfeplanung, in die die jeweiligen Perspektiven und Kompetenzen der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der JobCenter bzw. Grundsicherungsstellen Eingang finden. Diese Thematik wurde im Parallelsymposium III: »Steuerung durch kooperative Hilfeplanung« vertieft, siehe dort.
- Alle diese Bemühungen werden konterkariert von der Ausschreibungspraxis für spezifische arbeitsbezogene Unterstützungs- und Beschäftigungsangebote. Die bisherige Ausschreibungspraxis läuft einer zielorientierten Planung langfristiger und zugleich flexibler Angebote für die Jugendlichen, die über Einschätzung und Beratung hinausgehen, zuwider.

»Arbeitsbündnis Jugend und Beruf« – ein Projekt der Bundesagentur für Arbeit zur Verbesserung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen SGB II, SGB III und SGB VIII

Markus Schmitz

Jugendliche in der Grundsicherung

Im Rechtskreis des Sozialgesetzbuches (SGB) II wurden im September 2010 ca. 910 000 hilfebedürftige Jugendliche betreut. Davon waren 175 000 Jugendliche arbeitslos gemeldet.

Auffällig ist das niedrige Bildungsniveau der arbeitslosen Jugendlichen des Rechtskreises SGB II: 26 % haben keinen Schulabschluss und werden die Jugendlichen mit Hauptschulabschluss addiert, verfügen ca. 68 % der Jugendlichen im SGB II über eine tendenziell niedrigere Schulausbildung. Weiterhin haben 67 % der arbeitslosen 20 – 25-Jährigen keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Daneben sind arbeitslose Jugendliche in der Grundsicherung mit multiplen Herausforderungen konfrontiert: Circa 7 400 von ihnen leiden unter gesundheitlichen Einschränkungen, die sich auf die Vermittlung auswirken. Unter diesen gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen sind ca. 15 % mit psychischen Einschränkungen (diese gehen oftmals mit Suchtmittelmissbrauch einher).

Jugendliche im Rechtskreis des SGB II weisen darüber hinaus häufig multiple und komplexe Problemlagen auf, deren Bearbeitung Zeit, Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit sowie hohes Engagement erfordert.

Handlungsansätze der Sozialleistungsträger

Der Integrationsarbeit mit jungen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen misst das SGB II durch Paragraf 3 Absatz 2 eine hohe Bedeutung zu. Dementsprechend hat die Bundesagentur für Arbeit für 2010 den geschäftspolitischen Schwerpunkt formuliert, Jugendliche an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt heranzuführen. Umgesetzt wird dieses Ziel durch eine intensive Förderung jugendlicher erwerbsfähiger Hilfebedürftiger (ca. 50 % der zu aktivierenden Jugendlichen werden in Maßnahmen gefördert, z. B. durch niedrigschwellige Aktivierungs- und Stabilisierungsangebote), eine engmaschige Betreuung (Betreuungsschlüssel aktuell bei 1 : 68, Fallmanagement U25, häufige Einschaltung des ärztlichen und psychologischen Dienstes) und eine verbesserte Integrationsarbeit im Rahmen des »4-Phasen-Modells« für die Arbeits- und Ausbildungsvermittlung. Die Grundsicherungsträger legen dementsprechend einen Schwerpunkt ihrer Integrationsarbeit auf die Förderung Jugendlicher unter 25 Jahren.

Wenn junge Menschen im Kontext von Sucht, psychischen Auffälligkeiten, familiären Schwierigkeiten, problematischen sozialen Bindungen oder Orientierungslosigkeit hilfebedürftig werden, sind zunächst sozialpädagogische Betreuung und

Unterstützung erforderlich. Kommen Bildungsarmut, Schulmüdigkeit, fehlende Schulabschlüsse und Motivationsdefizite hinzu, sind persönliche Ansprechpartner und Fallmanager dringend gefordert, bei der Unterstützung dieser Jugendlichen weitere Kooperationspartner einzubeziehen. Paragraf 16 a SGB II ermöglicht zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung die Erbringung kommunaler Eingliederungsleistungen wie z. B. Schuldner- oder Suchtberatung oder psychosoziale Betreuung.

Darüber hinaus sind bei der Betreuung insbesondere von psychisch auffälligen Jugendlichen andere Sozialleistungsträger gefordert, wie das Jugendamt (SGB VIII), Rehabilitationsträger und die Krankenversicherung.

Häufig müssen erst in enger Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen die multiplen Handlungsbedarfe eines Jugendlichen bearbeitet werden, bevor eine nachhaltige soziale und berufliche Integration gelingen kann.

Zuständigkeiten und Schnittstellen

Die komplexen Unterstützungsbedarfe von sozial und individuell benachteiligten Jugendlichen erfordern ein Zusammenwirken von unterschiedlichen Hilfesystemen, um diesen Jugendlichen individuelle und passgenaue Hilfen anzubieten. Verantwortlich dafür sind nach dem SGB II, SGB III und SGB VIII unterschiedliche Sozialleistungsträger.

Die Gesetzbücher sehen auf der operativen Ebene unterschiedliche Handlungslogiken vor, greifen auf separate Finanzhaushalte zurück und lösen in der praktischen Umsetzung nicht selten Friktionen, Handlungsbrüche und unklare Zuständigkeiten aus. Jugendliche und ihre gesetzlichen Vertreter, aber auch Fachkräfte in der sozialen Arbeit und Mitarbeiter in den Verwaltungen finden sich im komplexen Zuständigkeitsmix zwischen den Sozialgesetzbüchern II, III und VIII mitunter nur mühsam zurecht. Es entstehen Betreuungslücken, die Hilfe kommt im ungünstigsten Fall nicht beim Jugendlichen an. Berichte der Prüfinstanzen belegen zusätzlich, dass die Zusammenarbeit bei der Betreuung Jugendlicher gerade an der Schnittstelle zum SGB VIII optimierungsbedürftig ist. Rückmeldungen aus Praxis und Wissenschaft zeigen, dass die Jugendhilfe mit Einführung des SGB II vielerorts ihre sozialpädagogischen Leistungen reduziert bzw. zum Teil sogar eingestellt hat. Damit besteht da Risiko, dass entweder die Grundsicherungsstellen diese Hilfen im Sinne des Paragrafen 13 Absatz 1 SGB VIII erbringen bzw. dass entsprechende Hilfen überhaupt nicht angeboten werden.

An der Schnittstelle zwischen SGB II und SGB III führt die Aufteilung von Berufsorientierung, Berufsberatung und Ausbildungsstellenvermittlung auf unterschiedliche lokale Akteure zu diversen Umsetzungsproblemen auf Kosten der betroffenen Jugendlichen und Integrationsfachkräfte. Infolge der Änderung des Paragrafen 16 SGB II stellt die Ausbildungsvermittlung seit dem 01.08.2006 eine Pflichtleistung der Grundsicherungsträger dar. Die Grundsicherungsträger haben die Möglichkeit, die Ausbildungsvermittlung gemäß Paragraf 16 Absatz 4 SGB II auf die Agenturen

für Arbeit zu übertragen. Entsprechende Vereinbarungen verringern zwar die Abstimmungsprobleme, heben sie aber nicht auf.

»Arbeitsbündnis Jugend und Beruf«

Zur Überwindung der aufgezeigten Schnittstellenprobleme, insbesondere zur Optimierung der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist die Weiterentwicklung und Verstetigung der Kooperation aller beteiligten Akteure dringend erforderlich. An einigen Standorten existieren bereits erfolgreiche Ansätze wie regelmäßige Jugendkonferenzen, Schnittstellenkonzepte und Anlaufstellen. Grundlagen für eine Kooperation an den Schnittstellen ergeben sich aus den einschlägigen Gesetzbüchern (§ 17 Abs. 1, § 18 Abs. 1 SGB II, § 9 Abs. 3, § 9a SGB III und § 81 SGB VIII).

Die Bundesagentur für Arbeit hat im Auftrag des BMAS diese guten Ansätze im Rahmen des Projekts »Arbeitsbündnis Jugend und Beruf« aufgegriffen. Zielsetzung ist, die über die Träger verteilten Ressourcen für die Arbeit mit Jugendlichen über die Brücke der Kooperation sinnvoll miteinander zu verknüpfen und für die Jugendlichen wirksam werden zu lassen. Mittelfristig soll dadurch die berufliche Integration junger Menschen in Ausbildung oder Arbeit gefördert und somit die Reduzierung der Jugendarbeitslosigkeit erreicht werden. In diesem Sinne soll das Projekt den Agenturen für Arbeit, Grundsicherungsstellen und Kommunen ein abgestimmtes und in der Praxis erprobtes Konzept zur ganzheitlichen und vernetzten Betreuung von Jugendlichen an den Schnittstellen SGB II, SGB III und SGB VIII zur Verfügung stellen. Ausgewählte Pilotstandorte werden zu »Leuchtturmprojekten« ausgebaut. An möglichst vielen Orten sollen in der Folge durch die Mobilisierung und Bündelung der jeweiligen Ressourcen sowie durch die räumliche Zusammenlegung der Kerninstitutionen entsprechende »Arbeitsbündnisse« entstehen. Im Verlaufe des Projekts werden »Arbeitskoffer« mit Modulen zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit vor Ort entwickelt. Dabei werden auch die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für einen sicheren und datenschutzkonformen Datentransfer zwischen den beteiligten Akteuren analysiert (Abb. 1).

Den Auftakt zur gemeinsamen Projektarbeit bildete ein Workshop im August 2010 mit sechs Standorten (Bielefeld, Darmstadt, Düsseldorf, Kyffhäuser Kreis, Nürnberg, Rhein-Hunsrück-Kreis), die bereits erfolgreich bei der Integrationsarbeit kooperieren. Dort werden die bisherigen Konzepte und Erfahrungen ausgetauscht, weiterentwickelt und ein »Arbeitskoffer« zu den vier Handlungsfeldern erarbeitet:

1. Transparenz über die zu betreuenden Jugendlichen und die Angebote bzw. Maßnahmen der Träger
2. Zielgerichteter und datenschutzkonformer Informations- und Datentransfer
3. Harmonisierung der Abläufe und Maßnahmen zwischen den beteiligten Trägern
4. »One-stop-government«, d. h. enge räumliche Zusammenarbeit (unter einem Dach)

Das Konzept wird im ersten Schritt »von der Praxis für die Praxis« erarbeitet – d. h. es wird auf den Erfahrungsschatz der Grundsicherungsstellen zurückgegriffen, in denen bereits eine intensive Kooperation gelebt wird. Bei allen einzubeziehenden

Bundesagentur für Arbeit

Eckpunkte lokaler Kooperationen

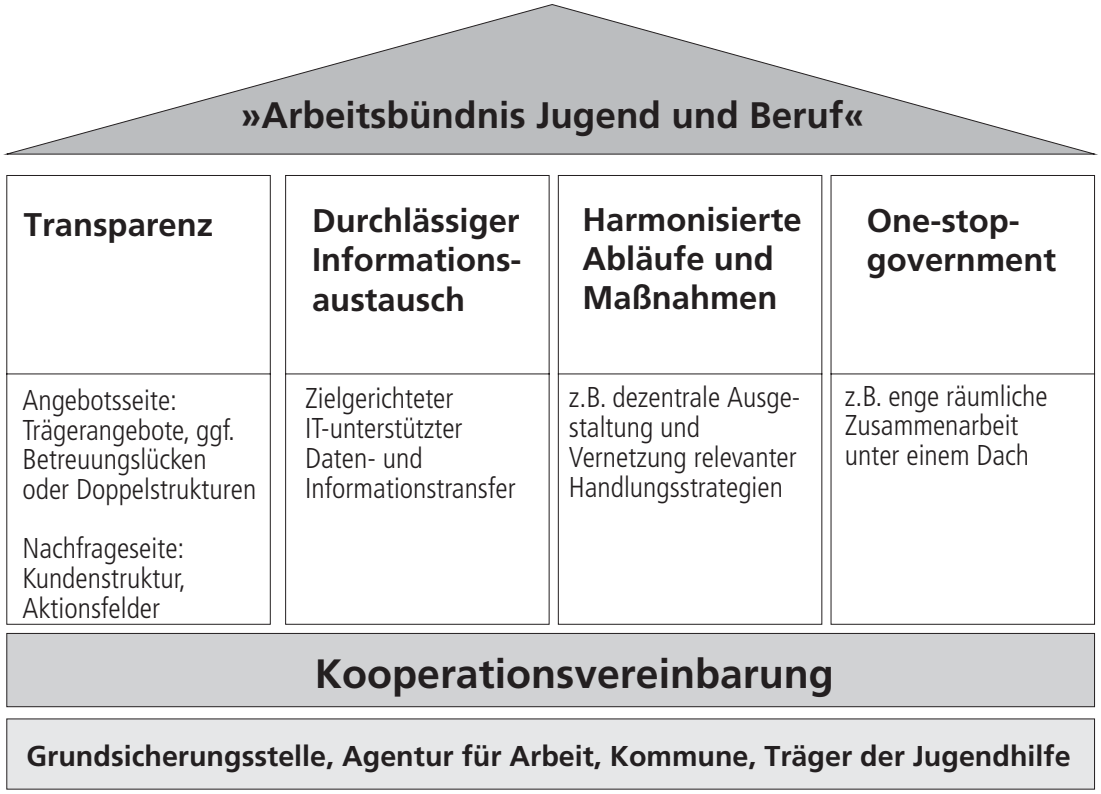


Abbildung 1

Grundsicherungsstellen wird eine Bestandsaufnahme zu Beginn, während und am Ende des Prozesses durchgeführt. Auf diese Weise wird ein Änderungsmonitoring an allen Standorten ermöglicht.

2011 werden 14 weitere Standorte in das Projekt einbezogen, in denen eine ausbaufähige Kooperation mit der Bereitschaft zur Weiterentwicklung vorhanden ist. Dort soll die Umsetzung des »Arbeitskoffers« erprobt werden. Der Transfer erfolgt in Form von Workshops und »Patenschaftslösungen«.

In einer dritten Stufe werden ab 2012 die Erfahrungen und Empfehlungen aus den Pilotstandorten mittels eines erweiterten »Arbeitskoffers« bundesweit allen interessierten Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt. Ziel ist es, den Dienststellen möglichst konkrete und praxisnahe Hilfe für die Verbesserung der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit bei der sozialen und beruflichen Integration Jugendlicher anzubieten.

Auswirkung auf die Betreuung benachteiligter Jugendlicher mit psychischen Einschränkungen

Vor einer erfolgreichen Integration in Ausbildung und Arbeit steht in vielen Fällen die Überwindung von individuellen und/oder sozialen Beeinträchtigungen. Dazu gehören bei Jugendlichen immer öfter auch psychosoziale Auffälligkeiten wie Ess-

störungen und Borderlinesyndrom, Suchtverhalten, hoher Alkoholkonsum oder Gewalterfahrungen. Diese Störungen haben im Allgemeinen eine Vorgeschichte, sie sind Ergebnis einer Entwicklung, die meist bereits in der frühesten Kindheit beginnt. Daher müssen Prävention und Behandlung bereits dann ansetzen, wenn bei jüngeren Kindern Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit festgestellt werden.

Dies geschieht häufig durch Kinder- und Jugendpsychiater/-therapeuten oder durch die Jugendhilfe. Die Grundsicherungsstellen erfahren meist erst viel später oder gar nicht von den psychischen Problemen des Jugendlichen. Umso wichtiger ist eine eng verzahnte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren, um eine nachhaltige Förderung dieser Zielgruppe zu erreichen. Kommunen und freie Träger finanzieren vor allem in den Städten Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen, die zu diesen Problemlagen gezielte Hilfen vorhalten. Je effizienter und verzahnter die Zusammenarbeit zwischen Kommune, Schule und Arbeitsverwaltung gestaltet ist, desto abgestimmter und wirkungsvoller kann den Jugendlichen geholfen werden. Gerade bei psychisch auffälligen oder kranken Jugendlichen ist es hilfreich, sie persönlich an die jeweils zuständige Beratungsstelle zu übergeben, damit sie nicht zwischen den Institutionen »verloren gehen« (Stichwort »Übergabe statt Abgabe«). Daher strebt das Projekt »Arbeitsbündnisse Jugend und Beruf« eine enge Vernetzung aller beteiligten Kooperationspartner an bis hin zu gemeinsamen Anlaufstellen unter einem Dach.

Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit zum SGB II – Risikofaktoren für Jugendarbeitslosigkeit

Michael Kölch

Vor dem Hintergrund der Arbeitsmarktsituation haben die von der 15. Shell-Jugendstudie (2006) gezeigten Sorgen und Ängste von Jugendlichen, keine adäquate Beschäftigung zu finden beziehungsweise einen Arbeitsplatz zu verlieren, durchaus reale Hintergründe. Der Einstieg in Arbeit ist für Jugendliche und junge Erwachsene heute generell schwierig. Selbst in wirtschaftlich eher günstigen Zeiten, waren bis zu ca. 1,2 Mio. Jugendliche unter 25 Jahren förder- oder hilfebedürftig, 900 000 erhielten Hilfe in Form von Maßnahmen nach SGB II, 300 000 Jugendliche Arbeitslosengeld I (Süddeutsche Zeitung vom 11.02.2009). Im Vergleich zu 3,4 Millionen Jugendlichen in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen bedeutet dies, dass ca. ein Viertel der Jugendlichen nicht problemlos in reguläre Arbeit integriert ist. Im Rahmen wirtschaftlicher Krisenzeiten sind Jugendliche verstärkt mit Problemen bei der Arbeitsintegration konfrontiert. Die Jugendarbeitslosigkeit liegt mit 10,3 % (November 2009, Eurostat 08.01.2010; 2008: 10,5 % Jugendarbeitslosenquote; 7,4 % Gesamtarbeitslosenquote, Eurostat 2009) im Verhältnis höher als der Anteil der Erwerbslosen in der Durchschnittsbevölkerung und sie steigt schneller als die Gesamtarbeitslosenquote, ein Phänomen, das zwar EU-weit beobachtbar ist, aber eben auch in Deutschland, wenngleich hierzulande die geringsten Anstiege europaweit festzustellen waren (von 10,2 % [2007] auf 10,5 % [2008]) (Bildungsspiegel vom 23.07.2009, Eurostat). Zwischen dem ersten Quartal 2008 und dem ersten Quartal 2009 stieg die Jugendarbeitslosenquote in der EU um 3,7 Prozentpunkte, während die Gesamtarbeitslosenquote um 1,5 Prozentpunkte zunahm.

Als Risikofaktoren für Jugendarbeitslosigkeit werden immer wieder Bildungsferne, bzw. ein niedriges Bildungsniveau, und fehlende qualifizierte Schulausbildung, Migration, soziale Schichtzugehörigkeit etc. benannt (Isengard 2009). Der Wandel in der Arbeitswelt, der zu einer erhöhten Bildungsintensität und zu einer sogenannten Tertiarisierung, also dem wachsenden Anteil von Dienstleistungsberufen führt, hat auch gerade Folgen für Kinder und Jugendliche mit geringem Bildungs- oder Leistungsniveau, oder mit Risikofaktoren wie Migration oder psychischer Auffälligkeit und Erkrankung (Sheldon 2002). Die Auswirkungen der Desintegration in Arbeit sind weitreichend, aber auf individueller Ebene beobachtbar, von transgenerationaler Weitergabe der Bildungsferne und Erwerbslosigkeit bis hin zu einer delinquenten Entwicklung (Dessecker 2007).

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Bekannt ist, dass im späteren Berufsleben psychische Störungen generell mit die führende Ursache für Frühberentungen und Arbeitsausfälle sind: Die Zahl der Frühberentungen, die auf psychische Ursachen zurückzuführen sind, hat sich seit 1985

verdreifacht (Riecher-Rössler 2005 und LÖGD 2006). Psychische Störungen stellen die häufigste Diagnose dar und haben zwischen 1994 und 2004 die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems als Hauptursache für die Frühberentung abgelöst (Rohm und Richter 2006). Die geschlechtspezifischen Unterschiede sind bisher nur unzureichend untersucht, jedoch sind sie nachweisbar hinsichtlich Alter und zugrunde liegender Diagnose für die Frühberentungen (Apfel und Riecher-Rössler 2005). Bisherige Untersuchungen belegen, dass bei einem großen Anteil dieser Frühberentungen im Vorfeld spezifische psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft und berufliche Reha-Maßnahmen kaum durchlaufen wurden (Schmid et al. 2009).

Die hohe Prävalenz psychischer Störungen und Auffälligkeiten bei Jugendlichen zeigt die Bedeutung des Problems psychischer Störungen und der Integration in Ausbildung: Nach dem Kinder- und Jugendlichen Gesundheitssurvey KiGGS zeigen ca. 20 % aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten, ca. 6 % sind manifest behandlungsbedürftig krank (Holling et al. 2007) . Dabei zeigt sich, dass es eine klare Schichtspezifität für psychische Erkrankung gibt: Kinder und Jugendliche, die Schichten mit niedrigerem sozioökonomischem Status angehören, sind gehäuft psychisch krank. Das Problem der transgenerationalen Bildungsferne ohne Aufstiegsfantasien und -chancen wurde in der Vergangenheit mehrfach thematisiert (siehe auch Köcher, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 16.12.2009). Es ist eine erwartbare Folge, ohne entsprechende Bildungsanstrengung der Betroffenen, aber auch ohne entsprechende spezifische Förderung durch die Gesellschaft eine transgenerationale Erwerbslosigkeit und perpetuierte Arbeitsmarktferne beobachten zu können. Bei psychisch kranken und auffälligen Jugendlichen ist zudem die transgenerationale Prädisposition für psychische Erkrankung, wie dies inzwischen wissenschaftlich gut belegt ist, ein weiterer Faktor, der spezifische Probleme für Bedarfsgemeinschaften generiert (Ramchandani und Psychogiou 2009). Am Beginn des Berufslebens sind Rehamaßnahmen oft nicht verfügbar und im eigentlichen Sinn auch nicht geeignet, da es um *erstmalige* Eingliederung geht und *nicht* um *Wiedereingliederung* oder Wiedererlangen eines vormaligen Zustands, sondern um das *erstmalige Erlangen* von *Kompetenzen*. Dafür sind individualisierte Analysen von Kompetenzen notwendig, die neben den Einschränkungen aufgrund der Störung die Ressourcen der Jugendlichen erfassen. Für psychisch kranke Jugendliche, die bisher nicht in Arbeit waren, stellen herkömmliche Rehabilitationsmaßnahmen kaum eine Alternative dar, da sie sowohl wenig verfügbar sind, wenig spezifische Angebote vorhalten und im Gefüge des Übergangs von SGB VIII und SGB V zu anderen Sozialleistungen eine koordinierte und konzertierter Hilfemaßnahme kaum erreicht wird. Eine Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (bisher nicht veröffentlicht) zeigt die Probleme im Gefüge der unterschiedlichen Leistungsträger auf, aber auch, wie wenig hier Arbeitsintegration Ziel in der Rehabilitation junger Patienten ist.

Krankheitsbedingte Probleme der Arbeitsintegration bei psychisch kranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Psychische Störungen bei Jugendlichen führen abstrakt formuliert zu Einschränkungen im Funktionsniveau und der Beschäftigungsfähigkeit auf drei Ebenen:

- auf der Ebene der Symptome,
- auf der beruflichen Ebene an sich,
- auf der Ebene der Behandlung.

Letztendlich ist es häufig weniger die Symptomebene an sich, sondern die Auswirkungen der Störung auf die Gesamtpersönlichkeit und die fehlenden »Skills« der Betroffenen, das, was in der kinder- und jugendpsychiatrischen Terminologie unter Achse V und VI des multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) kodiert wird, welche die Integration in Ausbildung und Berufe, also die Berufsfähigkeit, erschwert.

Gewisse Symptome oder Störungsbilder führen dazu, dass spezielle Berufsausbildungen per se auszuschließen sind; z. B. erlauben schizophrene Störungen meist kein hohes Stressniveau in Arbeitssituationen, Patienten mit einer ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind für Berufe mit hoher Anforderung an Sorgfalt und Konzentration wenig geeignet. Bereits vorgelagert vor der Frage der Berufswahl sind die aufgrund einer psychischen Störungen geminderten Qualifikationen: Schulabbrüche, kein oder ein niedriger Schulabschluss. Dies exkludiert von vorneherein die Möglichkeit, in bestimmte Ausbildungsgänge und Berufsfelder integriert zu werden. Das Essener Projekt »support 25« hat aufgezeigt, dass in der Gruppe der jungen Arbeitslosen viele ehemalige Schulverweigerer und Schulabbrecher zu finden sind und ein hoher Anteil eine manifeste, aber nie diagnostizierte psychische Störung aufweist (Rosien et al. 2008, Hebebrand 2010).

Störungsspezifisch können manche Jugendliche und junge Erwachsene die notwendigen Anforderungen im Beruf nicht erfüllen: Ausfallzeiten (erhöhte Frequenz von Fehltagen aufgrund der Erkrankung), spezielle Leistungseinschränkungen führen zu großen Belastungen der Ausbildungsträger, die schwer mit den Anforderungen eines freien Arbeits- und Ausbildungsmarktes kompatibel sind.

Die Behandlung wiederum kann die Wahl eines Berufes verunmöglichen (z. B. sind medikamentöse Behandlungen mit Stimulantien für gewisse Tätigkeiten im öffentlichen Dienst Ausschlusskriterien, zusätzliche Behandlungs- und Beratungstermine können mit den Ausbildungsanforderungen konfligieren etc.). Sind Jugendliche oder junge Erwachsene wegen einer psychischen Krankheit in Behandlung, steht regelmäßig auch die Entwicklung einer Perspektive für die jungen Menschen im Zentrum der Bemühungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Aussicht auf Ausbildung und berufliche Eingliederung ist dabei wichtiger Faktor auf dem Weg zur Stabilisierung der psychischen Gesundung. Eine Herausnahme der Patienten aus dem System durch Krankschreibung dient langfristig weder der Stützung noch der Genesung.

Brüche und fehlende Verlässlichkeit gehören zum Lebensweg psychisch kranker Jugendlicher. Fortschritte zeigen sich oft in kleinen Erfolgen. Dies korreliert jedoch

häufiger nicht mit der Bewertung nach dem SGB II. Sanktionsfolgen können deshalb aus fachärztlicher Sicht sich für den Genesungsprozess nicht selten als kontraindiziert erweisen.

Möglichkeiten

Die Kooperation zum Wohle der Patienten mit der Bundesagentur für Arbeit, bzw. ihren örtlichen Vertretern ist auf verschiedenen Feldern und Ebenen möglich – und notwendig. Einmal sind lokale Kooperationsmodelle im Austausch von Informationen (unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen und der ärztlichen Schweigepflicht) zu Untersuchungsbefunden, Testergebnissen möglich, um Mehrfachtestungen zu vermeiden, Wartezeiten für Patienten zu verkürzen etc. Hier sind integrierte Beratungsangebote, wie sie im Modellversuch »Support 25« in Essen praktiziert werden, richtungsweisend, um zeitnah und niedrigschwellig Klienten/Patienten zu erreichen. Die Kenntnis der Auswirkungen von Risikofaktoren und psychischer Erkrankung bei Jugendlichen und Familie auf die Arbeitsmarktnähe, bzw. -ferne ist für Arbeitsberater notwendig.

Die Übergänge der Hilfesysteme müssen den Beteiligten mehr bewusst sein, um in der Therapie, wie der Berufsintegrationsberatung passgenauere Hilfen und Angebote zu entwickeln. Die Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie besitzen durch die langjährige Betreuung der Klientel oftmals weitgehende Kenntnisse über Defizite, aber auch Ressourcen und Kompetenzen der Jugendlichen/jungen Erwachsenen, die auch im Bereich des SGB II/III hilfreich sind (Lutz et al. 2008). Im Rahmen des 4-Phasen-Modells der Bundesagentur für Arbeit ergeben sich Möglichkeiten der Kooperation, da es hier um eine Erfassung von Ressourcen, Kompetenzen, aber auch Faktoren, die eine stärkere Arbeitsmarkferne (wie etwa Krankheit, Versorgungsnotwendigkeit von Kindern) beschreiben, geht. Kenntnisse aus der Hilfeplanung (Jugendhilfe), wie aus der Anamnese (Kinder- und Jugendpsychiatrie) könnten hier hilfreich sein. Jedoch ergibt sich ein Problemfeld in der Antinomie von Transparenz und Offenheit vs. Datenschutz. Folgende Fragen stellen sich an der Schnittstelle:

- Welche Information ist sinnvoll und notwendig?
- Wer hat Information?
- Wer gibt sie weiter?
- Wer darf sie weitergeben?

Hier sind eine Diskussion, aber auch Lösungsansätze notwendig, da sowohl die Privatsphäre geschützt, aber auch Risikofaktoren identifiziert werden müssen, um eine Zukunftschance im Sinne der Berufausbildung für die Jugendlichen/jungen Erwachsenen zu gewährleisten. Kurz gefasst heißt die Frage: Wie viel Datenschutz ist notwendig und wie viel Transparenz ist sinnvoll? In diesem Sinne wäre die Entwicklung eines Modells, unter Einbezug von Kommunen, Ärzten und Agenturen, das dem Datenschutz genügt, aber die Betreuung verbessert, wünschenswert.

Zusätzlich ergeben sich auf individueller Ebene der Patienten die Probleme, ob dieser Jugendliche/junge Erwachsene fähig ist, selbstständig die Vernetzung der Information herbeizuführen und welche Kenntnis er über die Auswirkungen seiner Störung auf die Berufsfähigkeit hat (z. B. auch Medikation)?

Schlussfolgerung

Die Arbeitseingliederung ist ein essenzieller Faktor auch für Salutogenese von Jugendlichen mit psychischen Problemen, jedoch ist die Eingliederung und Berufsfähigkeit bei diesen besonders erschwert und es bestehen Schwierigkeiten im Kontakt mit den unterschiedlichen Sozialleistungssystemen.

Sensibilisierung

Alle drei Systeme, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Arbeitsagenturen, müssen sensibel für das Problem Arbeitsintegration psychisch kranker Jugendlicher sein. Die Vorerfahrungen der Systeme (KJP, Juhi) müssen besser genutzt werden, um Scheitern bei der Integration aufgrund fehlender Passung, Kompetenzen etc. zu verhindern. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss verstärkt das Thema Arbeitsintegration bei der Therapieplanung und in der Kommunikation mit ihren jugendlichen Patienten berücksichtigen.

Frühidentifikation und Zusammenarbeit

Hier bietet sich auch eine Zielerreichung und Diagnostik für Jugendliche/junge Erwachsene mit psychischen Problemen bei Arbeitseingliederung und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) an, die individualisierte Ressourcenfindung und Förderung auch hinsichtlich arbeitsspezifischer Aspekte berücksichtigt. Aufklärungsformulare für Jugendliche, junge Erwachsene, Berater und Lehrer können hilfreich sein. Die Integration der Information mehrerer Hilfesysteme mit der Möglichkeit der Datenweitergabe sind anzustrebende Ziele. Kooperative Modelle, wie etwa bei »support 25« praktiziert, sind Innovationen, die in die Breite überführt werden sollten.

Literatur

Apfel, T./Riecher-Rössler, A.(2005): Do psychiatric patients receive disability pension before adequate diagnostics and treatment? Evaluation of 101 psychiatric expertises done on behalf of Swiss Invalidity Insurance and the Psychiatric Outpatient Department Basel in 2002. Psychiatr. Prax., 2005. 32 (4), 172–176

Dahl, S./Nilsen, O./Vaage, K. (2003): Gender Differences in Early Retirement Behavior. European Sociological Review, 19, 179–198

Dessecker, A., (Hg.) (2007): Jugendarbeitslosigkeit und Kriminalität 2. Auflage, Kriminologie und Praxis (KUP) Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e. V. (KrimZ) Band 50, Wiesbaden

Hebebrand, J./Reissner, V./Ramlow, G./Chmielewski, F./Nigbur, K./Helmig, J. (2010): Support for Unemployed with Psychosocial Problems Obtaining Reintegration Training under 25. Available: http://www.uni-due.de/rke-kj/Support25.shtml [10.05.2010]

Holling, H. et al. (2007): Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50 (52–6): p. 784–793.

Isengard, B. (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin)(2009): Jugendarbeitslosigkeit in Deutschland und dem Vereinigten Königreich: Eine vergleichende Analyse individueller Risikofaktoren, die Zeit, online Interview mit Peter Auer v. 28.10.2009

LÖGD (2006), Gesundheit in NRW – kurz und informativ 2006

Lutz, K./Kleinrahm, R./Keller, F. /Fegert, J.M. (2008): Standardisierung des Zielerreichungsprozesses durch Pädagogische Zielerreichungsskalen und klinisch-psychologische Fragebögen. Das Jugendamt, Heft 072–08/2008, 347–352.

Ramchandani, P./Psychogiou, L.(2009): Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. Lancet, 2009, 374 (9690), 646–653.

Riecher-Rössler, A. (2005): Eingliederung vor Rente – auch für psychisch Kranke? Psy&Psy Bulletin, (2), 5–6.

Robert Koch-Institut (RKI): Themenheft 30 »Gesundheitsbedingte Frühberentung«. Der Bericht ist zu laden unter: http://www.rki.de/cln_011/nn_527010/sid_C4C2B3C-2586FE816D959364D51341098/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/fruehberentung.html__nnn=true; Stattin, M. (2005): Retirement on grounds of ill health. Occupational and Environmental Medicine 2005; 62: 135–140.

Rohm, S./Richter, D. Institut für Soziologie, Westf. Wilhelms-Universität Münster (2006) in: DRV-Schriften Band 55/ 57–269

Rosien, M./Reissner, V./Hebebrand, J. (2008): support 25 – Jugendarbeitslosigkeit und seelische Gesundheit, Psychotherapie im Dialog, 9 (3): 311–313

Schmid, M. et al. (2009): Psychosoziale Hilfssysteme für Adoleszente mit psychischen Erkrankungen, in Adoleszenzpsychiatrie, J.M. Fegert, A. Streeck-Fischer, H.J. Freyberger (Hg.), Schattauer: Stuttgart, NY. p. 824–842

Sheldon, G.F. (2002): Another focus on workforce issues. Health Aff (Millwood), 21 (6): 270–271.

SUPPORT25: Support for Unemployed with Psychosocial Problems Obtaining Reintegration Training under 25

Volker Reissner, Gudrun Ramlow, Gabriel Ehren, Johannes Hebebrand

Die Arbeitslosenquote von Jugendlichen und Adoleszenten unter 25 Jahren liegt für Deutschland in den letzten Jahren bei ca. 14 % (Eurostat). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass einerseits Jugendlichen und Erwachsenen die Aufnahme einer geregelten Tätigkeit durch eine psychische Störung erschwert oder verhindert wird. Andererseits treten gehäuft soziale, somatische und psychische Probleme als Folgen der Arbeitslosigkeit auf. Hierzu zählen z. B. soziale Exklusion, mangelndes Gesundheitsbewusstsein, einhergehend mit einem schlechteren Gesundheitsstatus oder psychiatrische Störungen, wie Depressionen, Ängste oder Abhängigkeitserkrankungen. In finaler Konsequenz kommt es zu einer gesteigerten Mortalitätsrate. Somit geht die Jugendarbeitslosigkeit mit hohen individuellen und volkswirtschaftlichen Kosten einher. Gesicherte Daten speziell zur psychiatrischen Morbidität unter deutschen arbeitslosen Jugendlichen sind kaum erhältlich. Hollederer (2002) beziffert den Anteil an psychischen und Verhaltensstörungen an allen im Jahr 2001 vom ärztlichen Dienste der Bundesagentur für Arbeit erstellten medizinischen Gutachten auf 25 % (Jugendliche und Erwachsene).

Im Rahmen des Kooperationsprojektes SUPPORT25 wird vom JobCenter Essen und der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR)- und Universitätsklinikums Essen Arbeitslosen zwischen 16 und 25 Jahren die Möglichkeit eröffnet, eine schnelle, direkte und komplikationslose Beratung für ihre seelischen Probleme zu erhalten. Der Fallmanager oder Arbeitsvermittler stellt bei seinem Kunden Beratungsbedarf fest und überweist Interessierte an die Ärzte und Psychologen des SUPPORT25-Teams. Überweisungen durch den psychologischen oder ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit sind ebenfalls möglich. Nach einem Erstgespräch und einem ersten psychiatrischen Screening mittels verschiedener Fragebögen wird mit dem Patienten im Fall einer Verdachtsdiagnose über mögliche Therapieoptionen gesprochen. Darauf basierend trifft der Patient gemeinsam mit dem Berater eine Entscheidung über das weitere Vorgehen. Die Patienten werden motiviert, eine weiterführende Diagnostik sowie Behandlung aufzusuchen. In diesem Prozess erhalten sie ggf. zusätzliche Unterstützung durch das SUPPORT25-Team.

Zentrales Merkmal des Projektes ist die »Vor-Ort-Vernetzung«. Der Weg des Kunden vom Fallmanager zur psychiatrischen Liaison-Ambulanz im JobCenter beträgt maximal einige Meter, quer über den Gang. Die enge Zusammenarbeit zwischen Kunden, Fallmanagern und Beratern ist ein weiterer wesentlicher erfolgsbedingender Faktor. Zudem erleichtert sie den Fallmanagern die Platzierung des Kunden in einer beruflichen Maßnahme.

Die wissenschaftliche Begleitforschung zu der, durch die Fallmanager vorselektierten Stichprobe, weist eine hohe Prävalenz von Verdachtsfällen mit psychiatrischen Störungen auf. Fast alle vorgestellten arbeitslosen Adoleszenten wiesen mindestens

eine psychiatrische Verdachtsdiagnose auf (97,1 %). Am häufigsten präsentierten die Patienten Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung (ca. 58 %). Weitere Verdachtsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit sind: Depressive Störung (48 %) Angststörungen (33 %) und Abhängigkeit bzw. Missbrauch von psychotropen Substanzen (27 %).

Die gesamte Patientengruppe zeigte sich in Hinblick auf Psychopathologie, psychosoziale und berufsbezogene Variablen schwer belastet. Patienten mit dem Verdacht auf eine (komorbide) Persönlichkeitsstörung zeigten eine schwerere psychopathologische Belastung und eine geringere Haltequote in beruflichen Reintegrationsmaßnahmen, als Patienten ohne persönlichkeitsbedingte Verhaltensauffälligkeiten. Trotz zum Teil ausgeprägter Beschwerden nutzte nur eine Minderheit psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsangebote.

In einer Nacherhebung, für die die Patienten ein Jahr nach Ersteintritt in das SUPPORT25-Projekt befragt wurden, fand sich eine signifikante Besserung in verschiedenen Bereichen: Es zeigte sich eine Steigerung der Inanspruchnahme des psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssystems. Der Schweregrad der psychopathologischen Belastung im Allgemeinen und der depressiven Symptomatik im Speziellen konnten reduziert werden. Das psychosoziale Funktionsniveau und die Verweildauer der Kunden in beruflichen Reintegrationsmaßnahmen waren angestiegen. Das Angebot einer psychiatrischen Beratung für arbeitslose Jugendliche kann zu einer Verbesserung des psychischen Befindens sowie der beruflichen Reintegration führen.

Die referierten vorläufigen Resultate, insbesondere die hohe Zahl an Patienten mit dem Verdacht auf Mehrfachdiagnosen, zeigen die enorme Krankheitsbelastung adoleszenter Arbeitsloser in dieser durch die Fallmanager vorselektierten Gruppe. Gleichzeitig kann eine hohe psychosoziale Belastung z. B. durch Broken-Home-Situationen, geringer intrinsischer Struktur und Motivation sowie fehlender Schul- bzw. Berufsqualifizierung nachgewiesen werden. Erste Analysen eines repräsentativen Samples Essener arbeitsloser Jugendlicher und junger Erwachsener zeigen ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die Krankheitsbelastung.

Durch eine enge Vernetzung von SUPPORT25, insbesondere mit den Therapieangeboten verschiedener Essener psychiatrischer LVR-Kliniken, wird versucht, einer drohenden Chronifizierung von psychischen Krankheiten vorzubeugen. Die Schaffung spezifischer arbeitsbezogener Angebote durch soziale oder Bildungsträger für die vorgestellte Zielgruppe ist eine weitere, gerade im Aufbau befindliche Maßnahme. Ziel ist einerseits die Reintegration auf dem Arbeitsmarkt und andererseits die Steigerung der Motivation zur Therapieaufnahme. Insgesamt besteht ein hoher Forschungsbedarf, um bestehende Wissenslücken zu dieser spezifischen Gruppe vulnerabler Personen aufzufüllen.

Wir danken dem Land NRW und der EU für die Finanzierung der vorgestellten Studien.

II Abgestimmte Angebote in der Kommune

Einleitung

Dyrk Zedlick

Vernetzte Angebote in der Psychosozialen Versorgungslandschaft für Kinder und Jugendliche sind Voraussetzung für die Nachhaltigkeit jeglicher therapeutischer Bemühungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unterschiedliche Facetten dieser Vernetzungsarbeit werden in den folgenden Beiträgen sowohl auf landes- als auch auf kommunaler Ebene aufgezeigt.

In dem Auftaktbeitrag gibt Michael van Brederode vom Landschaftsverband Rheinland in Köln einen Überblick über einen Lösungsansatz für die »chronische Kooperations-, Vernetzungs- und Schnittstellenkrankheit des Deutschen Gesundheits- und Sozialsystems« mittels NBQM, ein manualisiertes Verfahren zur systematischen Entwicklung von regionalen Versorgungsnetzwerken. Dieses Verfahren wird im Rheinland in drei Bereichen Suchthilfe, psychiatrische Versorgung und Kinder- und Jugendpsychiatrie erprobt. Es soll verhelfen, sowohl sozialpsychologische als auch berufsständische Barrieren zu überwinden und Professionalisierungsdefizite in der Netzwerkarbeit zu reduzieren. Wichtig ist dabei eine systematische Netzwerksteuerung im Rahmen einer gemeinsamen sozialpolitischen Strategie und die Entwicklung von sektorübergreifenden Hilfeverbundsystemen.

Der Beitrag von Claudia Porr und Bernhard Scholten vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen in Rheinland-Pfalz stellt Möglichkeiten dar, wie man von der Landesebene die Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene unterstützen kann. In ihrem Beitrag geben sie eine Übersicht, wie diese Vernetzungsarbeit gelingen kann, welche Erfahrungen es dabei gibt und was Chancen, aber auch Stolpersteine in diesem Prozess sind.

Andreas Köster, Sozialdezernent des Bodenseekreises, hat in dem aus der unmittelbaren kommunalen Praxis über die erfolgreiche Gründung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbundes in Analogie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes berichtet.[1] Darin sind übergreifend die Kompetenzen der Jugend- und Sozialhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Schulen und des Bereiches Arbeit gebündelt. Dadurch gelingt die Koordination der Leistungsansprüche aus mehreren Sozialgesetzbüchern in den jeweiligen Hilfeplankonferenzen ausgehend von dem individuellen Hilfebedarf der Kinder und Jugendlichen. Dies stellt ein gelungenes Praxisbeispiel dar für die von der Aktion Psychisch Kranke vertretene Notwendigkeit des Paradigmenwechsels vom institutionsbezogenen zum personenzentrierten Ansatz in der psychosozialen Versorgungslandschaft der Bundesrepublik.

1 Vortrag nicht in diesem Tagungsband abgedruckt (s. Präsentation auf der Internetseite der APK http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=11) Kinder- und Jugengpsychiatrischer Verbund Bodenseekreis, s. auch Beitrag Werner Feiri und Dagmar Hoehne S. 131

Wie bekommt man die unterschiedlichen Stakeholder in einer Region zu gemeinsamen Projekten? – Oder: Ansätze zur Stimulierung regionaler Kooperation

Michael van Brederode

Kooperations-, Vernetzungs- und Schnittstellenprobleme stellen ein chronisches Leiden des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems dar. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung beklagen wir es inzwischen seit mehr als 30 Jahren. Ungeachtet etlicher Therapieversuche hat sich bislang leider noch keine grundsätzliche Heilung eingestellt. Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entfaltet sich die Klage über Vernetzungsprobleme (insbesondere zum Feld der Jugendhilfe) bereits seit geraumer Zeit.

Die Analyse von Vernetzungs- und Kooperationsproblemen verweist auf zwei ursächliche Faktorenbündel: Neben Systemfaktoren (Abb. 1), die in Architektur unseres gegliederten Leistungsrecht ihre Wurzeln finden, kommt vor allem Humanfaktoren (Abb. 2) eine hohe Bedeutung zu.



Abbildung 1

Ungeachtet der lang andauernden Diskussion um eine Verbesserung der Vernetzung in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach wie vor noch eine unzureichende Professionalisierung von Netzwerkarbeit zu konstatieren. Vernetzung, Kooperation und die personenbezogene Leistungsintegration können jedoch dauerhaft nur gelingen, wenn sie

- mit Verfahren, Prozeduren und Regeln hinterlegt
- und mit Verantwortlichkeiten, Rollen und Funktionen ausgestattet sind.

Vor diesem Hintergrund hat der Landschaftsverband Rheinland ein manualisiertes Verfahren entwickelt, das als Impulsgeber für eine »professionalisierte« Netzwerk-

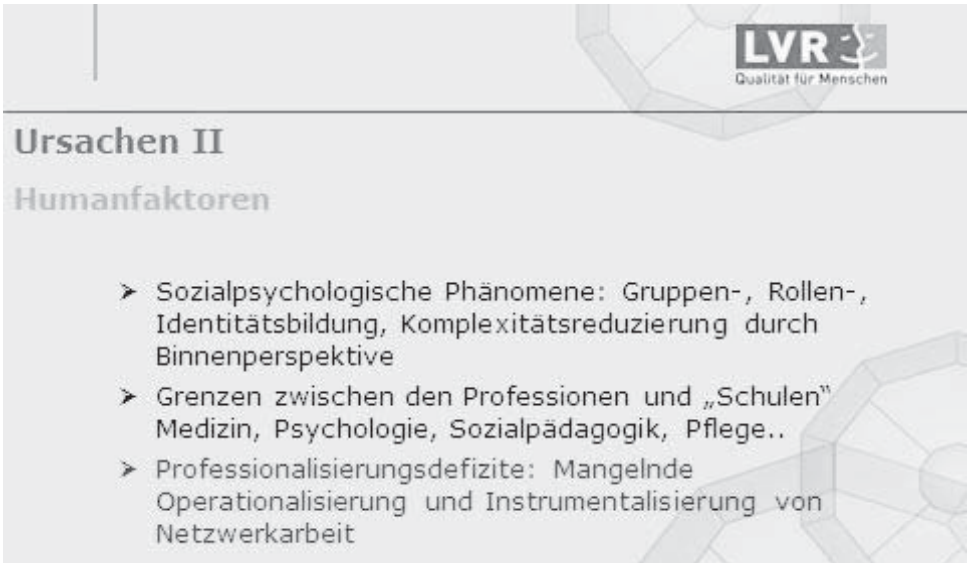


Abbildung 2

entwicklung in regionalen Versorgungszusammenhängen wirksam werden soll. Das Verfahren NBQM (Netzwerkorientiertes Qualitätsmanagement) orientiert sich in seiner Systematik und Vorgehensweise an Verfahren des Qualitätsmanagements in Einrichtungen – wie dem EFQM-Modell – wobei es den Fokus von der einzelnen Einrichtung auf die Anforderungen eines Versorgungsnetzwerkes erweitert. Das Verfahren wurde in den Jahren 2006–2008 mit Fördermitteln des Landes NRW in zwei Städten und einem Kreis zunächst im Bereich der Suchtkrankenhilfe mit guten Ergebnissen erprobt.[1] In Folge wurde eine Revision für den Bereich der Allgemeinpsychiatrie erstellt und im Rahmen eines Modellvorhabens des Landschaftsverbandes an den Standorten der neun LVR-Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie zur Verbesserung der regionalen Vernetzung der Kliniken eingesetzt. Seit dem Jahr 2010 findet eine weitere Revision für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Anwendung in drei weiteren Modellregionen.

NBQM bezweckt eine Ertüchtigung der Humanfaktoren von Netzwerken innerhalb des gegebenen Systems:

- Durch die Zusammenarbeit von Mitarbeitern der Leitungs- und operativen Ebene unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste einer Region auf der Grundlage eines systematischen Arbeitsprogramms sollen immanente soziologische Barrieren – wie die Binnenzentrierung von Mitarbeiterperspektiven oder berufsständische Barrieren – überwunden werden.
- Während das eigentliche Arbeitsprogramm auf eine Professionalisierung von Netzwerkarbeit durch die Definition von Verantwortlichkeiten, die Einführung einer systematischen Zielkontrolle, aber auch durch die Implementation von spezifischen

1 Vgl. van Brederode, M./Jäger, B./Schmieder, G. (2009): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM – Ein Landesprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchkrankenhilfe 2006–2008

Verfahren wie die Vereinbarung einrichtungsübergreifender Pfade oder das Prozessmanagement zielt.

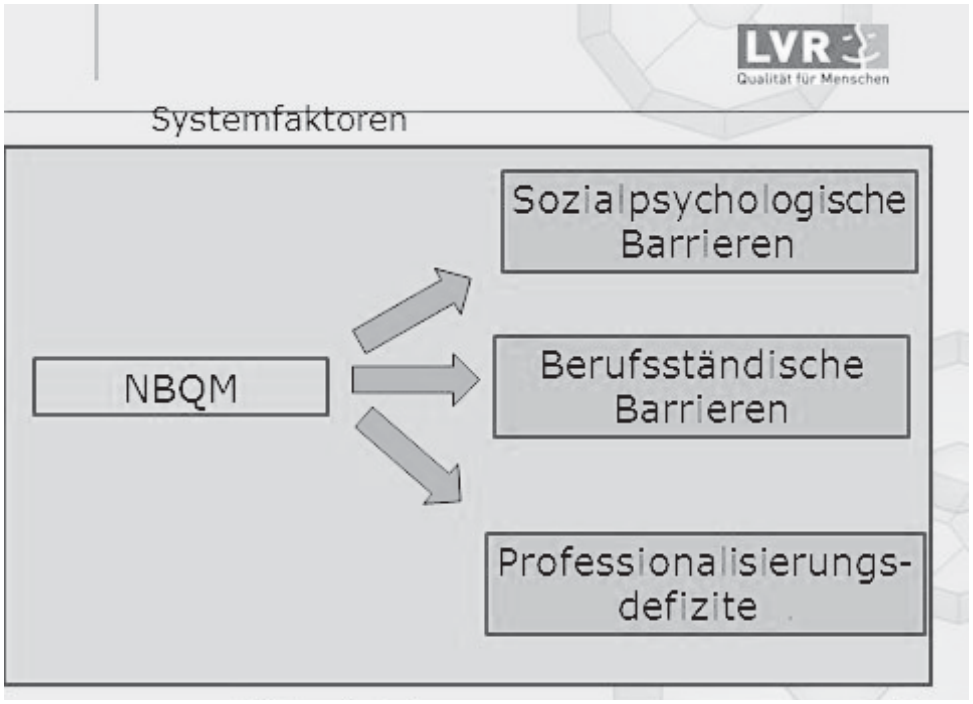


Abbildung 3

Grundlage des NBQM-Programms bildet ein in neun Unterbereichen gestaffelter Katalog von Kriterien guter Vernetzungspraxis:

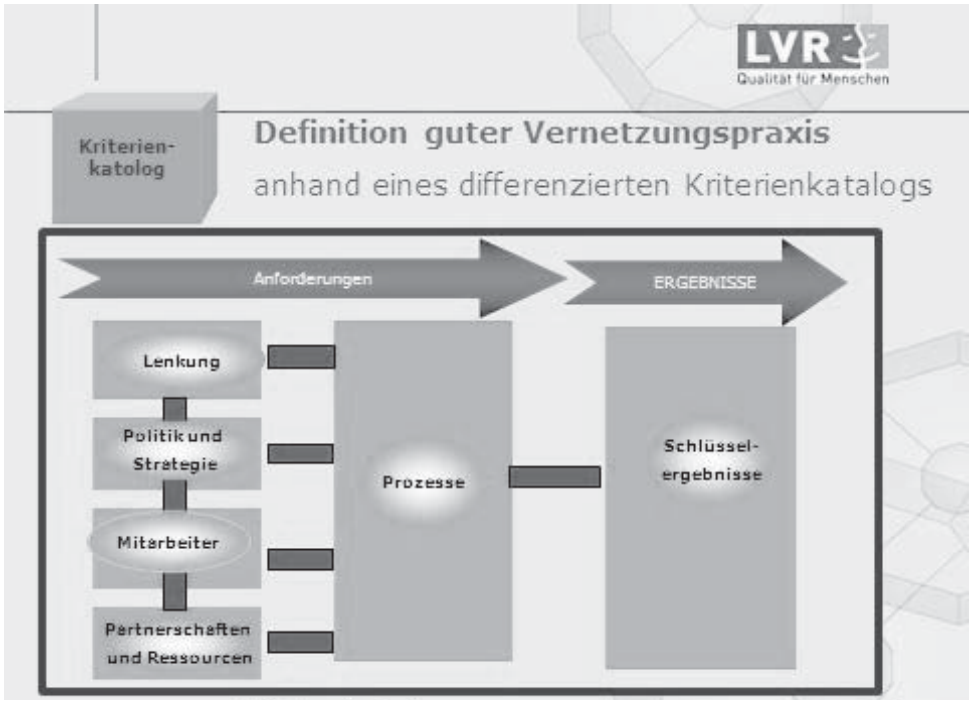


Abbildung 4



Abbildung 5

Er findet Anwendung innerhalb eines zyklischen, am PDCA-Zyklus moderner Qualitätsmanagementsysteme angelehnten Arbeitsprogramms, an dessen Anfang eine systematische Selbstbewertung des erreichten Vernetzungsgrades, die Identifikation von Verbesserungspotentialen und die Ableitung und Vereinbarung von Entwicklungsmaßnahmen steht.

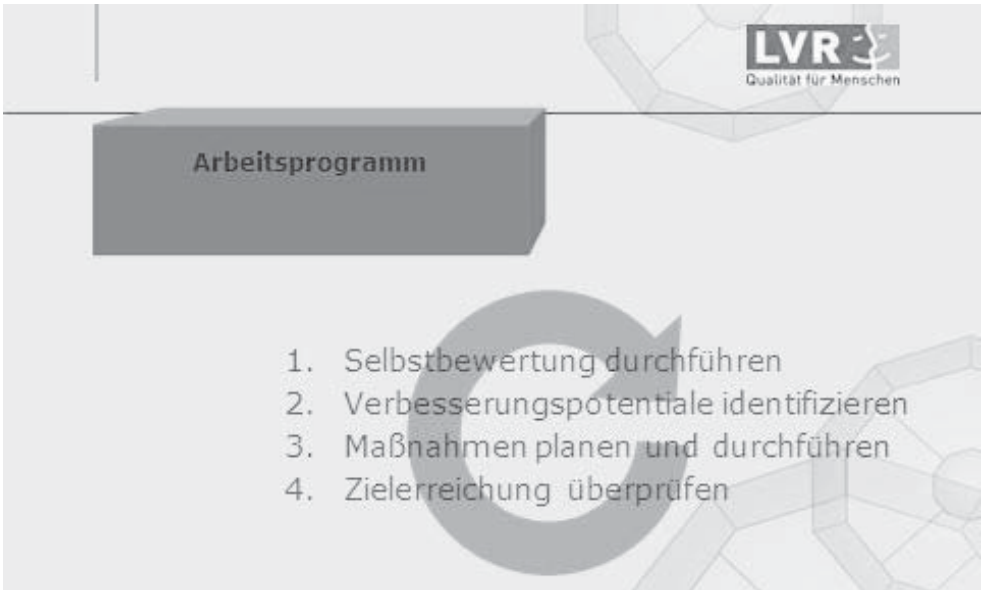


Abbildung 6

Die zyklische Wiederholung der Selbstbewertung schafft eine Grundlage für die Messung von Veränderungen auf der Zeitachse. Hier ein Beispiel aus Erprobungsprogramm im Bereich der Suchtkrankenhilfe.

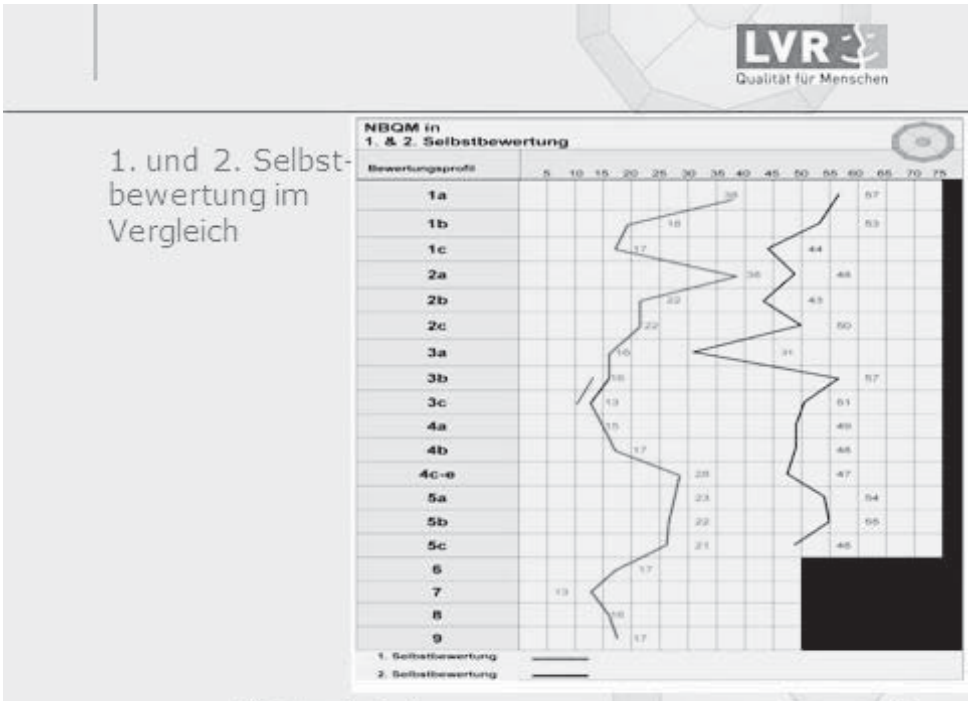


Abbildung 7

Darüber hinaus ergeben sich Ansatzpunkte für einen interregionalen Vergleich:

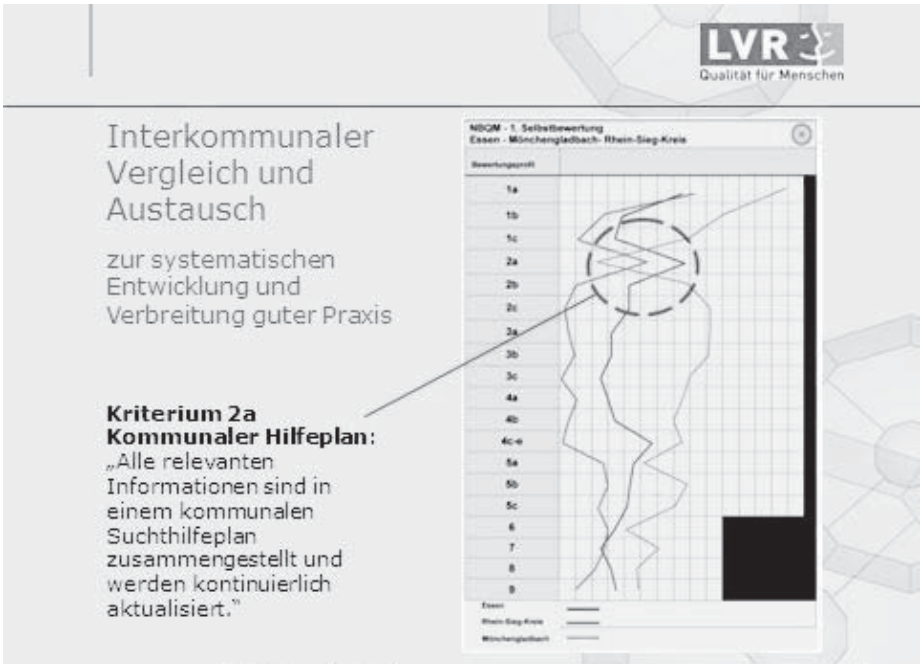


Abbildung 7

Resümee

Die bisherigen Erfahrungen mit NBQM verweisen auf eine insgesamt positive Bilanz. Nach Einführung des Verfahrens konnte in allen Regionen eine Intensivierung der Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren und Verbesserung der Zusammenarbeit konstatiert werden. Von besonderer Bedeutung war in diesem Zusammenhang die in der Arbeitsstruktur angelegte Aktivierung der Leitungsebene der Einrichtungen und der Gesundheitsverwaltung im Rahmen von Vernetzungsprozessen sowie die Übernahme von Verantwortung durch Führungskräfte. In den anwendenden Regionen konnte zumindest temporär eine deutliche Systematisierung und Verstetigung von Vernetzungsprozessen erreicht werden.

Die erzielte Stimulierung regionaler Vernetzungsprozesse ist jedoch nicht voraussetzungsfrei, sondern in hohem Maße abhängig vom Enthusiasmus Einzelner und von der Bereitschaft vieler, einen zusätzlichen Aufwand ohne zusätzliche Honorarentschädigung zu erbringen. Den in diesem Zusammenhang gerne geführten Einwand, mit der Umsetzung eines solchen Programms ohne zusätzliche Ressourcen ginge letztendlich den Klienten doch nur Betreuungszeit verloren, lasse ich hingegen nicht unwidersprochen gelten. Denn: Die Leidtragenden mangelhafter Angebotsintegration, entlang der Zuständigkeiten von Einrichtungen und Diensten segmentierter Versorgungsprozesse sowie unzureichender Versorgungskontinuität sind vor allem die Nutzer unserer Einrichtungen und Dienste. Und umkehrt sollten vor allem auch sie von den erzielten Verbesserungen profitieren.

Vernetzung von Hilfen auf kommunaler Ebene in Rheinland-Pfalz

Claudia Porr, Bernhard Scholten

Die gesetzliche Grundlage: Das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit

Der rheinland-pfälzische Landtag hat im März 2008 einstimmig das Gesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG)[1] verabschiedet. Es trat am 21. März 2008 in Kraft. Für dieses Gesetz gab es mehrere Auslöser. Zum einen gab es mit dem 4-Länder-Projekt »Guter Start ins Kinderleben« erste wichtige Hinweise, dass die Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen nicht einfach so gelingt, sondern vielfältiger abgestimmter Maßnahmen und Schritte bedarf. Zum anderen gab es in der durch die gewaltsamen Tode des kleinen Jungen Kevin in Bremen und des Mädchen Lea-Sophie in Schwerin ausgelöste bundesweiten Debatte über auf die Frage, wie das Wohl gefährdeter Kinder besser geschützt werden kann, eine Antwort, die auf eine stärkere vernetzte und damit auch verbindliche Zusammenarbeit besonders von Jugendhilfe und Gesundheitswesen verwies.

Die Erfahrungen aus dem Projekt »Guter Start ins Kinderleben«[2] machten nachdrücklich deutlich, dass Vernetzungsarbeit Ressourcen und Strukturen braucht. Diese Erfahrungen flossen ein in die aktuelle politische Debatte und führten dazu, dass in dem Gesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit der Aufbau von lokalen und interdisziplinären Netzwerken ein besonderer Stellenwert erhielt. Das Gesetz verknüpft den Kindesschutz mit der Förderung von Kindergesundheit; denn die Vernachlässigung von Kindern beeinflusst als Erstes ihre Gesundheit. Das Gesetz will alle Familien erreichen, eine besondere Aufmerksamkeit gilt Familie in benachteiligten und prekären Lebenslagen.

Das Gesetz hat drei Schwerpunkte:

1. Aufbau von lokalen und interdisziplinären Netzwerken
2. Entwicklung früher Hilfen
3. Förderung der Kindergesundheit durch die Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung

Zur Umsetzung des Gesetzes wendet das Land Rheinland-Pfalz jährlich rund 2,5 Millionen Euro auf. Davon erhalten die Jugendämter 7 Euro pro 0- bis 6-Jährigem (jährlich insgesamt rund 1,4 Mio. Euro) für die Umsetzung der folgenden Aufgaben:

1 Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (LKindSchuG), GVBl 2008, S. 52.

2 Vgl. zum Beispiel: Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C., Fegert, J. M. (2010). Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben – Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz. Köln: Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

- Weiterentwicklung der frühen Hilfen, die niedrigschwellig und leicht zugänglich sein müssen. Sie werden in aller Regel in enger Kooperation mit den freien Trägern der Jugendhilfe und mit Anbietern aus der Gesundheitshilfe entwickelt und angeboten (§§ 1, 2 LKindSchuG) und
- Aufbau der lokalen Netzwerke mit einem engen regionalen Bezug. Die Netzwerke sind interdisziplinäre zusammenzusetzen. Die große Netzwerkkonferenz, als Treffpunkt und Abstimmungsort, muss mindestens ein Mal im Jahr tagen (§ 3 LKindSchuG).

Erste Untersuchungen[3] zeigen, dass die Jugendämter mit diesem Geld insgesamt rund 20 neue Stellen in den Jugendämter geschaffen haben.

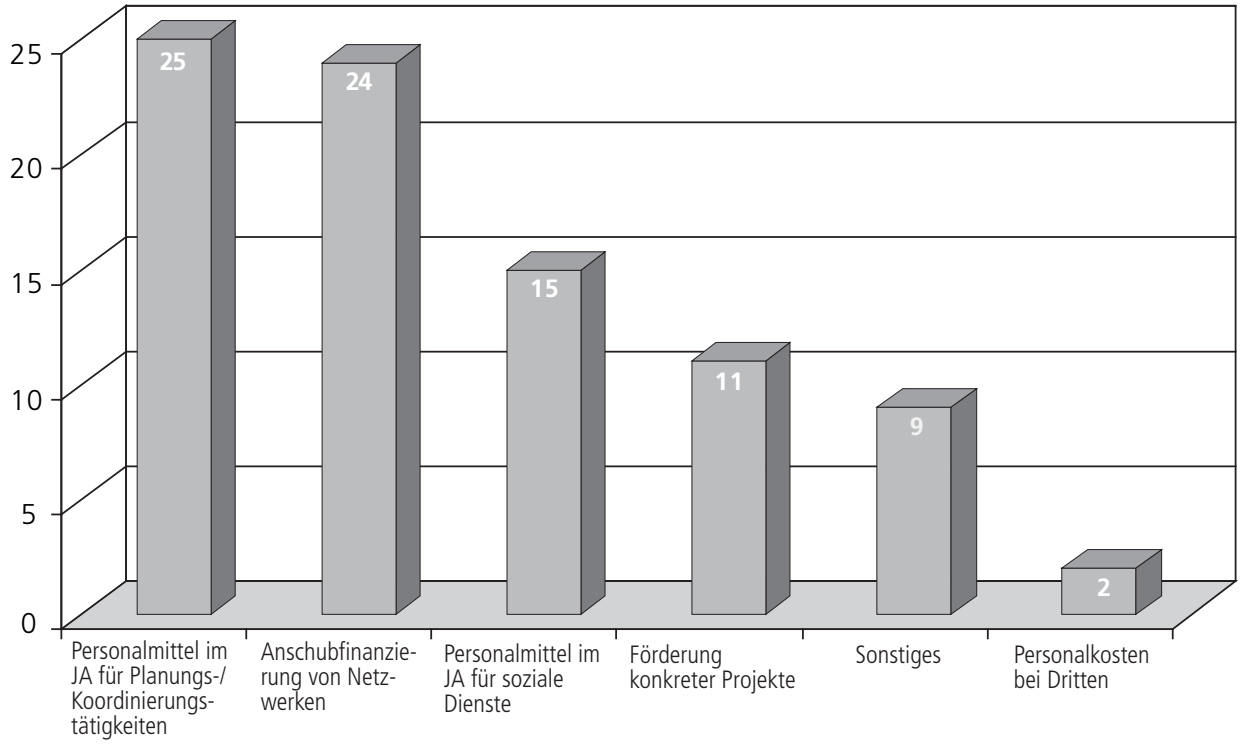


Abb. 1: Wofür wurden die Gelder aufgewendet? Anzahl der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, n = 41

3 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz – MASGFF – (Hg.) Michel-Schilling, A., Müller, H., Lamberty, J., Baas, S. (Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e. V., ISM) (2010). Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit. Mainz. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz – MASGFF – (Hg.) Mutke, B., Lindner, E., Müller, H. (Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e. V., ISM) (2009). Erste Ergebnisse zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit. Mainz.

Ergänzend zur finanziellen Förderung wurde durch das Gesetz beim Landesjugendamt eine Servicestelle Kinderschutz eingerichtet.[4] Diese Servicestelle hat insbesondere folgende Aufgaben:

- *Beratung* und Unterstützung der Jugendämter bei der Umsetzung
- *Qualifizierung:* Jugendämter und Gesundheitsämter, interdisziplinäre Fortbildungen
- Erarbeitung von *Arbeitshilfen* und Handlungsempfehlungen
- *Sicherung des Transfers:* Informationen sammeln, bündeln und weitergeben durch Newsletter, Internet, Fachtagungen

Die Servicestelle Kindesschutz ist sicherlich ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die gelingende Umsetzung des Landesgesetzes. Sie wurde zum 1. August 2008 mit zwei Vollzeitstellen – insgesamt drei Personen – und einer Verwaltungskraft (halbe Stelle) besetzt.

Ziele und Aufgaben der Lokalen Netzwerke

Das Gesetz sieht vor, dass in der Verantwortung der Jugendämter die lokalen Netzwerke aufgebaut und gefördert werden. Die Ziele der Netzwerke werden in § 4 Absatz 2 LKindSchuG beschrieben:

- Schaffung verbindlicher *Kommunikations- und Verfahrensstrukturen*
- Gestaltung eines *fachlichen Austauschs* der Beteiligten über die jeweiligen Aufgabenzuständigkeiten hinaus
- *Klarheit* in der gemeinsamen Orientierung
- Erhöhung der *Transparenz* über Hilfeangebote und *Erweiterung der Hilfe- und Förderprogramme* für Familie
- Gewinnung von Erkenntnissen für *kommunale Berichterstattung*
- Anregung von *interdisziplinären Fortbildungen*

Netzwerkpartner

In § 4 Absatz 1 werden die Teilnehmer des Netzwerks im Einzelnen benannt. Es sind:

- *Jugendhilfe:* Jugendamt, Kindertagesstätten, Familienbildung, Hilfen zur Erziehung, Kinderschutzdienste
- *Gesundheitshilfe:* Geburts- und Kinderkliniken, Gesundheitsamt, Schwangerenberatung, Psychiatrien, Hebammen und Entbindungspfleger, Gynäkologinnen, Kinderärztinnen, Frühförderung
- *Beratungsbereich:* Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Suchtberatung, Schwangerenberatung, Frauenberatungsstellen, Migrationsberatung, Erziehungsberatung
- *Schulen*
- *flankierende Partner und Bereiche:* Frauenhäuser, Polizei, Familiengerichte, Sozialämter, Agenturen für Arbeit

4 § 4 Abs. 1 LKindSchuG

Die beiden Monitoringberichte zeigen, dass diese Bereiche in den meisten Netzwerken vertreten sind:

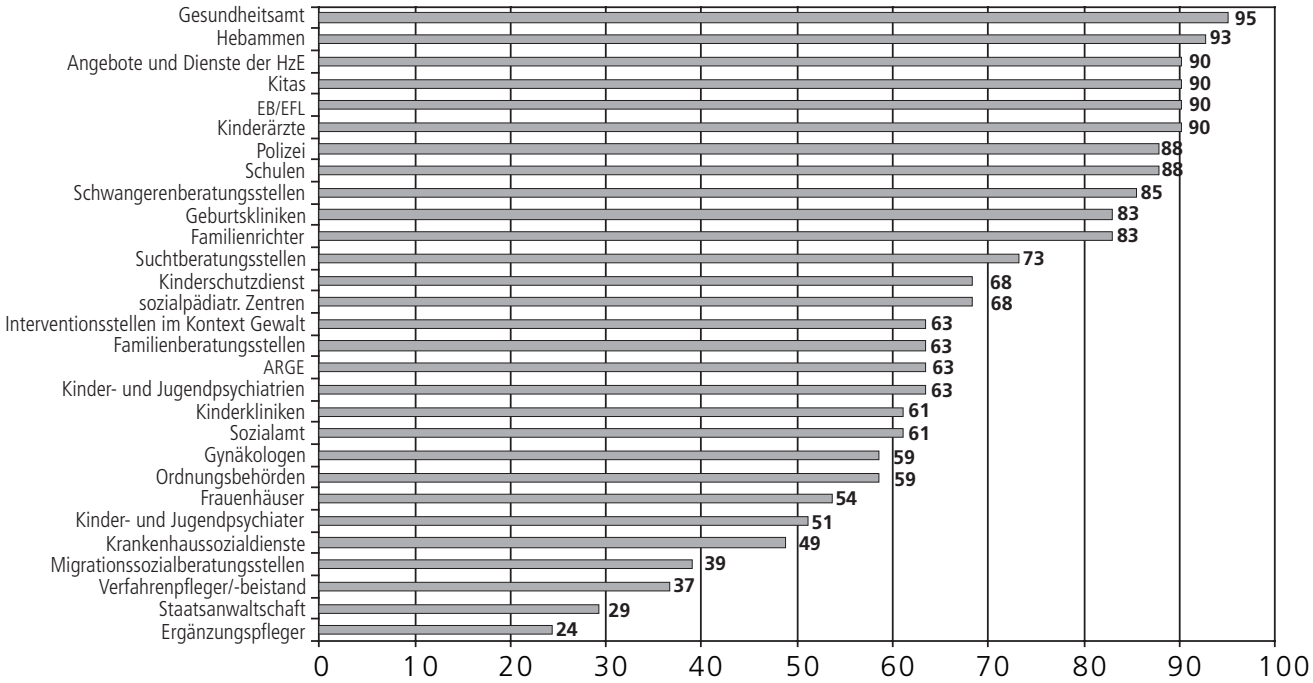


Abb. 2: Wer gehört dem Netzwerk an? Angaben in %, n = 41

Aufbau der lokalen Netzwerke und inhaltliche Arbeit

Grundlage für alle Netzwerke ist die zentrale, mindestens ein Mal im Jahr stattfindende Netzwerkkonferenz. Hier sind die verschiedenen Einrichtungen, Institutionen und Personen aus den unterschiedlichen Arbeitsbereichen vertreten. Zwischen den Netzwerkkonferenzen gibt es Arbeitsgruppen, die zum Teil spezifische Fragestellungen und Themen bearbeiten, in denen sich Vertreter bestimmter in der Netzwerkkonferenz ausgewählten Arbeits- und Aufgabenfelder ihre Zusammenarbeit miteinander klären oder die sich um bestimmte Gruppen – wie zum Beispiel Eltern mit psychisch kranken Kindern – kümmern.

Folgende Themen sind über die lokalen Netzwerke hinweg bearbeitet worden:

- Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen eines Jugendamtes
- Erkennen und Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung
- Anonyme Fallberatungen durch das Jugendamt
- Verhältnis von Datenschutz und Kinderschutz
- Beratungsführer für Fachkräfte und/oder Eltern
- Aufbau früher Hilfen: Hausbesuchsprogramm
- Zusammenarbeit und Vereinbarungen mit Schulen und Kitas

Eine Befragung, welche Auswirkungen die Netzwerkarbeit nach einem Jahr im Wesentlichen hatten, ergab folgendes Ergebnis:

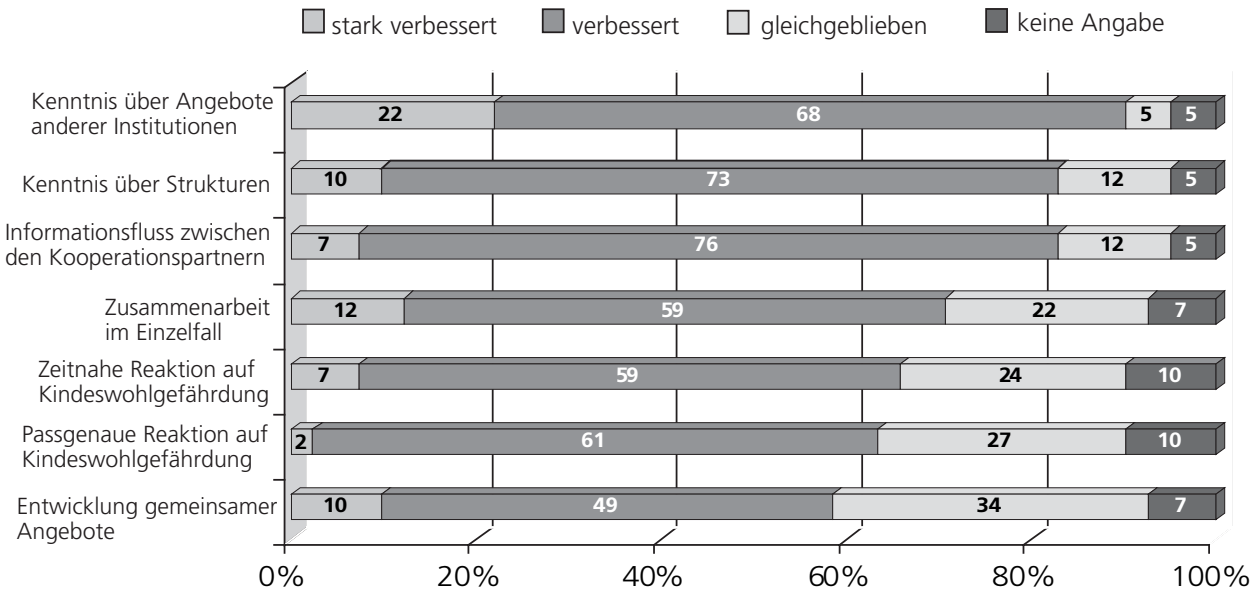


Abb. 3: Auswirkungen der Netzwerkwerkarbeit (Angaben in %, n = 41)

Für die Netzwerkarbeit wurden in fast allen Jugendämtern Koordinationsstellen geschaffen. Die Anforderungen an die Koordinatoren sind hoch, das zeigt der Bericht der Servicestelle Kindesschutz.[5] Die Netzwerkkoordinatoren brauchen nicht nur eine Fach- und Methodenkompetenz, sondern auch Erfahrungen im Umgang mit den unterschiedlichen Akteursgruppen. Hier sind – gerade auch dann, wenn es zu Konflikten oder Konkurrenzen in den Netzwerken kommt – moderierende und vermittelnde Kompetenzen notwendig.

Mögliche Stolpersteine beim Aufbau lokaler Netzwerke

Natürlich gibt es beim Auf- und Ausbau der lokalen Netzwerke auch Stolpersteine und Hindernisse. Im ersten Monitoringbericht wurden besonders folgende Punkte benannt:

- Die Koordinierung von Netzwerken braucht ausreichende *Zeitressourcen*
- Gestaltung einer langfristigen *Gesamtplanung* – »roter« Faden
- fehlende bzw. *unzureichende Informationen* bei Netzwerkpartnern über die gesetzlichen Regelungen
- *Schwierigkeiten bei der Gewinnung der Netzwerkpartnern:* Sind die lokalen Netzwerke für die Gesundheitshilfe und Schulen hinreichend attraktiv und nützlich?
- Umsetzung des Prinzips *»one face for the customer«* in allen Institutionen
- Instrumentalisierung des *Datenschutzes*

5 Die Gründungsphase lokaler Netzwerke in Rheinland-Pfalz, Zweiter Bericht der Servicestelle Kindesschutz zur Umsetzung des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit, Anlage 3 des Berichts der Landesregierung über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) festgelegten Maßnahmen – LT-Drucksache 15/5934.

Die Gesundheitshilfe ist ein zentraler Akteur in den lokalen Netzwerken. Das gilt besonders für die Gesundheitsämter, niedergelassenen Kinderärzte, Gynäkologen sowie die Gesundheitsfachberufe (z. B. Hebammen). Die Gesundheitshilfe hat eine Brückenfunktion zur Jugendhilfe. Das gezielte Zusammenwirken der beiden Hilfesysteme, auch über den Einzelfall hinaus, ist neu. Um das im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für den Schutz von Kindern zu sichern, braucht es verlässliche Finanzierungsstrukturen, die nicht alleine vom Land Rheinland-Pfalz getragen werden können. Wenn diese Netzwerkarbeit nachhaltig sein soll, dann muss die Finanzierung dieser Netzwerkarbeit auch bundesrechtlich geregelt werden, denn die systematische und beständige Einbindung der Kinderärzte, Gynäkologen sowie der Gesundheitsfachberufe ist für die Jugendämter eine schwierige Aufgabe, die große Anstrengungen erfordert. Zwar gibt es vor Ort immer wieder engagierte Vertreter von Gesundheitsberufen; sie handeln jedoch grundsätzlich als Einzelpersonen und nicht als Vertretung ihres Berufsstandes. Wie die freien Berufe in den lokalen Netzwerken repräsentiert werden können, ist noch nicht abschließend beantwortet worden.

Perspektiven für die weitere Arbeit

Aus den Erfahrungen der ersten zwei Jahren mit den lokalen Netzwerken ergeben sich für die kommenden Jahre folgende Perspektiven:

- Das Engagement der Beteiligten ist zu erhalten und zu festigen
- *Abstimmung und Verknüpfung* mit vorhandenen lokalen Netzwerken (keine Doppelstrukturen)
- *Bildung von bedarfsgerechten und arbeitsfähigen Strukturen* »unterhalb« der lokalen Netzwerke (z. B. sozialraumorientiert, themenbezogene, altersgruppenspezifisch)
- *Vernetzung als professionelle Handlungsanforderungen* – keine Reduzierung auf ein »Sicht-Zusammen-Setzen«
- Kooperation braucht *Koordinierung und Qualitätssicherung*
- *Kultur der verlässlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit entwickeln:* Zielorientierung, Fehlerfreundlichkeit, wechselseitige Anerkennung und Beharrlichkeit als wichtige Kompetenzen

Die ersten Erfahrungen mit dem Gesetz zeigen, dass sich das Engagement der Beteiligten lohnt, denn die entwickelten frühen Hilfen werden von den Eltern angenommen und die lokalen Netzwerke helfen, die Arbeit vor Ort im Interesse von Kindern und Eltern aufeinander abzustimmen. Ende Januar 2011 hat die Landesregierung einen ersten Bericht »über die Umsetzung, die Auswirkungen sowie den Weiterentwicklungsbedarf der im Landeskinderschutzgesetz (LKindSchuG) festgelegten Maßnahmen« vorgelegt. In den drei Anlagen zum Bericht sind die ersten Erfahrungen im Detail dokumentiert und ausgewertet worden.

III Steuerung durch kooperative Hilfeplanung

Einleitung

Ulrich Krüger

In diesem Symposium ging es darum vorzustellen, wie durch einheitliche individuelle Hilfeplanung und Anstimmung über die Hilfen in Hilfeplankonferenzen regionale Verbünde entstehen. Die Kooperation entsteht aus der einzelfallbezogenen Abstimmung. Dabei sind Leistungserbringer und Leistungsträger einbezogen. Das psychisch kranke Kind und seine Eltern stehen dabei im Mittelpunkt.

Der Vogelsbergkreis und der Bodenseekreis sind Regionen mit weit entwickelten Verbundstrukturen und hoher Bereitschaft zu vernetztem Arbeiten.

Werner Feiri als Amtleiter mit Zuständigkeit für Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und Dagmar Hoehne als Kinder und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin stellen gemeinsam ein erprobtes und inzwischen verbindlich vereinbartes regionales Netzwerk der Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche vor. Die Bereiche Jugendhilfe, psychiatrische Behandlung und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche kooperieren in einem regionalen Verbund. Wesentliches Bindeglied und Medium des fachlichen Austauschs ist die individuelle Hilfeplanung, die in einem kollektiven Prozess zu oft innovativen, passgenauen einzelfallbezogenen Entscheidungen führt.

Gerhild Hoos-Jakob zeigt, dass auch im Vogelbergkreis sehr ähnliche Ziele verfolgt werden. Auf Anregung des Hessischen Sozialministeriums wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen, um Hilfen für psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf zu verbessern. Im Mittelpunkt steht auch hier eine gründliche und intensiv abgestimmte individuelle Hilfeplanung.

Im Beitrag von Ulrich Krüger wird der Bogen von den Entwicklungen bei den Hilfen für Kinder und Jugendliche zu denen in der Erwachsenenpsychiatrie geschlagen. Dadurch sollen Gemeinsamkeiten und spezifische Aspekte deutlich werden.

Es ist sicher nicht zufällig, dass die in diesem Symposium vorstellenden Regionen – Bodenseekreis und Vogelsbergkreis – auch Regionen waren, in denen Projekte zur Implementation personenzentrierter Hilfen im Bereich Erwachsenenpsychiatrie durchgeführt wurden. Letztlich geht es um übergreifend gültige Prinzipien, die auch – mit spezifischer Note – bei Hilfen für psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche zu berücksichtigen sind.

Modelle integrierter Hilfeplanungen von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Werner Feiri, Dagmar Hoehne

Hoehne: Ich bin Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin, bin in Friedrichshafen am Bodensee seit 15 Jahren niedergelassen in einer sozialpsychiatrischen Praxis mit verschiedenen nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und arbeite schon lange mit dem Jugendamt und allen sonstigen Institutionen kooperativ zusammen oder bemühe mich jedenfalls darum. Ich bin gleichzeitig auch noch Kreisrätin, das ist in dem Zusammenhang vielleicht nicht ganz unwichtig, weil das Thema auch eine politische Dimension hat. Das hat vielleicht den einen oder anderen Schritt in dieser Richtung, den wir gegangen sind, erleichtert.

Feiri: Ich gehöre zum Inventar des Jugendamtes des Bodenseekreises. Angefangen habe ich 1982 als Sozialpädagoge im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), wo ich 18 Jahre tätig war. Danach war ich elf Jahre stellvertretender Amtsleiter und leite das Jugendamt seit einem Jahr. Wir haben im Bodenseekreis ca. 100 Personen, die im Jugendamt tätig sind. Der Landkreis hat 210 000 Einwohner. Im Jugendhilfebereich haben wir im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich 17 Träger, die uns unterstützen und für die Jugendhilfe werden im Jahr 18 Millionen Euro angesetzt. Ein kurzer Vergleich dazu: Im Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB XII geben wir pro Jahr für die soziale Sicherung 34 Millionen aus. Die Tatsache, dass Frau Hoehne und ich heute hier sind, soll deutlich machen, dass wir uns in den letzten 28 Jahren trotz unterschiedlicher Sichtweisen gut zusammengerauft haben.

Hoehne: Überdauernde seelische Behinderungen sind Teil meiner Klientel, die ich alltäglich zu versorgen habe. Auch mit den entsprechenden § 35 a Begutachtungen, um die es natürlich zusätzlich auch immer noch geht. Bei mir geht es darum, wie ich diese Menschen und ihre Familien bestmöglich versorgen kann. Es wird, wenn man in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ambulant arbeitet, sehr schnell deutlich, dass ich das nicht alleine kann, sondern viele Helfer im psychosozialen System dazu brauche. Es gibt Überschneidungen mit allen Bereichen: Jugendhilfe, Sozialhilfe, Schule, Arbeit.

Es wurde aber an bestimmten Störungsbildern sehr deutlich, dass diese einzelnen Bereiche oft nicht besonderes gut aufeinander abgestimmt sind und auch in ihren Abgrenzungen große Probleme haben. Eltern wurden von einem Amt zum anderen geschickt und die Übergänge von einer Altersstufe in die nächste waren häufig sehr schwierig. Ich habe sehr früh begonnen, mich für die Autismus-Spektrum-Störung zu interessieren. Das hat einen praktischen Grund: Es gab niemanden in diesem Bereich, der sich dafür interessiert hat und bei mir standen schon am dritten Arbeitstag Eltern vor der Tür mit einem 15-jährigen autistischen Jungen, der gerade diagnostiziert war und der aus allen Systemen zu fallen drohte. Der Prototyp einer chronischen psychischen Beeinträchtigung ist die Autismus-Spektrum-Störung. Sie ist übergreifend, zeigt sich in allen Lebensbereichen: Egal wo ich hinschaue, ist der Autist seelisch behindert, hat Probleme in der Integration in die Gesellschaft und hat

seine Schwierigkeiten, an den Dingen teilzunehmen, die angeboten werden. Die in Baden-Württemberg leider üblichste Form der Betreuung ist die Exklusion. Das hat bei uns leider ein bisschen Tradition. Uns beiden ist das gar nicht recht und deshalb sind wir sehr froh über die UN-Behindertenrechtskonvention, die jetzt auch Baden-Württemberg zwingt, anders zu denken. Mein Denken war schon immer anders und deshalb war es für mich wichtig, meine autistischen Menschen nicht zu exkludieren, sondern nach Lösungen für eine Inklusion zu suchen.

Zweiter Bereich: Begleitung über eine lange Zeit ist auch ins Erwachsenenalter hinein notwendig. Begleitung mehr oder weniger und Übergänge bedürfen bei den Autisten einer besonderen Beobachtung. Wir brauchen ein gutes Schnittstellenmanagement und auch aus diesem Grund habe ich 2004 ein Kompetenznetzwerk Autismus gegründet, das sich über fünf Landkreise in der Region Bodensee-Oberschwaben gebildet hat. Ich habe versucht, alle Fachleute, die damit zu tun haben, einzuladen und Vertreter aller Sozialgesetzbücher auch gegenwärtig zu haben.

Warum ein Kompetenznetzwerk? Was war meine Idee dahinter? Es war klar in Sachen Autismus, dass viele Einzelkompetenzen bei den Anbietern vorhanden sind. Jeder hatte wirklich durchaus viel Engagement, es fand jedoch keine ausreichende Vernetzung dieser Einzelkompetenzen statt, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie und der sozialpsychiatrischen Versorgung. Ich hatte das Gefühl, jeder tut alles und nicht, was er am besten kann. Das hat oft dazu geführt, dass die Dinge miteinander konkurrierten und das auch teilweise über das Sprechen verschiedener Sprachen – Pädagogik oder Sozialpädagogik und Medizin. Auch in den Schulen wurde wieder eine andere Sprache gesprochen als Amtsdeutsch. Also wir hatten viele verschiedene Sprachen, jeder meinte wohl das Beste, aber es war nicht immer das Beste für das Kind oder den Jugendlichen. Insbesondere in den Übergängen sowohl lebensgeschichtlich als auch in den Übergängen der Sozialgesetzbücher gab es Probleme. In Baden-Württemberg ist es Usus, bei Autismus am IQ festzumachen, ob jemand »jugendhilflich« oder »sozialhilflich« versorgt wird. Der IQ 75 stellt die Grenze dar, was mir besonders absurd erscheint.

In der Pädagogik herrscht eine starke Tendenz zur Exklusion, es war meist die erste Frage, die mir der Rektor stellte: »Gibt es nicht eine Sondereinrichtung für Autisten, wo wir das Kind hintun können?« Ich habe immer geantwortet: »Autisten lernen nichts von Autisten, sie lernen nur von ›normalen‹ Kindern, die soziale Kompetenzen haben.« Unterbringung in einer Sondereinrichtung mag momentan die Eltern und das Kind entlasten, das muss man sicherlich mit bedenken, aber es ist nur die vermeintlich bessere Lösung, weil genau das passiert, dass die Kinder hinterher alle in Werkstätten für Behinderte kommen und letztendlich nicht auf den normalen Arbeitsmarkt bestehen können. Meine Vision zu diesem Kompetenznetzwerk war größtmögliche Teilhabe an der Gesellschaft, Hilfe aus einer Hand, passgenaue Hilfe, Zusammenarbeit aller Beteiligten über die institutionalisierten Grenzen hinweg. Die Herstellung von Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit, die erschien mir sehr wichtig, weil ich den Eindruck hatte, dass es sozusagen beliebig war, jede Kommune und jeder Landkreis macht was sie/er will und ich musste mich jeweils auf die dort

üblichen Kriterien einstellen. Ich sagte immer zu meinen Mitarbeitern: »Heute muss ich wieder Kreide fressen.« Das heißt, in diesem Landkreis muss ich es so formulieren und in einem anderen Landkreis anders. Ein System, das ich nicht für besonders hilfreich hielt. Die Grenzen zwischen den Systemen sehe ich als Herausforderung und nicht als Hindernis. Es gemeinsam besser zu machen, war mein Ziel. Hier kommt mein Amt als Kreisrätin ins Spiel Ich kenne meinen Sozialhaushalt. Ich weiß, dass es eng ist und dass wir überall sparen müssen. Ich bin bei den freien Wählern, das sind üblicherweise Bürgermeister und selbstständige Menschen, die dort gewählt werden. Ich weiß, dass ich mit diesen Ressourcen auskommen muss, aber ich bin auch der Überzeugung, dass, wenn wir unsere Ressourcen gut nutzen, wir auch sehr weit damit kommen.

Der dritte wichtige Bereich war für mich, dass es beim Übergang ins Erwachsenenalter, eine »Lifetime-Perspektive« geben muss. Also nicht Betreuung bis 18 Jahre und dann soll er schauen, wie er zurechtkommt oder in welchem System er dann landet. Ich muss mit 15 schon andenken, wie könnte die Geschichte möglicherweise weitergehen und auch ins Erwachsenenalter übergehen.

Das Kompetenznetzwerk Autismus Oberschwaben tagt seit sechs Jahren.Wir haben versucht, alle vorhandenen Kompetenzen zu bündeln. Ich habe viele Gespräche mit Sozialdezernenten, Jugendamtsmitarbeitern und Jugendamtsleitungen gehabt. Wir haben alle Sozialgesetzbücher einbezogen, wir haben versucht weiterzuentwickeln, zu qualifizieren und bestehende Strukturen, Versorgungsstrukturen zu unterstützen. Wir haben Fortbildungen für alle Bereiche angeboten, auch für Eltern, in der Öffentlichkeit, für den Selbsthilfebereich. Wichtig war uns immer für Betroffene und ihre Familien, Hilfe aus einer Hand, ein Ansprechpartner, der zuständig ist, um zu verhindern, dass man von Amt zu Amt läuft. Darüber hinaus wollten wir Standards entwickeln für die Versorgung in der Region. Im Jahr 2008 haben wir die sogenannte Netzwerktagung durchgeführt, haben weitergedacht und dann beschlossen, das Netzwerk für jedes Kind mit einem komplexen Hilfebedarf zu erweitern. Der Sozialdezernent des Bodenseekreises, Herr Köster, hat die Freigabe gegeben, einen sogenannten kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund analog einem gemeindepsychiatrischen Verbund zu erproben und Hilfeplankonferenzen in dieser Art zu machen.

Feiri: Die Überschrift »Kooperationsvereinbarung, Hilfe für junge Menschen aus dem Bodenseekreis mit komplexen psychosozialen Hilfebedarf im Verbund (JPV)« hat uns eineinhalb Stunden Diskussion gekostet, weil wir auch im Bodenseekreis keine Psychiatrisierung der Jugendhilfe wollten. Das »J« kommt von jungen Menschen, »P« von psychosozialem Hilfebedarf und »V« steht für den Verbund.

Für uns in der Jugendhilfe war es eine enorme Herausforderung, diese intensive Begleitung der Menschen mit Asperger-Syndrom/mit Autismus unter dem Aspekt zu gewährleisten, da in den Kinderheimen wenig Erfahrung vorhanden war. Die später eintretende Pubertät zu bewältigen, sprich älter zu sein, geistig und körperlich weiterentwickelt zu sein und dann Dinge zu tun, die manch anderer mit 13/14 Jahren tut. Das waren durchaus noch mal Dinge, die uns sehr intensiv beschäftigt hatten, wo wir keine passende Antwort finden konnten, außer mit dem niedergelassenen

Arzt zu sprechen oder die Einweisung in die Psychiatrie zu vereinbaren. Dann wieder zurück in die Jugendhilfe und diesen Drehtüreffekt immer wieder zu veranlassen und zu wiederholen. Das hat dazu geführt, dass wir uns 2007 mit Frau Dr. Hoehne verständigt hatten, eine Fortbildungsveranstaltung im Landkreis durchzuführen.

An dieser haben Vertreter des Gesundheitsdamtes, des Sozialamtes, des Staatlichen Schulamtes sowie meine Kollegen aus der Verwaltung und des Sozialen Dienstes des Jugendamtes teilgenommen. Ziel war es, nicht nur eine Sprache zu sprechen, sondern sich auch gemeinsames Wissen zu erarbeiten und als Grundlage für unsere Tätigkeit zur Verfügung zu stellen.

Beispiel: *Anna hatte schon verschiedene Herausforderungen in ihrem Leben zu bewältigen. Bezeichnend für die Situation ist, dass Anna eine Mama hat, die sie sehr gerne hat und die dazu neigt, Dinge zu verniedlichen und Hilfeplangespräche und Beschlüsse der Hilfepläne wieder außer Kraft zu setzen. Weil die Mama dann sagt: »Ach, Anna, du kannst wieder nach Hause kommen und so schlimm ist das nicht, was du tust. Deine Sucht, deine Adipositas ist nicht so schlimm, wir kriegen das schon zu Hause wieder in den Griff.« So schwimmen einem in der Jugendhilfe und auch in der Medizin die Fälle davon oder der richtige Ansatz greift dann gar nicht, weil wir in dieser Double-Bind-Situation den jungen Menschen nicht so ansprechen können, wie wir das gerne gehabt hätten.*

Uns war es ganz wichtig, die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater aus dem Bodenseekreis mit im Boot zu haben. Weitere Beteiligte sind:

- Frau Prof. Schepker (Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie im ZfP Südwürttemberg), die Sie heute schon mehrfach auf dem Podium und im Vortrag erlebt haben.
- Herr Dr. Kessler, Leiter der St. Lukasklinik, der den Behindertenbereich abdeckt.
- Das Staatliche Schulamt.
- Die Agenturen für Arbeit.

Wir sind ein Landkreis aus Baden und Württemberg deshalb haben wir verschiedene Einrichtungen doppelt: Kirchenverbände, Arbeitsämter, Gerichte, Die Leistungserbringer für den Bereich der Sozialgesetzbücher VIII und XII, Gemeindepsychiatrische Zentren (Überlingen und Friedrichshafen). Wir sind auch ein optierender Landkreis, d. h. manches fällt uns leichter, weil wir das Amt »Hilfen zur Arbeit« im Hause haben und dadurch auch Konferenzen kürzere Wege nach sich ziehen. Allerdings haben wir auch da noch Optimierungsprozesse (Abb. 1).

KSA steht für Sozialamt, HzA für Hilfen zur Arbeit. Das Gesundheitsamt und der Sozialdezernent, die Sozialplanung und die verschiedenen Kolleginnen und Kollegen aus meinem Amt – dem Jugendamt – sind beteiligt. Einer meiner Sachgebietsleiter ist mit der Querschnittsaufgabe betraut und moderiert die Hilfeplankonferenz für die Jugend (HPKJ). Unser Ansatz war es, die notwendige »Hilfe aus einer Hand« sicherzustellen. Es ist uns gelungen, die Zusage unserer Träger – unabhängig davon, ob sie dem Bereich VIII oder XII des Sozialgesetzbuches zuzuordnen sind – zu bekommen, dass junge Menschen im Bodenseekreis behandelt und betreut werden und wir sie nicht in andere Landkreise verschicken wollen, weil wir glauben, dort

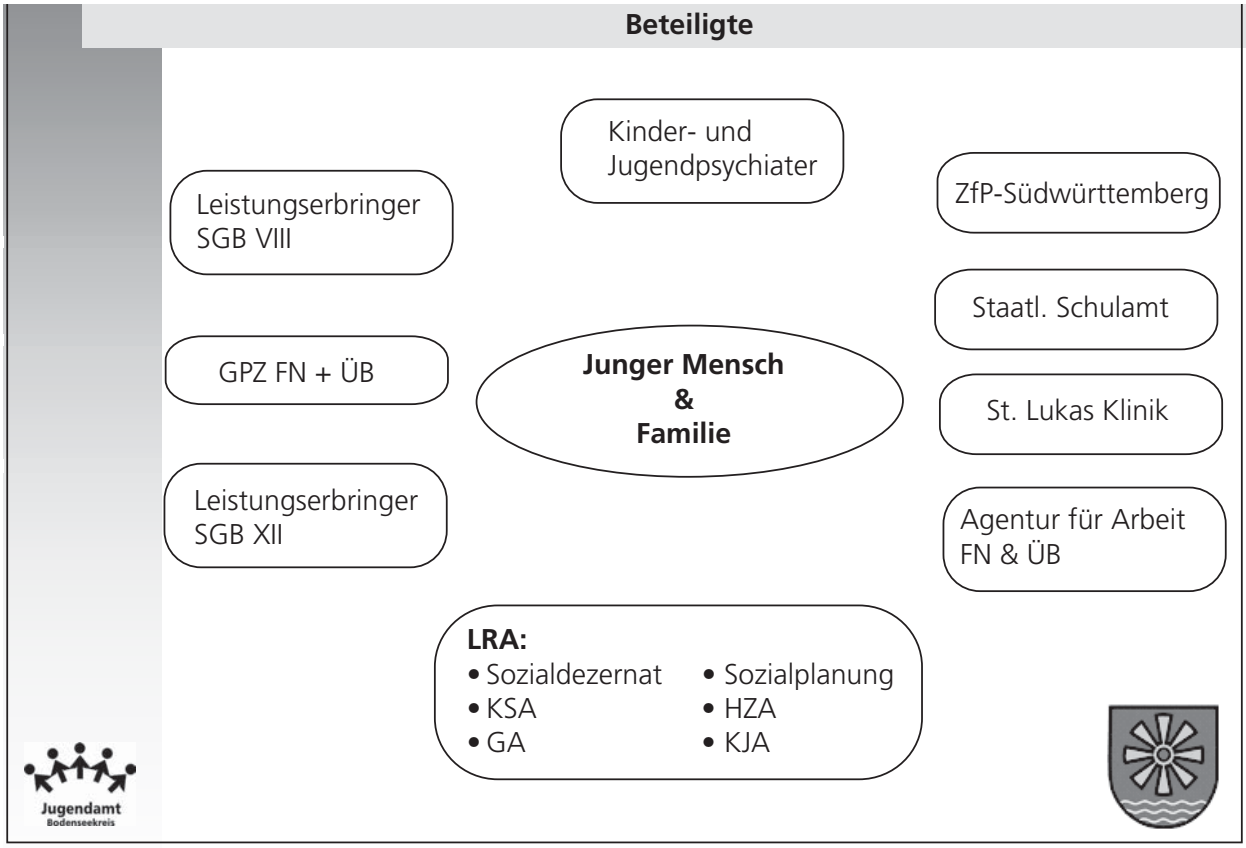


Abbildung 1

eine bessere Hilfe bekommen zu können. Dies wird in der Auftaktveranstaltung Ende Januar, Anfang Februar nächsten Jahres dann auch noch mal verschriftet werden. Durch eine solche Versorgungsverpflichtung sind wir auch in der Planung herausgefordert, auf die Einzelschicksale einzugehen und hier dementsprechenden Bedarf so zu formulieren, dass wir dann auch an den Träger Erwartungen stellen können, um hier ein adäquates Angebot gemeinsam zu entwickeln.

Die Leistungsansprüche aus mehreren Sozialgesetzbüchern werden koordiniert. Das, was ich da tue, ist sehr grenzwertig. Ich habe mit dem Leiter des Sozialamtes abgestimmt, dass wir beide unseren Ermessungsspielraum, was die Gewährung von Hilfen angeht, sehr großzügig handhaben. Das könnte sich negativ auswirken, wenn z. B. eine Familie wegziehen würde, es gäbe möglicherweise Probleme mit der Kostenerstattung.

Es wurde vorhin die Versäulung der Hilfen und das Beharren auf die eigene Zuständigkeit angesprochen, das haben wir versucht ein bisschen großzügig auszulegen. Mischfinanzierungen werden angestrebt. Unser großer Traum ist es auch, die Krankenkassen mit im Boot zu haben. Vielleicht gelingt es ja aufgrund der verschiedenen Gesetzgebungsverfahren durchaus noch schneller, als wir uns vorstellen können und letztendlich ist alles, was wir tun, in diesem JPV nichts anderes, als eine gemeinsame Sozialplanung im Landkreis, die wirklich den Bestimmungen entspricht: Beteiligung der Träger, Beteiligung der Betroffenen. Besser können wir unsere Aufgaben an dieser Stelle nicht lösen.

Es gibt in dem Verbund drei Gremien:

1. Die Arbeitsgemeinschaft. Einer unserer Mitstreiter hat es liebevoll »das Haus of Lords« genannt. Vertreten sind: die Kreistagsmitglieder, die Krankenkassen, die Mitglieder der Trägergemeinschaft, aber auch Sponsoren oder sonstige ideelle Unterstützer, die diesen Gedankengang weitertragen.
2. Die Trägergemeinschaft, in der alle Träger aus Abbildung 1 sind. Wir treffen uns drei- bis viermal im Jahr und hier soll dann auch die Planung stattfinden, wenn Rückmeldungen aus der Hilfeplankonferenz erfolgen, dass Angebote fehlen, sodass wir uns auch um die Schaffung neuer Angebote kümmern.
3. Die Hilfeplankonferenz Jugend (HPKJ) ist die operative Ebene, sie trifft sich einmal im Monat jeden zweiten Dienstag von 9:30 – 12:30 Uhr. Hier werden in Absprache mit den betroffenen Familien, Jugendlichen, jungen Erwachsenen Hilfebedarfe vorgestellt und Lösungsansätze entwickelt.

Wir haben von dem Gemeindepsychiatrischen Verbund aus dem Erwachsenenbereich gelernt. Datenschutzrichtlinien hat unser Landesdatenschutzbeauftragter sehr eng gefasst. Diese setzten wir eins zu eins um, sodass nur die Familien vorgestellt werden, von denen eine Einverständniserklärung vorliegt. Man kann das Ganze namentlich vortragen, wie bei Anna, ansonsten erfolgt eine anonyme Vorstellung und es wird in dieser Hilfeplankonferenz eine koordinierende Bezugsperson festgelegt. Das muss nicht immer die sozialpädagogische Fachkraft des Jugendamtes sein, es kann durchaus ein Heimerzieher oder eine Lehrerin aus einer Schule für erziehungsschwierige Kinder (E-Schule) sein. Wir haben im Rahmen der SGB VIII § 8 a-Vereinbarungen bei uns die E-Schulen mit in diesen Schutzvertrag einbezogen und somit haben wir auch den Zugang zu der E-Schule. Im Moment experimentieren wir mit Schulsozialarbeit, mit Lehrern, die die Fälle mit vortragen können, wenn entsprechende Einverständniserklärungen vorliegen. Das sind Visionen, die wir jetzt in der Praxis demnächst umsetzen möchten.

Es gibt den IBRP-Bogen aus dem Erwachsenenbereich. Wir haben aus dem Bereich der Jugendhilfe noch unser Hilfeplanformular aus dem Bodenseekreis eingearbeitet. Es wurde ein neuer Bogen entwickelt. Der ist in der letzten Überarbeitungsphase und dient dann als Grundlage für das anamnestische Gespräch mit dem jungen Menschen, den Eltern und der Vorbereitung auf die HPKJ.

Jetzt noch kurz ein paar Zahlen zu dem, was wir bisher erreicht haben: Wir haben mit 56 Kindern und Jugendlichen begonnen, die uns gemeldet wurden. Davon konnten wir schon 35 junge Menschen in den Sitzungen vorstellen. Hiervon waren 14 weiblich und 21 männlich. Wir haben angemessene Hilfestellung bei 16 Personen erreicht. Keine Hilfestellung bei 5 Personen und bei 14 sind wir in einem offenen Prozess.

Beispiel: *Hierzu möchte ich Ihnen noch den Beschluss zu Anna berichten. Anna hatte von sich aus entschieden, in einem Bereich der Suchthilfe Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dann gab es das Vorstellungsgespräch in der Klinik. Die Mutter war mit dabei. Anna konnte dort ihre Bedürfnisse vortragen und am Ende dieses Gesprächs hat dann die Mama der jungen*

Dame das Angebot gemacht, sie könnte ja wieder nach Hause und könnte von zu Hause aus ambulant eine E-Schule besuchen und man könnte durchaus im ambulanten Bereich das »bisschen Sucht« dann auch behandeln lassen. Dies hat bei Anna bewirkt, dass sie sofort ihre Meinung geändert hat und nicht mehr bereit war, diese stationäre Einrichtung zu besuchen. Meine Kollegin aus dem ASD hat das in der HPKJ vorgetragen und wir sind alle zu der Entscheidung gekommen, dass zukünftig das Staatliche Schulamt »den Hut für diesen Prozess aufhat«. Das Schulamt hat dafür Sorge zu tragen – Anna ist 15 Jahre –, dass sie noch beschult wird. Das Staatliche Schulamt wird darauf drängen, dass das, was in der HPKJ beschlossen worden ist, auch umgesetzt wird: Jugendhilfe, Staatliches Schulamt und die Klinik für Suchthilfe machen der Mutter und der Tochter ein Angebot. Sie besucht jetzt den stationären Bereich dieser Suchtklinik, wird dort beschult und nach dieser Form der Unterstützung wird gemeinsam überlegt, welche Hilfestellungen als Anschlusshilfestellungen notwendig sind.

Das war das erste Mal, dass wir uns alle – auch das Staatliche Schulamt, das seit der letzten HPKJ dabei ist – gemeinsam auf eine Lösung verständigt haben. Wir erleben es als sehr erleichternd und sehr gut, weil dadurch auch diese Umwege, die wir immer wieder in der Jugendhilfe gemacht haben, dass wir noch mal und noch mal einen Versuch einer Jugendhilfe starten, hier durchbrochen werden konnte.

In den Beschlüssen, die wir dort gefasst haben gab es auch Mischfinanzierungen. Die Agentur für Arbeit sitzt mit am Tisch. In der Vergangenheit hatten wir das Erlebnis, dass ein junger Mensch beim Reha-Berater war, der wurde dann zum psychologischen Dienst der Agentur geschickt. Dort wurde dann getestet und dann hieß es, der ist nicht arbeitsfähig, der ist nicht ausbildungsfähig, also ein Fall für die Jugendhilfe. Derzeit erfahren die Reha-Berater, wie viel schon im Vorfeld der Berufsberatung geleistet wurde und welche Stärken der junge Mensch hat. Wir arbeiten auch mit allen unseren Formularen ressourcenorientiert. Es wird beschrieben, was der junge Mensch kann und dann erst wird beschrieben, wo er Unterstützungsbedarf benötigt. Bei einigen jungen Menschen übernahm die Agentur für Arbeit aufgrund des vorhandenen Wissens früher Verantwortung. In einer gemeinsamen Förderung muss die Jugendhilfe dann nur noch – wie bei anderen Maßnahmen – die pädagogische Betreuung finanzieren oder eine Übernachtung, wenn die erforderlich ist. Das Jugendamt und das Sozialamt teilen sich dann die Kosten, je nach dem, wer zuständig ist. Wie gesagt, wir träumen noch davon, das Gesundheitswesen stärker mit ins Boot zu nehmen. Am 21. September 2010 habe ich dieses Projekt im Ausschuss für Soziales und Gesundheit – das ist ein Unterausschuss unseres Kreistages – und dem Jugendhilfeausschuss vorgestellt. Es wurde einstimmig der Beschluss gefasst, diesen Verbund umzusetzen und wir möchten uns am Ende unseres Referates jeweils mit einem Wunsch verabschieden:

Hoehne: Mein Wunsch ist weiterhin, dass sich über die Grenzen der Sozialbücher hinweg die Form der Zusammenarbeit politisch durchsetzt, und zwar nicht nur in unserem Landkreis Bodenseekreis. Wir brauchen bundesweite Regelungen, die das grundsätzlich zulassen.

Feiri: Das, was ich von meinen Kollegen im Sozialen Dienst abverlange, wenn es um diese Form der Hilfeplanung geht, entspricht einem Paradigmenwechsel. Das

Alleinstellungsmerkmal, über eine Hilfe zu entscheiden, ist im Landkreis gegeben, aber bestimmte Kinder und Jugendliche müssen in der HPKJ vorgestellt werden. Die Entscheidung in der HPKJ hat einen empfehlenden Charakter. Meine Kollegen haben es nicht alle mit Begeisterung angenommen. Es gab interne Diskussionen. Wir sind auf einem guten Weg. Ich denke, dass dieser zukunftsweisend sein wird und sich mit Sicherheit auch in anderen Dingen in unserer Arbeit in den nächsten Monaten positiv abbilden lässt.

Interdisziplinäre Fallberatung IkoFa – Kooperationsverbund Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugend- und Drogenberatung sowie Schule im Vogelsbergkreis

Gerhild Hoos-Jacob

Der Anstoß zur Entwicklung der Kooperationsvereinbarung kam aus dem Hessischen Sozialministerium. Im Gutachten vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) das im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums erstellt wurde, belegten die Gutachter, dass sowohl Defizite in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung als auch in der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen. Im Auftrag der Ministeriumsleitung wurde daher ein »Konzept zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie« entwickelt, um in Hessen eine ausgewogene Gestaltung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen und flächendeckend eine verbindliche und verlässliche Kooperation zwischen beiden Hilfesystemen zu erreichen. Im April 2004 schließlich startete das Projekt »Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Psychiatrie in Hessen« mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Mit diesem Projekt hat Hessen zum einen den überregionalen Fachdialog zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie durch verschiedene Fachtagungen neu angestoßen. Die Finanzierung des Projekts erfolgte über Effizienzgewinne aus der auf Budgetfinanzierung umgestellten forensischen Psychiatrien.

Der Vogelsbergkreis hat an diesem Projekt mitgearbeitet. Hier wurde eine innerhalb der AG nach § 78 SGB VIII eine Arbeitsgruppe installiert, die eine Kooperationsvereinbarung erarbeitet hat. Eine Besonderheit im Vogelsbergkreis war die Tatsache, dass die Schulen von Anfang an mit einbezogen waren.

Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe setzt sich wie folgt zusammen:

- Jugendamt des Vogelsbergkreis
- Kinder- und psychiatrische Ambulanz
- Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Niedergelassene Therapeuten (Kinder und Jugendliche)
- Abteilungen der Schulen für Erziehungshilfe
- Staatliches Schulamt
- Freie Träger der Jugendhilfe
- Jugend- und Drogenberatungsstelle

Es wurde eine Vereinbarung erarbeitet, die für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf bedarfsgerechte Hilfen entwickelt. Ziel sollte es sein, die tragfähigen Beziehungen der Kinder, Jugendlichen und deren Familien zu erhalten und die Übergänge zwischen den einzelnen Hilfesystemen zu begleiten. Komplexer Hilfebedarf liegt immer dann vor, wenn mindestens zwei Institutionen erforderlich sind, um dem Hilfebedarf gerecht zu werden.

Leitlinien

Die Leitlinien der Vereinbarung sind getragen von gegenseitiger Wertschätzung und beinhaltet folgende Kriterien:

- Gemeinsames Fallverständnis
- Beteiligung der Adressaten
- Verbindliche Kommunikation
- Abstimmung der Hilfe
- Machbarkeit

Organe

Die Kooperation läuft über drei Organe

- Steuergruppe
- *Interdisziplinäre Kollegiale Fallberatung (IkoFa)*
  Die IkoFa tagt an sechs Terminen im Jahr und wird von einem unabhängigen Moderator geleitet
- Geschäftsstelle

Prozessablauf

In einer der beteiligten Institutionen wird für einen Klienten ein komplexer Hilfebedarf gesehen. Der Mitarbeiter, der zunächst mit dem Fall betraut ist, übernimmt die vorläufige Fallkoordination. Er erstellt die notwendigen Unterlagen (Basisdokumentation, aktuelle eigene Berichte, Befunde von Voruntersuchungen, Genogramm), gibt den Elternbrief weiter und holt bei den Erziehungsberechtigen bzw. bei den jungen Volljährigen das Einverständnis und die Schweigepflichtentbindung ein und informiert die Geschäftsstelle. Die Fallvorstellung beinhaltet neben der Formulierung von Fragestellungen bzw. Erwartungen an die Vorstellung in der IkoFa auch die Abklärung der zu beteiligenden Institutionen. Hier ist insbesondere das Binnenverhältnis zwischen öffentlichem und freiem Träger der Jugendhilfe zu beachten.

Ebenso stellt der vorläufige Fallkoordinator den Fall in der IkoFa vor. Hier wird dann die endgültige koordinierende Bezugsperson benannt. Diese bespricht die vorgeschlagenen Hilfen mit den betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Familien.

Aufgaben der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle übernimmt folgende Aufgaben

- Terminvergabe
- Einladung der Mitglieder der Ikofa sowie der Moderation
- Versenden der Fallunterlagen
- Einladung der Sachverständigen
- Ggf. Erstellen einer Zeitschiene, Systematisierung von Angaben

Die Arbeit der IkoFa seit Januar 2009

Die IkoFa hat im März 2009 ihre Arbeit aufgenommen. Bisher wurden zehn junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf vorgestellt, in einem Fall handelte es sich um eine Wiedervorstellung. Die IkoFa wurde von allen beteiligten Institutionen genutzt. Die Komplexität der Fallvorstellungen war sehr unterschiedlich. Die Fallbearbeitung erfolgte mit unterschiedlichen Methoden.

Jede Sitzung wird evaluiert. Insgesamt gab es positive Rückmeldungen, insbesondere, was die Zusammenarbeit der Institution, die fachliche Anerkennung und die Zufriedenheit mit den Empfehlungen angeht. Wichtig war es, das Zeitmanagement einzuhalten, d. h. jeder Fallvorstellung den vorgesehenen Zeitrahmen zur Verfügung zu stellen.

Bisher wurden alle Empfehlungen der IkoFa auch umgesetzt, allerdings steht eine Auswertung der Wirksamkeit der empfohlenen Hilfestellungen noch aus.

Dies wird ein nächster Schritt der Weiterarbeit sein.

Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP)

Ulrich Krüger

In den 90er- Jahren wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts der Aktion Psychisch Kranke das Konzept der Personenzentrierten Hilfen erarbeitet. Die Expertenkommission dieses Projekts (»Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung«) hat mit einer Analyse der bestehenden psychiatrischer Hilfen begonnen und dabei festgestellt, dass sich bei der Hilfeplanung und der Organisation von Hilfen fast alles um Einrichtungen und Einrichtungstypen dreht. Wenn es um psychiatrische Hilfen ging, wurden lange Diskussionen geführt: Wie muss ein Heim für Menschen mit psychischer Behinderung ausgestattet werden? Wie viele Heimplätze braucht man in der Region? Was braucht man noch an Tagesstätten? Was braucht man an ambulanten Wohnformen? usw. Die Personalausstattung richtete sich jeweils nach dem Einrichtungstyp oder wurde für die einzelne Einrichtung verhandelt, nie jedoch im Hinblick auf einzelne Hilfesuchende. Art und Umfang deren Hilfen ergab sich im Wesentlichen daraus, welche Einrichtung sie in Anspruch nahmen.

In einer Region gab es je nach Entwicklungsstand zwei bis fünf Hilfsangebote. Sah ein Klient, seine Angehörigen oder eine psychiatrische Klinik Hilfebedarf, dann wurde entschieden, welche der vorhandenen Einrichtungen die Geeignetste sei. Sofern der Leistungsträger die Kostenübernahme für eine Einrichtung oder einen Leistungstyp zugesagt hatte, waren weitere Planungen nicht mehr erforderlich und fanden allenfalls in der Einrichtung statt. Das Risiko war beträchtlich, dass in der Folge recht standardisierte Hilfen geleistet werden. Sofern Klienten diese für sich ablehnten, blieben sie ohne Unterstützung. Das Ergebnis war in nicht wenigen Fällen Unter-, Über- und Fehlversorgung. Zudem fühlten sich psychisch kranke Menschen oft bevormundet bzw. fremdbestimmten Regeln ausgeliefert.

Vor diesem Hintergrund suchte die Arbeitsgruppe des Projekts vor allem nach einem Weg der Lösung vom Einrichtungsbezug hin zur sehr viel stärkeren Beachtung individueller Wünsche und Bedarfe. In einem einheitlichen Verfahren sollte der gesamte individuelle Hilfebedarf geklärt werden, nicht in einem jeweils gesonderten der Bedarf im Bereich Behandlung, Hilfen zur Selbstversorgung im Wohnbereich, zu Arbeit und Beschäftigung, zur Tagesgestaltung zur Teilhabe am öffentlichen Leben usw. Entsprechend sah die Arbeitsgruppe die Notwendigkeit multiprofessioneller Beteiligung an der Hilfeplanung, denn dem mehrdimensionalen Verständnis psychischer Erkrankung entspricht die Erkenntnis, dass bei schweren Krankheitsverläufen bei der Hilfeplanung psychische, biologische und soziale Aspekte zu berücksichtigen sind.

Dabei sind wir natürlich ganz früh aufmerksam geworden auf die Jugendhilfe, denn ganz im Unterschied zur Eingliederungshilfe und zur psychiatrischen Behandlung gab es hier bereits ein kollektives Steuerungsgremium: die Hilfeplankonferenz. Diese war im KJHG gesetzlich vorgeschrieben und folglich verbreitet. Hier saßen Fachleute aus verschiedenen Bereichen zu Rate und erst als Ergebnis dieser Beratung entstand der individuelle Hilfeplan.

Es ist dann allerdings relativ schnell deutlich geworden, dass innerhalb der Hilfeplankonferenzen im Rahmen der Jugendhilfe weitgehend die gleichen inhaltlichen Gesetzmäßigkeiten galten, die wir in den anderen Bereichen beklagt haben und die wir abschaffen wollten. In der Hilfeplankonferenz wurden zwar die Vorgeschichte zusammengetragen und die bisherigen Hilfen ausgewertet. Als Konsequenz wurden jedoch in aller Regel die standardisierten Hilfen festgelegt. Das heißt, auch hier handelte es sich weitgehend um eine Zuteilungskonferenz: Man hat geprüft, welche der vorhandenen bekannten Maßnahmen die Geeignetste ist.

Allerdings waren die ambulanten Jugendhilfen bereits deutlich flexibler als die Eingliederungshilfe. Familienhilfe, sozialpädagogische Familienhilfe und Einzelfallhilfe konnten individuell dosiert und auch täglich mehrstündig geleistet werden. Dagegen war ambulant betreutes Wohnen in der Eingliederungshilfe auf Personalschlüssel festgelegt: Zumeist hatte ein Sozialarbeiter zwölf Klienten zu betreuen, selten weniger. Es gab in einzelnen Regionen Betreuungsplätze mit höherer Betreuungsdichte, mit Personalschlüsseln von eins zu acht oder eins zu sechs. Auch in diesen Fällen wurden fixe Finanzierungen festgelegt, die für eine Gruppe von Menschen galten, die dieser Wohngruppe zugeordnet wurden. Die größere Flexibilität in der Jugendhilfe führte dazu, dass mehr individuelle Entscheidungsspielräume bestanden.

Es blieb jedoch das Unbehagen, dass es auch in den Hilfeplankonferenzen (HPK) der Jugendhilfe noch nicht so stark um individuelle Zielplanung ging, wie wir es für wünschenswert hielten, noch nicht so stark darum, innovative Lösungen im Einzelfall zu finden. Zudem ging es ausschließlich um Jugendhilfe. Sofern sonstige Therapeuten oder andere Fachleute aus Bereichen außerhalb der Jugendhilfe an der HPK teilnahmen (was selten geschah), äußerten sie sich zu notwendigen Jugendhilfen, planten jedoch nicht ihre eigenen Hilfeleistungen.

Das hat uns sehr schnell darauf gebracht, dass es nicht ausreicht, verschiedene Akteure an einen Tisch zu bringen und die Entscheidung, die bisher verschiedene Leistungsträger jeweils gesondert getroffen haben, nun als Ergebnis kollektiver Abstimmungsprozesse herbeizuführen. Bereits im Vorfeld solcher Entscheidungsrunden musste individuelle Hilfeplanung verstärkt werden. Es waren Instrumente erforderlich, die begünstigen, dass sich die Hilfeplanung sehr viel stärker als bisher von Maßnahmebezügen löst und übergreifend individuelle Lösungen sucht.

Damit sind wir beim Thema dieses Symposiums angekommen, dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), als eine Anleitung zu standardisierter, also vergleichbarer individueller Hilfeplanung. So etwas war zum Wechsel in dieses Jahrtausend die Ausnahme, erst recht in den frühen 90er-Jahren. Es gab Verlaufsberichte für die Menschen, die schon Hilfen bezogen. Es gab stark biografisch geprägte Antragsschreiben, in denen der bisherige Leidensweg geschildert wurde. Je mehr Probleme zusammengetragen wurden, desto größer war die Erwartung umfangreicher Hilfe. Dementsprechend wurden vor allem Probleme aufgelistet, sehr viel weniger eigene Ressourcen. Das war das generelle Prinzip der Hilfeplanung. Davon sollte sich das IBRP-Verfahren deutlich absetzen.

Es ist ein Hilfeplanungsverfahren, das von vier wesentlichen Merkmalen geprägt war. Es soll partizipativ sein, integriert, zielorientiert und lebensweltbezogen. Partizipativ heißt, dass man verstärkt beachtet, was die Wünsche der Betroffenen sind. Dazu sind auch die Bezugspersonen zu hören. Das gilt im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, aber noch deutlich verstärkt bei Kindern und Jugendlichen. Hier ist es noch viel wesentlicher, dass man die Eltern und, soweit vorhanden, andere enge Bezugspersonen einbezieht.

Der individuelle Hilfeplan ist als das Eigentum des psychisch beeinträchtigten Menschen anzusehen. Er muss ihn verstehen können und er muss ihn akzeptieren. Sofern er selbst (noch) nicht fähig ist, eine verantwortliche Entscheidung zu seiner Entwicklung zu treffen, können Bevollmächtigte oder gerichtlich bestellte Betreuer für ihn entscheiden. Für Kinder und Jugendliche können Sorgeberechtigte entscheiden. Aber auch in diesen Fällen sollte der Jugendliche oder das Kind die Planung möglichst mittragen. Vor allem muss der psychisch beeinträchtigte Mensch wissen, wohin der Weg führt: Welche Ziele werden mit welchen Mitteln verfolgt?

Das klingt banal, aber es kontrastiert zu einer Praxis, die vor allem klärt, wer welche Leistungen erbringt und wie viel Geld er dafür bekommt. Diese Fragen stehen im Zentrum von anderen Hilfeplanungsverfahren, die in Deutschland nach wie vor in sehr vielen Bereichen praktiziert werden.

Bei Hilfeplanung im personenzentrierten Verständnis geht es nicht primär darum, die offenen Fragen der Leistungsträger und der Leistungserbringer zu klären, sondern die der Leistungsempfänger. Leistungsträger müssen ihre Zuständigkeit abklären und können nur bei begründetem Anspruch öffentliche Mittel oder Beitragsgelder einsetzen. Leistungserbringer wollen wissen, ab wann, für wie lange und in welchem Umfang Finanzierungen übernommen werden. Den psychisch kranken Menschen interessiert dagegen, welche Hilfen (qualitativ und quantitativ) er von wem erhält und was diese bewirken sollen.

Bei der Hilfe zur Teilhabe wird von dem Tag der Aufnahme an die für die Einrichtung übliche und mögliche Leistung aufgenommen – und keinen Tag früher – und nach dem Tag der Beendigung ist die Aufgabe beendet. Das scheint selbstverständlich zu sein. Es handelt sich um einen definierten Auftrag, der von zwei Vertragspartnern, Leistungsträger und Leistungserbringer, ausgehandelt wurde. Dabei spielt der Betroffene oft eine relativ untergeordnete Rolle. Das soll das IBRP-Verfahren ändern. Das Hilfeplanungsinstrument ist ein Bogen, das vor allem für den psychisch kranken Menschen verständlich sein muss, das seine Wünsche beinhalten muss, aber auch eine Reflexion der Wünsche beinhaltet. Es ist also kein Fragebogen, in dem die Wünsche des Betroffenen und seiner Bezugspersonen aufgenommen werden, sondern das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses über die sinnvolle weitere Vorgehensweise. Damit ist der erste Aspekt des Hilfeplanungsverfahrens beschrieben: partizipativ.

Die zweite Anforderung, ›integriert‹, folgt aus der Erkenntnis, dass psychisch kranke Menschen jeder Altersstufe oft Hilfebedarfe in verschiedenen Bereichen haben. Diese verschiedenen Bereiche gilt es, in einen einzigen individuellen Hilfeplan zu vereinigen. Es soll keinen gesonderten Plan geben für Behandlung, Eingliederungshilfe,

Jugendhilfe, Hilfe zu Ausbildung, Arbeit oder Beschäftigung, Pflege usw., sondern einen gemeinsamen. Heute existieren selbst innerhalb der Bereiche oft mehrere parallele Planungen. Somatische und psychiatrische Klinik, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, niedergelassene Ärzte und Fachärzte, Psychotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Krankenpflegekräfte – um nur den Bereich Behandlung etwas zu differenzieren – führen in der Regel keine gemeinsame individuelle Behandlungsplanung durch. Jeder hat da innerhalb seines Bereichs eigene Anweisungen, wie er zu planen und zu dokumentieren hat, wobei die Planung meistens ein kleines Gewicht hat, die Dokumentation sehr viel größeres. Aber etwas Übergreifendes kommt kaum vor. Wenn es gelänge, noch andere Bereiche hinzunehmen z. B. Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Pflege usw., könnte man von einem großen Erfolg sprechen. Dieses Anliegen drückt die Anforderung ›integriert‹ aus.

Die Behandlungsleistungen wurden und werden besonders betont, weil der Eindruck besteht, dass immer mehr Leistungen in den Bereich der Sozialhilfe rutschen. Das gilt nachweislich im Bereich der Hilfen für psychisch kranke Erwachsene: Die Eingliederungshilfe wächst deutlich schneller als die Behandlungsleistungen. Es gibt feste Budgets für Krankenhäuser, es gibt fest Budgets für die ambulante Behandlung usw. und so fort. Am Schwierigsten ist es im Bereich der freiwilligen Leistungen, die überall aus finanziellen Gründen unter Druck stehen. Eingliederungshilfe ist eine Hilfe für bedürftige Menschen mit Behinderung. Es gibt eine Tendenz, so lange zu warten, bis die Behinderung eingetreten ist. Dann greift das letzte Netz, die Sozialhilfe. Wir müssen stärker in den Bereich der Versicherungsleistungen kommen, wir müssen auch stärker in den Bereich kommen, der ohne individuelle Anspruchsberechtigung staatlich finanziert sind. Auch bei der Diskussion über die kleine Lösung und die große Lösung, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe zusammenzulegen, spielt das Finanzielle eine große Rolle. Es geht nicht nur um Zuständigkeiten. Die Sozialhilfe ist immer subsidiär, d. h. eine Leistung bekommt nur derjenige, der kein Geld verdient und dessen Eltern oder andere, die im Haushalt leben auch kein Einkommen haben. Die Jugendhilfe ist nicht subsidiär. Vordergründig könnte man sagen, beides ist kommunal, deshalb sollte es nicht schwer sein, bei Leistungen zu bündeln. Da ist jedoch ein riesengroßer Unterschied. Wenn das alles Jugendhilfe wird, und das wissen die Kommunen auch sehr genau, dann fällt es heraus aus dem Subsidiaritätsprinzip, d. h. wir haben keine Eigenbeteiligung mehr, die Eltern müssen nicht zahlen.

Dieser Aspekt erschwert die Entscheidung, wie man das sinnvoll zusammenführt: Die Jugendhilfe, die Behandlung, die medizinische Rehabilitation, die Eingliederungshilfe, die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben und weitere Hilfen – das alles soll integriert geplant werden, damit *ein* Mensch *einen* Hilfeplan hat und sich orientieren kann.

Dabei geht es auch um die Frage: Wer soll für die als erforderlich festgestellten Hilfen aufkommen, wer ist dafür ›zuständig‹? Diesbezüglich hilft es, in den Gesetzen nachzulesen: In allen Sozialgesetzbüchern steht übereinstimmend, dass das einzige Entscheidungskriterium für die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsbereichen

die Ziele sind. Es geht also nicht darum, warum jemand behindert ist, es geht nicht um die Frage, warum einer krank ist, sondern es geht um die Frage: Wozu dient die Hilfe? Geht es darum, einen akuten Zustand mit geeigneten Mitteln mehr oder weniger kurzfristig zu überwinden, dann sind wir im Bereich der Behandlung. Wenn es mehr darum geht, die Krankheitsfolgen, die trotz einer solchen Akutbehandlung nicht gleich überwunden werden können, auszugleichen oder langfristig zu mindern oder ihre Auswirkungen zu lindern, sind wir im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Geht es darum, die sozialen Folgen einer Behinderung zu lindern, also soziale Teilhabe zu ermöglichen, sind wir im Bereich der Eingliederungshilfe. Das Ziel ist entscheiden für die sozialrechtliche Zuordnung.

Das Ziel kann auch darin bestehen, einen Status Quo zu erhalten. Es kann sein, dass therapeutische auch rehabilitative Möglichkeiten weitgehend ausgeschöpft sind, dieser Mensch aber trotzdem kontinuierlich in bestimmten Bereichen Unterstützung benötigt. Für dieses Hilfesystem ist die Pflegeversicherung geschaffen worden. Die Pflegeversicherung unterstützt kontinuierliche alltägliche alltagsbezogene Unterstützungsleistungen.

Auch hier haben wir eben erhebliche Defizite. Der ganze Pflegebereich greift so gut wie gar nicht bei psychisch Kranken jeder Altersgruppe.

Das integrierte zielorientierte Hilfeplanungsverfahren ist entstanden, um Art und Umfang der erforderlichen Hilfen und die sozialrechtliche Zuständigkeit zu klären. Ich habe bisher vor allem die Klärung der Zuständigkeit der Leistungsträger betont. Mindestens genauso wichtig ist die Zielbestimmung im Hinblick auf die individuelle Entwicklung und die Einbeziehung des psychisch kranken Menschen.

Ich komme noch zu dem Aspekt des Lebensweltbezugs. Es war schon von dem Phänomen die Rede, dass selbst bei intensiver Besprechung über die Vorgehensweise im Einzelfall ganz häufig zum Schluss eine recht standardisierte Maßnahmeentscheidung zustande kam. Das Kind kam bei intensiverem Hilfebedarf in eine stationäre Einrichtung, ansonsten in eine Fördereinrichtungen oder Praxis, immer aber zu irgendwelchen Professionellen und damit verbunden in einen professionellen Rahmen hinein. Wir wissen aber, dass es psychisch kranken Menschen oft sehr schwer fällt, bestimmte Dinge von einem Kontext in einen anderen zu übertragen. Wenn es dem Profi gelingt, eine gute vertrauensvolle Arbeitsbeziehung mit einem psychisch kranken Kind oder Jugendlichen aufzubauen, dann heißt das noch lange nicht, dass dieses Kind, dieser Jugendliche anschließend offener, selbstbewusster, deutlicher in andere Kontakte hineingeht. Die therapeutische Euphorie, nach der psychische Gesundung und Stabilisierung sich zwangsläufig einstellt, wenn man genügend lange Zeit geeignete Behandlungsverfahren und Wohlwollen einsetzt, hat sich leider nicht für alle Fälle bewahrheitet.

Bei schwereren psychischen Störungen ist es ein extrem aufwendiges und auch nicht immer erfolgreiches Unterfangen, die Menschen erst einmal in einen therapeutischen Kontext zu holen und eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen. Gleichzeitig ist es gerade bei diesen Störungen unsicher, ob ein Transfer von Kompetenzen in andere Kontexte gelingt. Daher ist es wichtig, schon sehr früh zu schauen, an welchen Orten

sich die neue Stärke zeigen oder beweisen soll oder welche Orte oder welche Situationen gemieden werden müssen, um nicht in kritische Situationen hineinzukommen. ›Lebensweltorientiert‹ meint die Ausrichtung auf die üblichen Lebensbezüge des psychisch kranken Menschen und seine subjektive Lebenswelt. Das ist bei Kindern und Jugendlichen z. B. die Schule, der Freundeskreis, die Familie, es ist vielleicht bei fortgeschrittenem Alter der Ausbildungsplatz oder die Entscheidung darüber.

Die große Frage ist: Wie drücken sich krankheitsbedingte Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen aus und wie kann man in diesen Lebensbereichen mit entsprechenden Interventionen helfen?

Aktuell haben wir trotz individueller Hilfeplanung und trotz zunehmend kollektiver Entscheidungsprozesse nach wie vor noch ein Hilfesystem, das in der Erbringung stark einrichtungs- bzw. maßnahmebezogen arbeitet.

Das IBRP-Verfahren ist als ein qualitätsverbesserndes Instrument zu verstehen. Es soll die verschiedenen Akteure unter starker Einbeziehung des psychisch kranken Menschen zusammenführen und dazu beitragen, dass sie – mit jeweils spezieller Methodik – abgestimmt an gemeinsamen Zielen arbeiten. Ich freue mich sehr, dass wir in den vorherigen Beiträgen hören konnten, wie dies – zumindest regional und partiell – in der Praxis gelingt.

IV Hilfen bei Substanzproblemen

Einleitung

Jörg Holke

Im Fokus des Symposiums standen die Angebote zur Suchtbehandlung und Suchtrehabilitation. Die Strukturen zur Suchtbehandlung von Kindern und Jugendlichen sind noch nicht ausreichend entwickelt. Es gibt erst in den letzten zehn Jahren nennenswerte Strukturen für Suchtbehandlung. Jugendliche sind nur schwer einzupassen in Strukturen. Sie probieren verschiedene Möglichkeiten durch und kommen dann möglicherweise auf die zurück, die sie positiv erlebt haben. Kaum ein suchtgefährdeter Jugendlicher würde eine »Behandlungskette« durchlaufen. Auch wird in der Suchtbehandlung überregional gearbeitet, da die Bevölkerungsdichte keine engen kommunal basierten Strukturen erlaubt.

Die suchtklinische Behandlung als Behandlungsleistung nach dem SGB V findet zurzeit nur in weniger als 20 Standorten bundesweit statt. Edelhard Thoms stellt in seinem Beitrag die Chancen und Grenzen von Suchtbehandlung im klinischen Setting und die praktische Umsetzung in Leipzig vor. Medizinische Rehabilitation ist für Jugendliche mit einer Suchtproblematik in spezifischen Einrichtungen nur an wenigen Standorten möglich. Zum Teil werden Jugendliche in Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen, die vorrangig Erwachsene behandeln.

Rehabilitationsangebote als Komplexleistung der Jugendhilfe und der Krankenkasse bzw. Rentenversicherung sind zurzeit leider keine Regelleistung. Bundesweit ist es aktuell nur an zwei Standorten möglich, solch eine integrierte Leistung anzubieten. Robert Benz stellt in seinem Beitrag einen der zwei Standorte, das Modellprojekt »Just« in Baden-Württemberg, vor.

Es bleibt zu hoffen, dass diese für die Betroffene so immens wichtige integrierte Hilfeform in naher Zukunft zur Regelleistung wird. Hier sollte auch gesetzlich nachgebessert werden, um sozialrechtliche Erschwernisse aus dem Weg zu räumen. So wäre denkbar, die Komplexleistungsansprüche im SGB IX zu erweitern oder im SGB IV den Sozialversicherungsträgern diese Möglichkeit explizit zu ermöglichen. Bis zu solch einer Gesetzesreform bleibt nur der Hinweis, dass im Einzelfall durch die Beantragung eines persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX (Rechtsanspruch) solch eine Komplexleistung realisiert werden kann.

Abhängigkeitserkrankte Kinder und Jugendliche – Behandlungsrealität aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Edelhard Thoms

Bei 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland liegen Hinweise auf seelische Störungen vor (BELLA-Studie 2007, RKA-Studie 2008). Etwa eine Million aller Kinder und Jugendlichen (6 – 9 %) sind psychisch oder psychosomatisch krank und behandlungsbedürftig. Diese Zahl wächst jährlich um etwa 4 %. Auch die Prävalenzzahlen seelischer Erkrankung von Zwei- bis Viereinhalbjährigen liegt im Bereich von 9,6 – 17,7 %. Frühe Interaktionserfahrungen bestimmen, auf Grundlage von Genetik und äußerem Stress, die Entwicklung unseres Gehirns. Neuronale Plastizität, Neurotransmitterstoffwechsel und die Entwicklung unseres Neuroendokriniums passen sich der Benutzung entsprechend an. Abhängig von der Resilienz und der zur Verfügung stehenden Stress- und Informationsverarbeitung entwickeln sich die Möglichkeiten, Affekte zu regulieren. Bei Überforderung entwickeln sich bei Säuglingen und Kleinkindern entsprechende psychopathologische Auffälligkeiten, die sich häufig in der Interaktion zum Erwachsenen zeigen.

Die Lebenszeitprävalenz für Drogenkontakt liegt bei etwa 30 %, von diesen sind 10 % gefährdet, abhängig zu werden und aus dieser Gruppe werden etwa 50 – 60 % auch manifest abhängig. Die Monatsprävalenz von Cannabis bei Hamburger, Frankfurter und Berliner Jugendlichen im Alter von 15 – 16 Jahren liegt zwischen 17,5 und 19,8 %. Ein kleinerer Teil dieser Konsumenten werden aufgrund von täglichem Konsum in Dosen von 1 – 10 g abhängig. Der andere Teil stellt selbst in der Spätadoleszenz (20 – 25 Jahre) den Konsum ein.

Der Erstkonsum von Behandlungsbedürftigen liegt – um vier Jahre früher als in der Allgemeinbevölkerung – im Alter von zehn bis zwölf Jahren. Die Abhängigkeit von Tabak liegt bei den stationär behandelten Patienten bei nahezu 100 %, von Cannabis bei 50 %, von Metamphetaminen bei 20 %, von Opiaten bei 10 % und von Alkohol, zunehmend seit 2007, jetzt bei aktuell 20 %.

Die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen werden von Kindern und Jugendlichen funktional benutzt. So wird Kokain eingesetzt als »Ego-Droge«, Speed als »Leistungsdroge«, Opiate als »Wegmachdroge«, Haschisch als »Entspannungsdroge«, Alkohol als »Geselligkeitsdroge«, Ecstasy als »Harmoniedroge« und LSD-Psilocybin-Pilze als »Grenzerfahrungsdroge«. Für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit im Jugendalter sind früh auftretende Verhaltensstörungen ein hohes Risiko. Im späteren Alter sind negativ erlebte Schullehrer, Bindung und Schulversagen, eine ineffektive Erziehung, keine ausreichend stabile Bindung und der Kontakt mit devianten Peergroups und Zurückweisungen Prädiktoren für eine später sich entwickelnde Substanzabhängigkeit mit Delinquenz und Gewalttätigkeit (Webster et al. 2001). Weitere Risikofaktoren sind frühe negative Bindungserfahrungen – schon im Säuglingsalter – Vernachlässigung durch die Eltern, Zurückweisung, Misshandlung, Missbrauch, inkonsequente Erziehung, abnorme intrafamiliäre Beziehungsmuster, Teilleistungsstörung und AD(H)S.

In verschiedenen Studien zeigt sich, dass 22,5 % der 12- bis 17-Jährigen traumatische Erfahrungen erlebt haben (Bremer Jugendstudie Essau 1999, Costello, North-Carolina-Studie, 2002) und nur wenige entsprechende Hilfen bekommen. Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass nach Traumatisierungen im Kindesalter regressives Verhalten auftritt, vermehrte Anhänglichkeit, Trennungsängste, aber auch aggressives Verhalten, somatische Beschwerden und sexualisiertes Verhalten. Wir finden einen erhöhten Anteil in dieser Gruppe mit Angststörungen, Depressivität, Persönlichkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsstörungen, aber auch mit Substanzabusus. Kraus und Mitarbeiter (2000) fassen zusammen, dass Realtraumatisierung bzw. Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit Prädiktoren für eine spätere Abhängigkeitsproblematik und daraus resultierende psychosoziale Funktionsstörungen sind.

Traumatischen Erfahrungshintergrund i. S. vieler akuter Traumatisierungen oder einer sequenziellen Traumatisierung weisen 50 – 60 % der abhängigkeitserkrankten Kinder und Jugendlichen auf. Eigene Studien zeigen, dass 60 % der Kinder und Jugendlichen, die in unserer Klinik behandelt wurden, sequenziell traumatisiert wurden. Die Studie von Schäfer (2000) in Reha-Einrichtungen für drogenabhängige Kinder und Jugendliche zeigt, dass 50 – 70 % der Rehabilitanten sexuelle Gewalterfahrungen hatten.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass frühe Beziehungstraumata zu einer sehr geringen Stresstoleranz führen. Suchttherapie ist, auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, überwiegend konfrontativ und konfliktorientiert, aber unter dem Blickwinkel, dass ein großer Teil posttraumatische Belastungsstörung hat, müssen diese entwicklungspsychologischen Aspekte im therapeutischen Prozess mit berücksichtigt werden. Umsetzbar ist ein solches Konzept mit einer modularen Therapie, die die Traumafolgestörung und den Suchtaspekt in ein gemeinsames Konzept integrieren. Reine Fokusierung auf das Suchtgeschehen wird den Kindern und Jugendlichen mit ihrer Komplexität nicht gerecht.

In unterschiedlichen Studien, so auch in unserer umfangreichen Evaluationsstudie, wird deutlich, dass zwischen 60 und 80 % der abhängigkeitserkrankten Kinder und Jugendlichen den Suchtmittelmissbrauch als Copingstrategie auf dem Boden einer anderen seelischen Störungen nutzen. Am häufigsten ist sicherlich die Traumafolgestörung, gefolgt von emotionalen Störungen, schwerwiegenden Teilleistungsstörungen, ADHS und Psychosen.

Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankung brauchen ein gut vernetztes Hilfesystem. Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Krankenkassen, Rentenversicherung, Kinder-und Jugendpsychiatrie müssen gemeinsam den jungen Menschen eine neue Perspektive eröffnen. Im ambulanten Bereich fehlen in vielen Städten auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Beratungseinheiten, wie Jugend- und Drogenberatungsstellen. Der Zugang von abhängigkeitserkrankten Minderjährigen in Suchtberatungsstellen der Erwachsenen ist minimal, die Hauptzuweiser in den stationären Bereich sind immer noch Kinderärzte, Hausärzte, die Eltern oder die Jugendlichen selbst.

Die Indikation zur stationären, teilstationären oder ambulanten Maßnahme wird bestimmt durch das soziale Umfeld, die Tagesstruktur und die Abstinenzmotivation. In Deutschland stehen etwa 200 stationäre Behandlungsplätze an weniger als 20 Standorten zur Verfügung. Die Versorgungslandkarte kann unter www.kinderpsychiater.org aufgerufen werden. Eine Behandlung im Erwachsenenbereich der Psychiatrie ist aus entwicklungspsychiatrischer Sicht kontraindiziert.

Substanzabhängige Kinder und Jugendliche weisen bei längerer Behandlungsdauer – mehr als 90 Tage – bessere Behandlungsergebnisse auf als in Kurzzeittherapien. Das ist verständlich, da eine Abhängigkeitserkrankung in diesem Alter verbunden ist mit erheblichen Entwicklungsdefiziten und einer Vielzahl anderer Störungsbilder. Behandlungsstrategien bei Kindern und Jugendlichen sind ein integratives Konzept und die Zielrichtung einer Behandlung der Grundstörung. Der qualifizierte Entzug, die Entwöhnung und die Adaption müssen immer die Grundstörung mit im Fokus haben. Nur durch eine Bearbeitung der Grundstörung lässt sich die Rückfallgefahr reduzieren, die Stabilisierung und Entwicklung der Persönlichkeit verbessern. Am besten bewährt haben sich zweiphasige Behandlungskonzepte. Während der Aufnahmephase findet Diagnostik, körperlicher Entzug, Aufklärung, Information, Motivationserarbeitung, Gruppenarbeit, Einzel- und Elternarbeit in Vorbereitung der Psychotherapie der Grundstörung statt. In der zweiten Phase, der Behandlungsphase, findet neben suchtspezifischen Aspekten die Behandlung der Primärdiagnose statt. Bestimmte Module zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, emotionalen Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, psychotischen Störungen und bei Traumafolgestörungen müssen in diese Behandlungsphase individuell und indikationsspezifisch mit integriert werden.

Die Methoden der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankten sind psychodynamische Therapie, systemische Familientherapie, kognitive Verhaltenstherapie, katathyme Imagination, Sozio-, Moto-, Ergo-, Musik-, Kunsttherapie und Logopädie, Akupunktur, kognitives Training, Psychoedukation, Traumatherapie, Schule und erlebnistherapeutische Arbeit. Im Vordergrund steht die Förderung der Selbstwirksamkeit und Teilhabe durch eine, das Kind und den Jugendlichen stark einbeziehende Gestaltung des Alltages.

Allgemeine Forderungen:

- Der Ausbau von Jugend- und Drogenberatungsstellen ist unbedingt notwendig, um Kindern und Jugendlichen eine angemessene Kontaktaufnahme mit dem Helfersystem zu ermöglichen.
- Kinder- und jugendgerechte Krankenbehandlung und Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankten durch Krankenkassen und Jugendhilfe. Die Einrichtungen müssen kinder- und jugendgerecht, multiprofessionell ausgestattet sein.
- Frühe Interventionsmodelle
- Kompetente Jugendhilfeeinrichtungen
- Arbeit mit Hochrisikogruppen zur Prävention

- Ausbau des Hilfenetzes für Kinder seelisch und suchtkranker Eltern und Vernetzung mit dem Hilfesystem für suchtkranke Kinder und Jugendliche.
- Schnittstellenreduktion bei bindungs- und beziehungsgestörten Kindern und Jugendlichen
- Spezielle Schulangebote für seelisch kranke und suchtkranke Kinder und Jugendliche
- Früherkennung psychischer Risikofaktoren und Auffälligkeiten im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

Nur so sind pathologische Verläufe und Entwicklungen von Suchterkrankungen im späteren Kindes- und Jugendalter zu verhindern.

Eine Literaturliste kann unter edelhard.thoms@parkkrankenhaus-leipzig.de beim Verfasser angefordert werden.

Das Projekt JUST – Jugendsuchttherapie, eine integrierte Hilfeform

Robert Benz

Warum Jugendliche und Adoleszente mit Suchtentwicklung eine eigene spezifische Hilfeform brauchen

Spezifika bei Sucht im Jugendalter

Jugendliche mit beginnender Suchtentwicklung und bereits manifester Suchterkrankung können nicht mit Erwachsenen mit gleichem Krankheitsbild gleichgesetzt werden. Wendet man die üblichen ICD 10-Kriterien zur Diagnose an, stellt man schnell fest, dass vor allem

- körperlicher Entzug
- Toleranzentwicklung
- Konsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen

selten, vielmehr aber die Kriterien

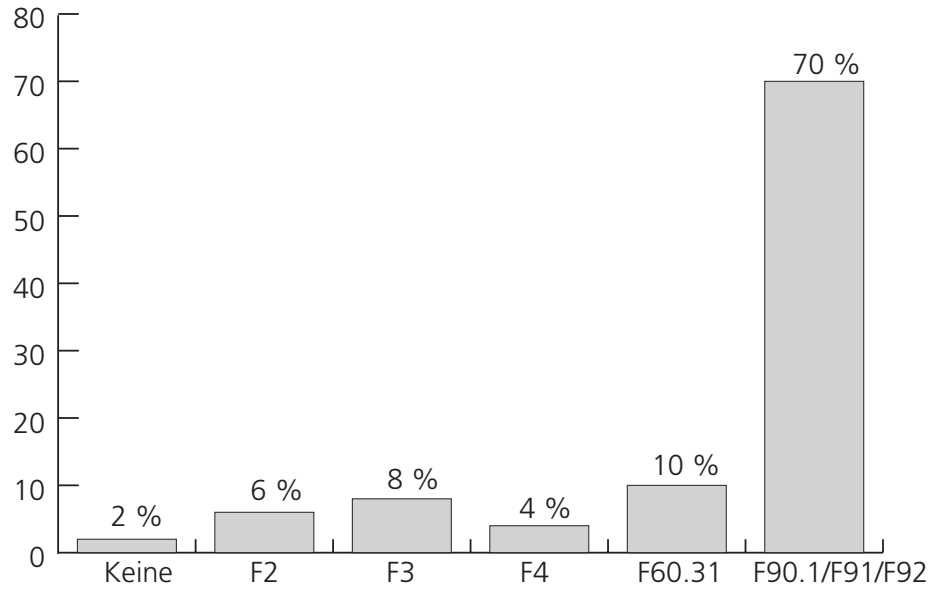
- Inkaufnahme erheblicher sozialer Nachteile und Folgen
- Versagen bei altergemäßen Entwicklungsaufgaben

zu gewichten sind (Schepker et al. 2009). Jugendliche probieren aus, legen sich häufig bezüglich der Substanzen nicht fest und konsumieren häufig polytox. Eine Einteilung in Alkoholkranke versus illegale Drogen-Konsumierende macht in einem Behandlungsangebot wenig Sinn. Substanzen gewinnen schnell an Bedeutung und verlieren bei bspw. gesetzlichen Veränderungen wieder an Gewicht. So hat in den letzten Jahren Alkohol bei Jugendlichen an Bedeutung gewonnen, das Einstiegsalter wird dabei jünger und der Konsum exzessiver – »Komasaufen«/»Bingedrinking« hat viel Presseaufmerksamkeit erhalten. Bei Jugendlichen sind die »typischen Suchtentwicklungs-Phasen« (Prodromalstadium, »kritischer Konsum«, Abhängigkeit), die ebenfalls allein aus der Alkoholerkrankung Erwachsener abgeleitet sind, nur schwer zu trennen, da sie sehr schnell verlaufen können und von »normalen« jugendlichen Entwicklungsschritten nur bei genauem Hinsehen zu unterschieden sind.

60 % der Jugendlichen, die auf der niederschwelligen Behandlungsstation für Jugendliche mit Suchtproblemen behandelt wurden, wiesen eine nach ICD 10 diagnostizierte Komorbidität auf (Schepker 2009). Die bis 12/2009 in JUST behandelten Jugendlichen (n = 51) wiesen nahezu alle eine oder mehre psychiatrische Diagnosen auf (Abb. 1).

Die Bedeutung der Peergroup und der Familie

Als wichtiger Entwicklungsschritt zu einem guten Start ins Erwachsenenleben gehört eine gelungene Ablösung von den Eltern. Jugendliche rebellieren und grenzen sich gegenüber den Eltern ab, sie suchen eigene Werte und Orientierung. Sie wollen dazu Gleichgesinnte und orientieren sich an der Peergroup, die in ihren Vorstellungen



F20 Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis
F3 Affektive Störungen
F4 Angst- und Belastungsstörungen
F60.31 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen
F90 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
F91 Störungen des Sozialverhaltens
F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen

Abb. 1: (Jugend-)Psychiatrische Komorbidität I (n = 51), 31.12.2009

entspricht. Häufig ist bei Jugendlichen mit früher Suchtentwicklung die pubertäre Auseinandersetzung noch nicht erfolgt. Gleichzeitig weisen die Elternhäuser dieser Klientel häufig innerfamiliäre Probleme auf – es gibt in diesen Familien viele Trennungen, Beziehungsabbrüche und Umzüge, Alleinerziehende, Elternteile mit Suchterkrankungen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen. Diese Jugendlichen haben oft unsichere oder nicht klassifizierbare Bindungen (laut AAI – Adult Attachment Interview) in ihrer frühen Entwicklung erlebt, wie aus einer Studie an der Klientel der niederschwelligen Jugendsuchtstation hervorgeht (Amann 2009).

Nicht selten werden Jugendliche mit Suchtentwicklung aufgrund ihrer meist auch erzieherischen Herausforderung beim örtlich zuständigen Jugendamt vorstellig und sie und ihre Eltern nehmen Hilfe zur Erziehung in Anspruch. Nun machen sie aber gerade auch dort die Erfahrung, dass die Institutionen und deren professionellen Pädagogen wie ihre Eltern an Grenzen stoßen. Häufige Abbrüche und Wechsel und ein Scheiterungserleben sind die Folge. In der Schule gibt es ähnliche Erfahrungen – Leistungsabfall oder Auffälligkeiten wegen Provokationen oder Grenzüberschreitungen kann nahezu jeder Jugendliche mit Suchtentwicklung in seiner Anamnese aufweisen.

Was ist JUST?

Wie muss nun eine adäquate Hilfeform für Jugendliche mit diesem vielfältigen Hilfebedarf aussehen und wer hat diese zu leisten? *Ju*gend*s*ucht*t*herapie – JUST, stellt eine Langzeittherapie-Einrichtung für Jugendliche mit schwerwiegenden Suchtproblemen

dar. Es handelt sich um ein integriertes stationäres Angebot für *erziehungsbedürftige* und *abhängigkeitskranke* junge Menschen mit Jugendhilfebedarf, medizinischem Behandlungs- und suchtrehabilitativem Förderbedarf im Aufnahmealter von 14 bis einschließlich 18 Jahren.

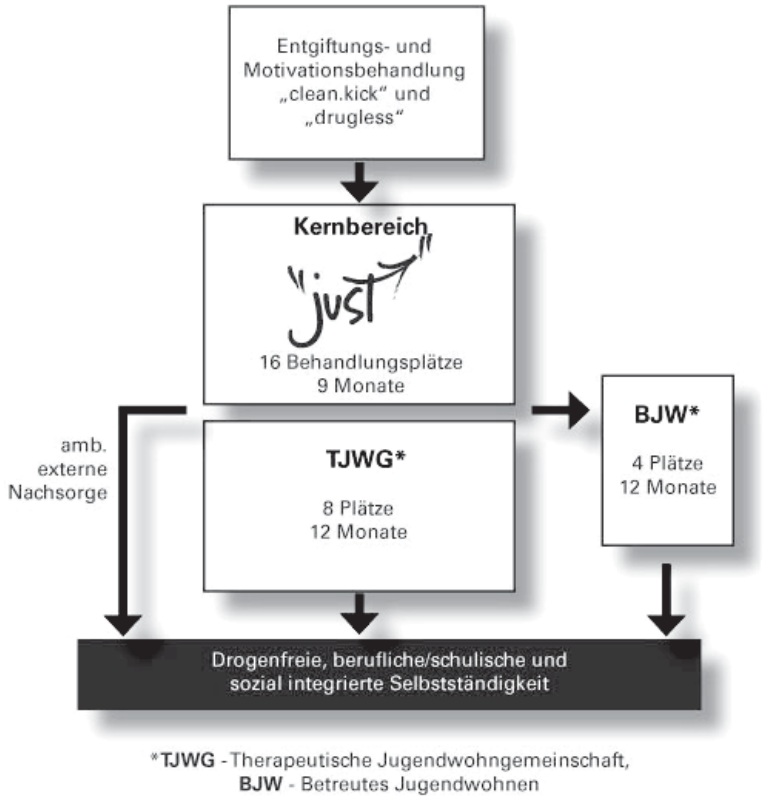


Abbildung 2

Das Modellprojekt JUST-Jugendsuchttherapie wurde unter Moderation des Sozialministeriums Baden-Württemberg als eine integrierte Hilfeform zur gemeinsamen Leistungserbringung von 60 % Jugendhilfe, 20 % Suchthilfe und 20 % Jugendpsychiatrie ausgehandelt. Das entspricht einer Mischfinanzierung von entsprechenden Anteilen des örtlich zuständigen Jugendhilfeträgers, der Rentenversicherung und der Krankenversicherung. Für dieses Finanzierungsmodell mussten sich alle Leistungsträger etwas außerhalb ihrer eigentlichen Kompetenz für zuständig erklären – denn für sich genommen ist jeder der drei Leistungsträger für jugendliche Suchtkranke nur subsidiär zuständig (Fegert und Schepker 2009).

Phasenmodell versus »integriertem Modell« und komplexe Behandlungsstrategie

Die bisherige Hilfeform für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankung, ein Phasenmodell von Akutbehandlung ⇒ medizinischer Rehabilitation ⇒ stationärer Jugendhilfe ⇒ Schule/Ausbildung soll im Projekt JUST als integrierte Hilfe »unter einem Dach« angeboten werden.

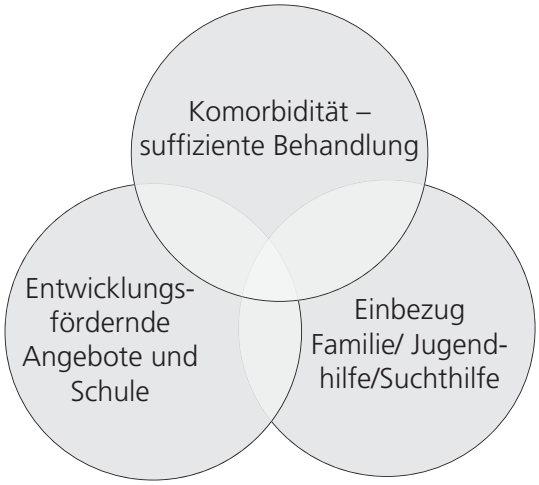


Abbildung 3

JUST möchte dem komplexen Hilfebedarf mit umfangreichem Angebot gerecht werden:

- Multiprofessionelles Team mit pädagogischer, kinder- und jugendpsychiatrischer und suchtspezifischer Kompetenz
- Schule und Arbeit als wichtiger Bestandteil des Angebots
- »Moratorien« statt Abbruch oder Entlassung (Bedenkzeit und Motivationsüberprüfung außerhalb)
- Behandlungsnetz – einfache Wechsel bspw. in die Klinik und zurück müssen möglich sein
- Enge Kooperation mit anderen Hilfesystemen
- Familiensysteme werden mit einbezogen (Familiengespräche, zweitägiges Familienseminar)
- Therapeutisches Milieu anstelle der Peergroup

Wie läuft die Finanzierung?

Eine Rahmenvereinbarung, unterschieben von allen beteiligten Vertretern der zuständigen Leitungsträger – der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, der Vertreter der Gesetzliche Krankenkassen und des Kommunalverbands für Jugend und Soziales KVJS, regelt die genaue Kostenaufteilung. Das Jugendamt Ravensburg steht in Koordinationsfunktion zur Verfügung und kommuniziert zwischen den drei Kostenträgern.

Erfahrungen aus den drei Jahren JUST

Das Modellprojekt JUST wird durch einen Projektbeirat mit Vertretern aller Leistungsträger sowie dem Sozialministerium begleitet. Im Abschlussbericht zur vom KVJS (Kommunalverband für Jugend und Soziales) Stuttgart geförderten Begleitevaluation der ersten Projektphase JUST wurden die Ergebnisse erfasst und gesammelt.

Eine besondere Herausforderung im Projekt war das Zusammenfinden unterschiedlicher Professionen und deren berufliche Herkunft. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Jugendhilfe und das Reha-Wesen sprechen nicht genau die gleiche Sprache. So sah in JUST auch jeder den Teil, den er aus seiner beruflichen Sicht heraus sehen wollte und für den er sich zuständig sah. Auch vonseiten der Leistungsträger sind Standards bspw. in Fragen von Dokumentation, Berichterstattung oder Qualitätssicherung vorgegeben. Hier galt es flexibel und offen zu sein, was glücklicherweise auch oft gelang. Als ein Beispiel zum Nachweis der geleisteten pädagogischen und therapeutischen Arbeit wurde der JUST-Stern entwickelt.

Die für JUST zentralen Entwicklungsbereiche werden in zehn Items regelmäßig erfasst und grafisch dargestellt (siehe Abb. 4 und 5).

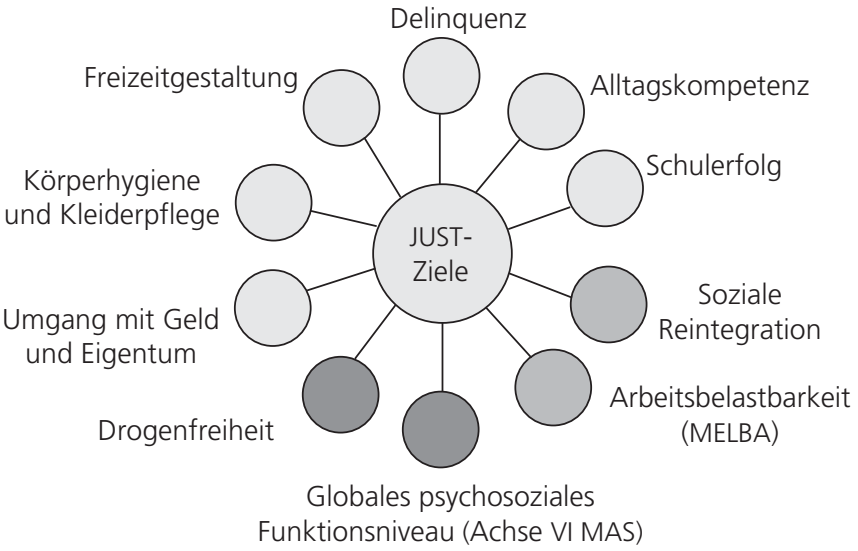


Abbildung 4

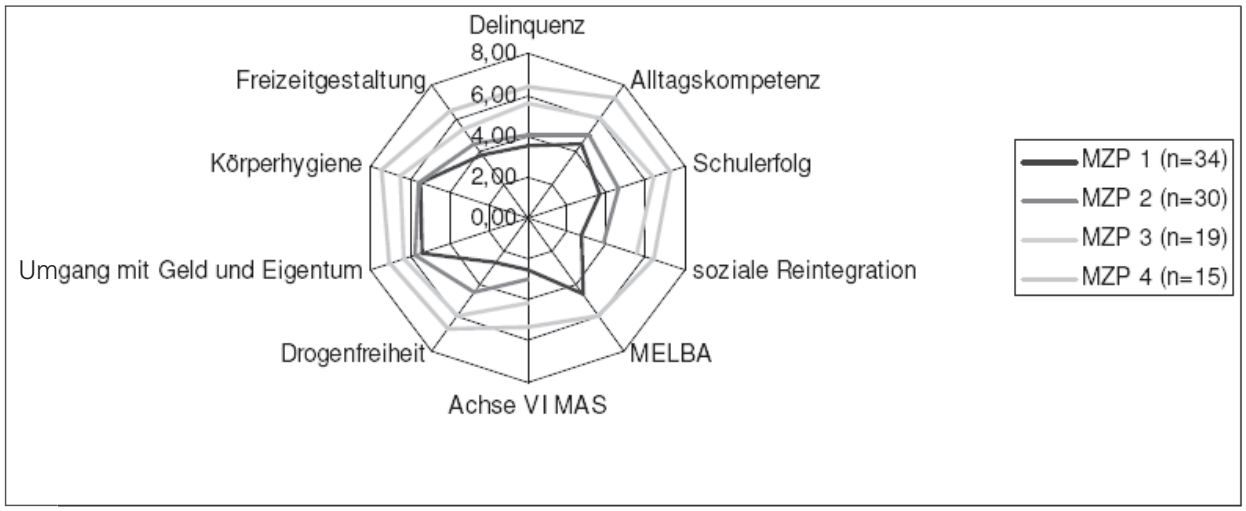
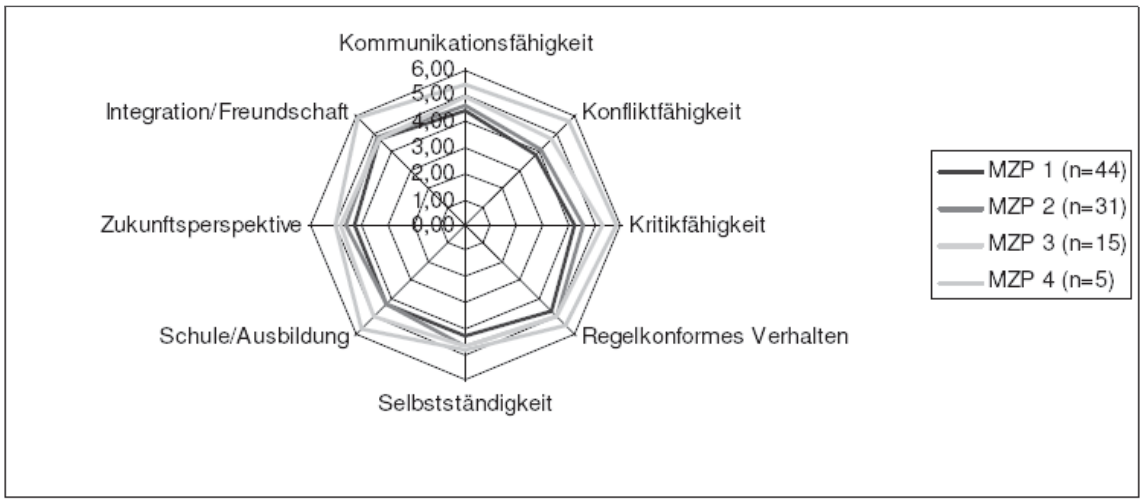


Abb. 5: JUST-Stern; alle Jugendlichen 31.12.2009

Mit dem Pädagogischen Zielerreichungsinstrument PädZi (Lutz et al. 2008) werden mit den Jugendlichen zusammen Ziele formuliert in gemeinsamer Einschätzung deren Erreichung und Entwicklungsschritte bezüglich erweiteter sozialer Kompetenz eingeschätzt und erfasst (s. Abb 6).



Legende:
MZP 1 Erhebung nach vier Wochen
MZP 2 Erhebung nach drei Monaten
MZP 3 Erhebung nach sechs Monaten
MZP 4 Erhebung nach neun Monaten

Abb. 6: PädZi; alle Jugendlichen 31.12.2009

Nimmt man die üblichen Bewilligungszeiträume zur Entwöhnungsbehandlung bei suchtkranken Erwachsenen (112 Tage zur Alkholentwöhnung und 183 Tage zur Drogen-Rehabilitationsbehandlung) so erreichen fast zwei Drittel aller Jugendlichen die 112 Tage, noch fast die Hälfte die 182 Tage und fast 40 % die vollen neun Monate. Dies ist im Vergleich durchaus positiv zu werten. (s. Abb. 7)

Insgesamt liegt die mittlere Aufenthaltsdauer bei 177,4 Tagen bei einer Anzahl von 53 entlassen Jugendlichen.

Wo stößt JUST an Grenzen, wo hakt die Umsetzung?

Da JUST in der Finanzierung an die Rahmenvereinbarung gebunden ist, werden verschiedenste Gruppen von Jugendlichen ausgeschlossen:

- Jugendliche mit eigenem Versicherungsanspruch bei der Rentenversicherung, da diese dann voll zuständig ist und keine Mischfinanzierung (über den Umweg des Kinderheilverfahrens) mehr möglich ist
- Jugendliche aus anderen Bundesländern, da die Rahmenvereinbarung nur für Baden-Württemberg abgeschlossen wurde (Ausnahmen sind allerdings möglich)
- Jugendliche, deren Eltern nicht bei der DRV versichert sind, sondern bei einer anderen Rentenversicherung (z. B. Bundesknappschaft)
- Waisen (da keine Finanzierung über Kinderheilverfahren bei der DRV mehr mög-

Halte-/ Abbruchquote	31.07.08	31.12.08	30.04.09	31.12.09 (n=41)	31.03.10 (n=47)	31.07.10 (n=51)
Ende d.Aufenthaltes nach 90 d				26 (63,4 %)	31 (65,9 %)	35 (68,6 %)
Ende d.Aufenthaltes nach 112 d				26 (63,4 %)	30 (63,8 %)	34 (66,6 %)
Ende d.Aufenthaltes nach 182 d				19 (46,3 %)	23 (48,9 %)	25 (49,1 %)
Ende des Aufenthaltes im 9. Monat	4 (26,6%)	6 (30%)	11 (40,7%)	15 (36,6 %)	19 (40,4 %)	20 (39,2 %)
Reguläre Entlassung pro Ende im 9. Monat (%)	25	33,3	36,4	53,3	78,9	75

Berechnungen für den 31.03.10 und 31.07.10 nachgereicht gemäß eines Votums des Projektbeirats JUST vom 23.04.10.

Abbildung 7

lich), Privatversicherte (da die PKV-Versicherungen nicht der Projektvereinbarung beigetreten sind)

In der Praxis zeigt sich, dass ein Kostenbewilligungsverfahren für drei Kostenträger trotz eines zuständigen Hauptkostenträgers (örtlich zuständiges Jugendamt) drei formale »Vorgänge« benötigt und unter Umständen auch drei Prüfungen der Voraussetzungen für die Leistungserbringung durchgeführt werden, was das ganze Kostenübernahmeverfahren hochkomplex und langwierig macht.

Wie viele Jugendliche noch in Erwachsenen-Entzugskliniken behandelt werden und dann auch in die Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene weitervermittelt werden kann man nur vermuten, vor allem in Anbetracht der wenigen jugendspezifischen Einrichtungen.

Eine frühe Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint für viele Beratungsstellen noch ein Tabu. Doch würde vor allem darin eine Chance des frühen Zugangs zu dieser Klientel liegen. Ebenso in einer engen Kooperation mit den Jugendhilfeeinrichtungen, in denen häufig Jugendliche mit beginnender Suchtentwicklung aufgefangen werden, aber die notwendige spezifische Hilfe vielleicht zu spät erfahren.

Literatur

Lutz, K./Kleinrahm, R./Kölch, M./Fegert, J. M./Keller, F. (2008): Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting. Prax der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; 57: 292 – 300.

Schepker, R./Barnow, S./Fegert, J. M. (2009): Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Fegert, J. M., Streeck-Fischer, A., Freyberger, H. J. (Hg): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer, Stuttgart – New York, S. 231 ff.

Fegert, J. M./Schepker, R. (2009): Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. Das Jugendamt 82 (2), 60 – 67. *Hier finden sich insbesondere differenziertere sozialrechtliche Ausführungen!*

Nützel, J./Benz, R./Michel, V./Schmid, P./Schraivogel, V./Keller, F./Schepker, R. (2010): Evaluation der Hilfeverläufe Projekt JUST. Abschlussbericht an den KVJS. www.jugendsuchttherapie.de

Schepker, R. (2009): Von der Niedrigschwelligkeit (clean.kick) bis zur Langzeittherapie (JUST) – eine innovative, integrierte Hilfeform in der Praxis, in: APK (Hg.):Tagungsbericht 2009, 119 – 126

V Schnittstelle Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie

Einleitung

Hanna Permien

Die Frage, wie denn die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie so gestaltet werden kann, dass sich an ihren Schnittstellen keine Löcher auftun, sondern sie zu Nahtstellen von aufeinander abgestimmten Handlungskonzepten beider Systeme werden, stieß auf großes Interesse, und so war das Symposium sehr gut besucht.

Die Beiträge sparen die Probleme nicht aus, sind aber ermutigende Beispiele dafür, wie in verschiedenen Bereichen gute Kooperation gelingen kann. Das allerdings setzt immer intensive Bemühungen von allen Kooperationspartnern voraus!

- Im Beitrag von Patrick Hofmacher und Christine Straube geht es um die vielseitige Kooperation und die Zusatzqualifikationen des Personals, die nötig sind, um Wohngruppen mit drogenabhängigen bzw. seelisch behinderten jungen Menschen erfolgreich zu führen – was in vieler Hinsicht oft dem *»Tanz auf der Rasierklinge«* gleicht – so der Titel des Beitrags.
- Gotthard Roosen-Runge stellt in seinem Beitrag *»Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten mit der Jugendhilfe«* dar, wie eine private KJPP-Praxis nach § 85 und § 43 a SGB V ganzheitlich die sozialpsychiatrische Versorgung sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen für die Kinder und Jugendlichen einer Region erbringen kann – wobei auch dies einen hohen Kooperationsaufwand nicht nur mit der Jugendhilfe, sondern mit den Schulen und weiteren Akteuren vor Ort erfordert.
- Marc Schmid macht in seinem Beitrag *»Versorgung von Kindern psychisch Kranker – eine kooperative Herausforderung«* zunächst deutlich, wie wichtig es ist, dass die oft unzureichende Versorgungssituation dieser Kinder von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe besser wahrgenommen werden muss, um dem erhöhten Erkrankungsrisiko dieser Heranwachsenden vorzubeugen und leitet daraus Forderungen für eine bessere Kooperation der Systeme ab.
- Im Beitrag *»Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – aus Sicht des 13. Kinder- und Jugendberichts«* stellt Hanna Permien die zahlreichen Schnittstellen zwischen beiden Systemen sowie die schwer lösbaren Kooperationsprobleme vor und schließt mit der Forderung, dass beide Systeme die (langfristigen) Interessen und Perspektiven ihrer Klienten in den Mittelpunkt rücken (dürfen) sollten – und sich nicht an (kurzfristigen) System- und Kosteninteressen ausrichten (müssen).
- Torsten Benz und Franziska Berthold zeigen in ihrem Beitrag *»Vernetzte Hilfen in Rostock«* auf, welcher äußeren und inneren Prozesse es bedarf, um eine gemeindepsychiatrische Versorgung zu etablieren, die Leistungen der Krankenhilfe, der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe umfasst und verzahnt.

- Im Beitrag *»Junge Menschen in Gastfamilien«* beschreibt Barbara Roth ein Jugendhilfeprojekt, das psychiatrieerfahrene junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung in geeignete Gastfamilien vermittelt. Unverzichtbar für den Erfolg sind die intensive, an den Erfordernissen des Einzelfalls ausgerichtete Begleitung der Gastfamilie und der Herkunftsfamilie sowie die unterstützende Netzwerkarbeit.

Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – aus Sicht des 13. Kinder- und Jugendberichts

Hanna Permien

Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung: »Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen« (BT-Drucksache 16/12860)

Berichte über die »Lage der Jugend und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe« müssen nach dem Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (Sozialgesetzbuch [SGB] VIII) in jeder Legislaturperiode erstellt werden. Verantwortlich für die Berichterstellung ist eine von der Bundesregierung eingesetzte unabhängige Expertenkommission, in der Fachleute für das jeweilige Thema aus Wissenschaft und Praxis vertreten sind. Der Bericht wird von der Bundesregierung mit einer Stellungnahme versehen und veröffentlicht. Alle Berichte sollen auch im Parlament diskutiert werden, was beim 13. Kinder- und Jugendbericht (KJB) leider nicht der Fall war.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht beschäftigt sich erstmals in der Geschichte der Berichte mit dem (von der Bundesregierung gewünschten) Thema »Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe« und zudem mit der Frage nach Möglichkeiten der Inklusion von Heranwachsenden mit Behinderungen. In diesem Zusammenhang geht der Bericht auch auf die Schnittstellen und die Kooperationsnotwendigkeiten zwischen Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) ein, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Gegenseitige Erwartungen von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe

Die Erwartungen von KJPP und KJH aneinander sind in den letzten Jahren gestiegen – und gestiegen ist auch die Zahl der Mädchen und Jungen, die quasi als »Grenzgänger zwischen den Systemen« sowohl der Hilfe der KJH wie der der KJPP bedürfen. Gestiegen ist weiter die Aufmerksamkeit für Kinder, die unter psychischen oder Suchterkrankungen ihrer Eltern leiden und immer noch viel zu selten die nötige Unterstützung erhalten.

Generell erwartet die KJPP von den Angeboten der KJH die langfristige sozialpädagogische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung, die von einer solchen Förderung profitieren können. Die KJH dagegen möchte für ihre Klientel die Leistungen der KJPP in den Bereichen Diagnostik, Begutachtung, Behandlung/Therapie und Krisenintervention nutzen.

An welchen Schnittstellen ist Kooperation gefragt?

Zunächst soll dargestellt werden, in welchen Bereichen eine gute Kooperation von KJPP, KJH und ggf. weiteren Systeme notwendig ist:

- *Förderung von Kindern psychisch erkrankter und suchtkranker Eltern*
  Hier fordert der 13. Kinder- und Jugendbericht, dass KJH, Erwachsenenpsychiatrie und ggf. KJPP sowie Suchthilfe ihre gemeinsame Verantwortung für die Betreuung und die ausreichende und rechtzeitige Förderung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern wahrnehmen sollten. Denn etwa 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche haben alkoholabhängige bzw. -missbrauchende Eltern und die Mütter von 30 000 bis 40 000 Kindern und Jugendlichen sind drogenabhängig. Mindestens 1,6 Millionen Minderjährige haben Eltern mit psychischen Erkrankungen (Deutscher Bundestag 2009: 108). Das Risiko dieser Mädchen und Jungen, aufgrund genetischer Dispositionen sowie ihrer oft hohen Belastung durch die Erkrankung der Eltern, selbst verschiedenste Störungen zu entwickeln und psychisch zu erkranken, ist sehr hoch.
- *Abklärung (drohender) seelischer Behinderung*
  KJPP und KJH müssen nach § 35 a SGB VIII zusammenwirken, wenn zu klären ist, ob bei einem Minderjährigen eine (drohende) seelische Behinderung nach § 35 a Abs. 1 SGB VIII vorliegt, womit ein Anspruch auf Eingliederungshilfe gegeben wäre. Dabei muss ein Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychotherapeut zunächst feststellen, ob eine psychische Störung (nach ICD 10) vorliegt. Ist dies der Fall, muss die KJH prüfen, ob dadurch eine Teilhabe-Beeinträchtigung gegeben oder zu erwarten ist. Hier wäre es aus Sicht der KJPP im Interesse der Kinder wünschenswert, wenn die KJH dafür ein einheitliches »gerichtsfestes« Feststellungsverfahren entwickeln würde und die Betroffenen dann auch immer die passenden Hilfen bekommen würden (Fegert und Besier 2009).
- *Eingliederungshilfen bei seelischer Behinderung*
  Im Falle der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung ist die KJH nach § 6 SGB IX zuständig für die Erbringung von Eingliederungshilfen. Sie ist damit Rehabilitationsträger, ebenso wie die KJPP, allerdings nur für diesen Bereich. Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung sollen soweit wie möglich gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden (§ 35 a Abs. 4 SGB VIII). Die Eingliederungshilfen für Heranwachsende mit (drohender) seelischer Behinderung sind auch deshalb überwiegend eingebettet in ambulante oder stationäre Angebote der KJH, wie frühe Hilfen, integrative oder heilpädagogische Kindertagesstätten sowie Erziehungshilfen. Die Betroffenen brauchen dabei aber oft heilpädagogische, psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung. Für Kinder unter sechs Jahren werden diese Leistungen zum Teil in Kooperation mit Frühförderstellen und mit der KJPP erbracht. Solche *»Komplexleistungen«* sind in der Praxis allerdings wegen mangelnder Zusammenarbeit, bzw. der fehlenden Möglichkeiten dazu, noch viel zu wenig umgesetzt bzw. erscheinen wegen widersprüchlicher Regelungen auch kaum umsetzbar.

- Allgemein sollte die *Möglichkeit frühzeitiger psychiatrischer Diagnostik* in der KJPP bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Zuge von Hilfeplanung und Hilfegewährung seitens der KJH stärker genutzt werden, um (drohende) seelische Behinderungen (§ 35 a SGB VIII) zu vermeiden oder zumindest früher zu erkennen und ggf. eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung einzuleiten. Eine solche Behandlung kann ambulante oder stationäre Hilfen zur Erziehung begleiten. Unter Umständen kann aber auch eine stationäre psychiatrische Behandlung vor oder während einer Jugendhilfemaßnahme sinnvoll sein. Bei solchen Entscheidungen kommt es vor allem bei Minderjährigen mit psychosozialen Störungen leider nicht selten zu Konflikten um Zuständigkeiten, und dies nicht nur aus fachlichen, sondern auch aus Kostengründen, da KJH und KJPP gehalten sind, jeweils den eigenen Haushalt zu schonen. Diese Konflikte scheinen leider angesichts des wachsenden Spardrucks in beiden Systemen eher zu- als abzunehmen.
- *Planung und Realisierung guter Übergänge von der KJPP in die KJH und umgekehrt*
  Können Jugendliche nach einem Klinikaufenthalt nicht mehr in ihre Familie oder ihre Pflegefamilie oder frühere Jugendhilfe-Einrichtung zurückkehren, so ist eine frühe und enge Kooperation zwischen beiden Systemen notwendig, damit die KJH rechtzeitig mit der Hilfeplanung beginnen kann, die wegen der Hinzuziehung aller Beteiligten und der Suche nach einem passenden Angebot oft zeitaufwendig ist. Denn die Betroffenen haben bei – durch die KJH zu prüfendem – Bedarf zwar einen Anspruch auf Hilfen zur Erziehung, die KJH kann aber die Einrichtungen nicht verpflichten, ein bestimmtes Kind aufzunehmen. Insofern gibt es keinen Versorgungsauftrag wie in der KJPP. Zum Entlassungstermin aus der KJPP sollte also möglichst schon eine Hilfe gefunden sein, die auch in den Augen der KJPP angemessen ist und die bei Bedarf möglichst direkt an den Klinikaufenthalt anschließen kann. Der Übergang der Heranwachsenden von einem System ins andere sollte auch mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien gut vorbereitet und so bruchlos wie möglich gestaltet werden. Das gilt auch, wenn Heranwachsende aus der KJH in eine stationäre Behandlung in der KJPP wechseln müssen. Wichtig ist hier z. B., dass in Jugendhilfeeinrichtungen nicht mit der Psychiatrie gedroht wird und dass die Mädchen und Jungen möglichst nach dem Klinikaufenthalt wieder in die ihnen vertraute Einrichtung zurückkehren können.
  Hier ist noch viel zu tun: So klagen die Jugendämter nicht selten darüber, dass sie von der Klinik zu spät informiert werden, wenn deren Patienten vermutlich eine Folgemaßnahme der Jugendhilfe brauchen – andererseits erwartet die KJPP oft eine schnelle Hilfe, die alle ihre Anforderungen erfüllt. Diese »ideale Hilfe« kann die KJH aber oft nicht bieten bzw. muss sie bei der Auswahl der Hilfe auch noch andere Gesichtspunkte berücksichtigen.
- *Kooperation von KJH und KJPP zur besseren Versorgung von Mädchen und Jungen in stationären Erziehungshilfen*
  Minderjährige in stationären Einrichtungen der KJH zeigen ein hohes Maß an psychischen Auffälligkeiten. Allerdings erfolgt oft keine Abklärung nach § 35 a

SGB VIII. Entsprechend selten wird eine Therapie eingeleitet, so die Kritik der Jugendpsychiatrie (Schmid 2007). Ohne Therapie erhöht sich aber die Gefahr einer Chronifizierung dieser Störungen, und damit einer dauerhaften Beeinträchtigung der Betroffenen sowie hoher Folgekosten für die Gesellschaft (Fegert und Besier 2009). Andererseits, so wird von Teilen der KJH befürchtet, kann die Attestierung einer »seelischen Behinderung« auch eine (dauerhafte) Stigmatisierung für die Betroffenen bedeuten. Gewarnt wird auch vor einer »Psychiatrisierung« und »Medikalisierung« der hinter den Symptomen liegenden (ungelösten) psychosozialen Probleme (Dörr 2009).

Von daher wird gefordert, dass begleitende Therapien von Mädchen und Jungen in Erziehungshilfen in enger Absprache und im fachlichen Austausch mit dem sozialpädagogischen Personal und »auf Augenhöhe« erfolgen solle, d. h. dass beide Seiten bereit sein müssen, voneinander zu lernen und ihre Möglichkeiten, aber auch ihre Grenzen klar zu benennen. Für diese unverzichtbare Kooperation müssen – gerade für niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten – zudem angemessene Finanzierungsmodi gefunden werden.

Erschwert wird eine für alle Beteiligten förderliche Kooperation auch dadurch, dass es vielerorts (noch) nicht genügend psychiatrische und psychotherapeutische Fachleute gibt, bzw. diese sich nicht gerne auf diese »besonders schwierigen« Mädchen und Jungen und ggf. auch deren Eltern (und deren mögliche Vorbehalte gegen Therapien) einlassen.

- Krisenintervention bei Jugendlichen in Erziehungshilfen

  Eine stationäre Krisenintervention in der KJPP kann notwendig werden, wenn es zu massiven Krisen und Konflikten in den Jugendhilfeeinrichtungen kommt und die sozialpädagogischen Fachkräfte nicht mehr in der Lage sind, deeskalierend auf Mädchen und Jungen z. B. mit aggressiven Impulsdurchbrüchen, suizidalen Tendenzen, psychotischen Symptomen – auch infolge von Substanzmittelmissbrauch – einzuwirken.

  Hier sind Vereinbarungen zwischen KJH-Einrichtungen und KJPP mit entsprechenden Fortbildungen und dem Aufbau von Vertrauen auf beiden Seiten nötig, um zu gewährleisten, dass

  - Jugendliche wirklich nur im Notfall in die Klinik geschickt werden,
  - die Klinik ihrerseits zuverlässig solche »Krisenfälle« aufnimmt,
  - Jugendliche beide Systeme nicht gegeneinander ausspielen können,
  - sie nach dem KJPP-Aufenthalt in »ihre« Einrichtung zurückkehren können,
  - Übergänge zwischen den Systemen gut gestaltet werden (s. oben),
  - das »Verschieben« von Jugendlichen zwischen beiden Systemen und damit »Drehtüreffekte« mit ihren negativen Folgen für alle Beteiligten vermieden werden.

  Beispiele für gelungene Kooperation in diesem Bereich gibt es durchaus (Hoops und Permien 2006) und sie sie sollten noch viel mehr Nachahmer finden. Die Bereitschaft dazu ist bei Fachkräften beider Seiten zunehmend zu erkennen, allerdings fehlt es oft an den nötigen Ressourcen. So ist das »Verschieben« der Min-

derjährigen zwischen den Systemen auch durch Zeit- und Kostendruck bedingt. Dieser Druck erhöht sich aber auch dadurch, dass Kinder und Jugendliche durch das »Verschieben« immer schwieriger werden!

Neben diesen allgemeinen Schnittstellen, die eine gute Kooperation erfordern, sollen noch zwei Bereiche genannt werden, die die Gutachtertätigkeit der KJPP erfordern:

- *Begutachtung von Jugendlichen nach § 1631 b BGB (Freiheitsentzug)*
  Wenn die KJH und die Sorgeberechtigten im Rahmen von Hilfen zur Erziehung freiheitsentziehende Maßnahmen für nötig und Erfolg versprechend halten, um das Kindeswohl zu sichern und ihren Erziehungsauftrag erfüllen zu können, bedarf es dafür einer Genehmigung des Familiengerichts. Diese beruht auf:
  - der Anhörung der Jugendlichen und ihrer Eltern,
  - der Stellungnahme des Jugendamts,
  - einer jugendpsychiatrischen Diagnose
  - sowie einem psychiatrischen Gutachten zur Eignung, Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit eines Freiheitsentzugs sowie zu der Frage, ob ein Freiheitsentzug ggf. (zunächst) in einer KJPP-Klinik oder in einer Einrichtung der KJH stattfinden soll.

  Diese Gutachten, die immerhin den Entzug des Grundrechts auf Freiheit der Person rechtfertigen müssen, sind von sehr unterschiedlicher Qualität. Zudem wird die Begutachtung – ebenso wie die persönliche Anhörung der Jugendlichen durch das Familiengericht – nicht selten erst *nach* der geschlossenen Unterbringung erstellt. Dann aber dürften nur noch die wenigsten Psychiater und Richter sich für eine offene Hilfe einsetzen, falls der Freiheitsentzug für die jeweiligen Jugendlichen weder notwendig noch geeignet scheint (s. Hoops und Permien 2006).
- *Begutachtung von jugendlichen Sexualstraftätern*
  Gutachten zum Gefährdungspotenzial von minderjährigen Sexualstraftätern bzw. Tatverdächtigten kann notwendig werden, wenn für sie eine Hilfe zur Erziehung in Erwägung gezogen wird oder sie sich bereits in einer solchen Maßnahme befinden.

Herausforderungen für beide Systeme

Wie schon deutlich wurde, ist gute Kooperation zwischen KJH und KJPP trotz vieler positiver Beispiele immer noch zu selten, sodass es für alle Beteiligten immer wieder zu Reibungsverlusten und unbefriedigenden Entwicklungen kommt. Geht man davon aus, dass die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die sowohl der Leistungen der KJH wie der KJPP bedürfen, noch weiter zunimmt, so sollten beide Systeme sich – auch in ihrem eigenen Interesse – darum bemühen, Barrieren und Fremdheiten zu überwinden bzw. sich zumindest zu verständigen über

- die gegenseitigen Feindbilder *(»die anderen tun zu wenig!«)* und
- die (überzogenen) Erwartungen aneinander *(»die anderen haben die »richtige« Hilfe)*,

- den je eigenen Denkstil und Sprachcode beider Systeme (kann/soll es eine »gemeinsame Sprache« geben oder müssen beide Seiten bereit sein, »Fremdsprache« zu lernen?)
- die eigenen und »fremden« Handlungslogiken, orientiert an Kindeswohl und Erziehungsfähigkeit einerseits, an Heilung von Krankheit andererseits
- die unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen
- und die verschiedenen Finanzierungsmodi, die z. B. für Jugendpsychiater die Vergütung für Gespräche mit Fachkräften der KJH nur begrenzt zulassen.

Natürlich braucht es neben gutem Willen auf beiden Seiten auch personelle und zeitliche Ressourcen für eine strukturell abgesicherte Kooperation. Dabei ist es sicher gut, wenn sich in einer Region KJH und KJPP gemeinsam für die nötigen Ressourcen einsetzen.

Zum Schluss: Im Sinne der viel beschworenen »Orientierung an den (gemeinsamen) Klienten statt an den Systemen« (im 13. Kinder- und Jugendbericht bezeichnet als »Akteursperspektive«) sollten beide Systeme – viel mehr als bisher – die langfristigen Interessen und Perspektiven ihrer Klienten in den Mittelpunkt rücken (dürfen) und sich nicht immer nur an den kurzfristigen (Kosten-)Interessen nur des eigenen Systems ausrichten (müssen). Das könnte auf Dauer die Kosten dämpfen und allen Beteiligten viel Leid und Ärger ersparen!

Literatur

Deutscher Bundestag (2009): Der 13. Kinder- und Jugendbericht. Bundestagsdrucksache 16/12860. Download: http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687.

Dörr, M. (2009): Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Download: http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687.

Fegert, J. M./Besier,T. (2009): Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Download: http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687.

Hoops, S./Permien, H. (2006): »Mildere Maßnahmen sind nicht möglich!« »Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631 b BGB in Jugendhilfe, und Jugendpsychiatrie«. DJI München. Download: http://www.dji.de/freiheitsentzug.

Lenz, A. (2009): Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Download: http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687.

Kölch, M. (2009): Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Download: http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=687.

Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. München/Weinheim.

Tanz auf der Rasierklinge – Psychisch kranke Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe

Patrick Hofmacher, Christine Straube

In seinen Schlussfolgerungen der 2007 erschienenen Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der Jugendhilfe mit dem Titel »Psychische Gesundheit von Heimkindern« schreibt Marc Schmid:

»Kinder und Jugendliche aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen sind stark von der Chronifizierung einer psychischen Störung bedroht. Zur Verbesserung ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sollten spezifische Angebote an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe für diese Hochrisikogruppe entwickelt werden. Im Rahmen weiterer Forschungsprojekte sollten Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe entwickelt und evaluiert werden.«

Das können wir als – insgesamt gesehen – kleiner und immer noch recht junger Träger der Jugendhilfe voll und ganz bestätigen. Als wir uns 1997 anschickten, im Rahmen einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm (heute: LWL-Universitätsklinik Hamm) für jugendliche und junge erwachsene Drogenabhängige ein Nachsorgeangebot im Rahmen der Jugendhilfe zu initiieren, machte das Wort in der Klinik die Runde: »Die Kostenträger streichen die Verweildauer immer mehr zusammen, wir müssen die jungen Menschen ›anbehandelt‹ entlassen. Was ist denn nun im Anschluss?«

Die Hindernisse erschienen anfänglich nahezu unüberwindlich zu sein: Das Landesjugendamt war wohlwollend skeptisch und hielt uns für Träumer, das örtliche Jugendamt war im Hinblick auf die Zielgruppe zunächst leidenschaftslos: »Das betrifft uns als Stadt – zumindest im Hinblick auf die Kostenträgerschaft – ja nicht.« Dann aber stand die Frage im Raum: »Die Klinik hat ein großes Einzugsgebiet! Wenn denn nun die jungen Menschen rückfällig werden, in Hamm bleiben und sich in der Sozialhilfe einrichten, dann schaffen die Malteser Sozialhilfefälle in Hamm, für die wir ja eigentlich gar nicht zuständig sind!« An dieser Stelle war's dann mit der Leidenschaftslosigkeit vorbei. Und ein weiterer Einwand wurde schnell geäußert: Wenn dann die Klinik mit den Maltesern kooperiert, um einen guten Übergang von Psychiatrie in Jugendhilfe zu gewährleisten, dann ist die Jugendhilfe (besonders die wirtschaftliche) nicht mehr »Herr des Verfahrens«.

Diesen mehr oder weniger ausgesprochenen Widerständen zum Trotz sind wir 1998 mit fünf stationären Plätzen gestartet: kritisch beäugt, von einigen belächelt, von anderen zum Scheitern verurteilt …

Aus den fünf Plätzen des Jahres 1998 sind inzwischen 41 geworden. Die Inhalte der Arbeit haben sich in all den Jahren verändert, sind noch spezieller geworden.

Im Jahr 2001 dann legte das örtliche Jugendamt seine Zurückhaltung uns gegenüber ab. Die Qualität der Arbeit schien sich herumgesprochen zu haben, die Vorbehalte einer stationären Jugendhilfe gegenüber, die nicht nur pädagogisch aufgestellt ist, sondern auch therapeutisch geschult ist, schwanden langsam aber sicher. So

wurden wir zu unserem Erstaunen von Jugendamtsseite gebeten, eine Einrichtung zu konzeptionieren, in die Jugendliche mit psychischen Störungen im Rahmen von Jugendhilfe aufgenommen werden können. Ein Jahr später war die erste Einrichtung mit zunächst acht Plätzen eröffnet. Aus diesen ersten acht sind inzwischen 52 geworden ...

Und auch hier gilt: Die Spezialisierung hat zugenommen, die Anforderungen sind gestiegen, neue Zielgruppen sind hinzugekommen.

Im Folgenden möchte ich Ihr Augenmerk auf unseren Einrichtungsverbund *portum capere* richten: Ziel dieser Wohngruppen *portum capere* ist es, dass die Jugendlichen ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben mit ihrer Erkrankung führen können. Dabei legen wir ein besonderes Gewicht auf die Stabilisierung der vorhandenen Erkrankung und der möglichen Reduktion von Symptomen.

Oft arbeiten wir im Grenzbereich zur seelischen Behinderung. Das bedeutet, dass ein Teil der von uns betreuten Jugendlichen (eher ein Großteil) nicht »geheilt« werden kann. Die Wohngruppe dient als Lebensraum. Ziel ist ein verantwortlicher, selbstständiger Umgang mit der eigenen Erkrankung, soweit dies möglich ist. Aber bringen Sie das mal in Übereinstimmung mit »klassischen« Hilfeplanperspektiven ...

Unsere Mitarbeiter sind geschult im Umgang mit den verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen und handeln auf dieser Grundlage in ihrem pädagogischen Alltag. Was bedeutet das konkret? (Haben wir nur Alltagstherapeuten?) Die Mitarbeiter lassen in die Beurteilung einzelner Verhaltensweisen ihr Störungswissen mit einfließen und reagieren also unterschiedlich auf zum Teil gleiche Situationen.

Zum Beispiel im Umgang mit psychotischen Verhaltensweisen: *Kevin hat eine Psychose mit starker Positivsymptomatik. In den letzten Monaten hat er sich gut stabilisiert und nimmt offensichtlich deutlich mehr am Alltagsgeschehen teil. Heute wurde im Team berichtet, dass Kevin zwischendurch die Tür seines Zimmers mehrmals hintereinander lautstark zuschlägt. Wenn der Mitarbeiter in der Nähe ist oder anschließend schaut, ist Kevin in seinem Zimmer sichtlich entspannt und liest z. B. Das Team kam zu dem Schluss, dass Kevin durch seine derzeit vorhandnen Halluzinationen einen für ihn ernst zu nehmenden Grund hat, dies zu tun. Der Bezugsmitarbeiter wird ihn in der nächsten Situation darauf ansprechen. Konsequenzen oder Bemerkungen dazu wird es zunächst nicht geben. Während in der Wohngruppe ein Junge mit Schwierigkeiten von Impulskontrolle für dasselbe Verhalten durchaus eine möglichst logische Konsequenz zu erwarten hätte.*

Seit ein paar Wochen ist es gelungen Kevin an eine Werkstatt für psychisch Kranke zu vermitteln. Er ist zeitlich nicht orientiert, deshalb bekommt er im Alltag konkrete Hilfestellungen. So stand er z. B. sonntags um 6:30 Uhr auf, duschte, zog sich an, setzte sich zum Frühstück und wollte zur Arbeit gehen. Jetzt legen die Mitarbeiter gemeinsam mit ihm freitags und samstags abends die Jogginghose raus, statt der Jeans, sodass Kevin erinnert wird, dass Wochenende ist und er frei hat. Das kann er dann auch durchaus genießen.

Welchen Stellenwert nimmt die Therapie in unserem Alltag ein? Durch den Kooperationsvertrag und die enge Zusammenarbeit mit der Klinik ist eine gemeinsame »Falldefinition« möglich. So kann die Therapie langfristig entweder in einer Hand bleiben, z. B. durch die psychiatrische Nachversorgung der Ambulanz der Klinik oder in

angedachtem Sinn fortgeführt bzw. weiterentwickelt werden, durch den Therapeuten der Wohngruppe. Bestimmte Aufgaben, z. B. Psychoedukation der Eltern, erfolgt z. T. in gemeinsamen Elterngesprächen. Wichtig scheint jedoch immer wieder eine genaue Abstimmung und Koordination der verschiedenen Arbeitsbereiche. Dabei werden natürlich auch Grenzen der Wohngruppe deutlich, die keine Klinikstandards haben können und wollen. Denn der Schwerpunkt der Wohngruppe ist es dennoch, den Jugendlichen ein Wohnumfeld zu bieten, in dem sie mit ihrer Erkrankung sein können. Aber auch ganz klar mit den Jugendlichen ihre Verantwortung für sich selbst und ihre Erkrankung zu erarbeiten. Nur so bleiben sie selbst als Team und insgesamt als offene Wohngruppe handlungsfähig.

Umgang mit Krisen

Im *portum capere* gehören auch Krisenfälle zum Alltag. Viele der psychischen Auffälligkeiten und psychiatrischen Erkrankungen, die die Jugendlichen mitbringen, sind durch phasenhafte Verläufe gekennzeichnet, die natürlich auch Krisen beinhalten. Die Mitarbeiter sind dadurch im Umgang mit verschiedensten Krisen geübt. Durch die therapeutische Herangehensweise im pädagogischen Alltag gelingt es den Mitarbeitern häufig, Krisen im Vorfeld zu vermeiden und ohne Maßnahmen von außen zu bewerkstelligen.

Manchmal wird jedoch die Hilfe von außen notwendig. Bei psychiatrisch bedingten Krisen, die durch den Krankheitsverlauf beeinflusst sind, wird durch den Kooperationsvertrag mit der Klinik und eine gemeinsame diagnostische Definition eine schnelle Inanspruchnahme von direkten Hilfen (z. B. kurzfristige Aufnahme) gewährleistet. Bei pädagogisch motivierten Krisen kann es je nach Art und Umfang zu individuell unterschiedlichen Maßnahmen kommen. Dies kann z. B. auch eine Beurlaubung in eine andere Wohngruppe als »Auszeit« bedeuten. Längerfristige Auszeiten sind im Rahmen unseres Auszeitprojekts möglich.

Im gesamten Hilfeverlauf ist es für die meisten Jugendlichen jedoch ein Ziel, die Häufigkeit von Krisen zu senken, die Intensität zu reduzieren und die Abstände zwischen den einzelnen Krisen auszuweiten. Außerdem soll der Jugendliche, je nach individueller Fähigkeit lernen, sich selbst zunehmend realistisch einzuschätzen und seine Krisen selbstverantwortlich zu meistern und entsprechende Hilfesysteme abzurufen.

Lassen Sie mich noch etwas zu dem sagen, was Herr Schmid auch in seiner Studie angesprochen hat: die »Zusammensetzung« der Wohngruppen und Einrichtungen und die Zugänge über die Jugendhilfe; ich möchte dies exemplarisch darstellen an der gegenwärtigen Gruppenkonstellation einer unserer Einrichtungen:

- Kevin (18), Psychose (paranoide Schizophrenie), § 35 a, (Migrationshintergrund aus Burundi)
- Christof (15), Gefahr der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, § 34
- Jonathan (13), aggressive Impulsdurchbrüche, starke Verhaltensauffälligkeiten, evtl. posttraumatische Belastungsstörung (Kriegsgebiet Kongo) § 34

- Caroline (15), Gefahr der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, § 34
- Jamie (16), Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, Gefahr der Entwicklung einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung, § 34
- Jasmin (15), Depression, Gefahr der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, § 35 a
- Regina (17), Hebephrene Psychose, deutliche Einschränkungen im kognitiven Leistungsbereich, § 35 a (Mutter mit kroatischem Migrationshintergrund)
- Daniel (10), Opfer innerfamiliärer, körperlicher Misshandlung, posttraumatische Belastungsstörung, fragliche dissoziative Störung, § 34 (Eltern mit russischem Migrationshintergrund)

Dieser kleine Ausschnitt stützt die Ergebnisse von Marc Schmid dahingehend, dass auch hier »nur« drei von acht Jugendlichen bzw. Kindern mit einer § 35 a Zuweisung in unserer Einrichtung leben. Und jetzt erahnen Sie vielleicht auch, warum ich meinem Impuls den Titel »Tanz auf der Rasierklinge« gegeben habe: Für die Mitarbeiter ist es jeden Tag aufs Neue ein solcher Tanz. Ein Tanz zwischen den Paragrafen. Ein Tanz zwischen Selbst- und Fremdbild. Ein Tanz auf dem schmalen Grat zwischen therapeutischem Anspruch und alltagspädagogischem Bedarf. Ein Tanz zwischen Zugewandtheit und Überforderung. Ein Tanz zwischen kleinen Erfolgen und großer Entmutigung. Aber auch ein Tanz für junge Menschen, die unsere Hilfe brauchen, so wie der Imperativ dieser Tagung es fordert!

Lassen Sie mich schließen mit einem Text, den eine unserer Bewohnerinnen geschrieben hat. Nennen wir sie *Daria*. Zum Zeitpunkt des Verfassens war sie 15 Jahre alt (Posttraumatische Belastungsstörung [PTBS], depressiv, fraglicher sexueller Missbrauch durch den Vater – nach Anzeige durch Daria wurde ein Verfahren eröffnet). Heute lebt sie immer noch bei uns, ist inzwischen 20, stark selbst verletzend und leidet unter dem Abtauchen der Familie; der Vater wird immer noch mit Haftbefehl gesucht.

Daria ist inzwischen geübter, mit Krisen zu leben. Diese treten besonders am Geburtstag und an Weihnachten auf. Also bald wieder. Dann ist Klinik für sie da.

Es scheint so, als stände die Zeit still
Und ich immer noch nicht weiß, was ich will.
Ich schaue tief, ich schaue in mein Herz,
woher kommt der ganze Schmerz?
Manchmal denke ich, mein Leben sei ein Scherz
drum schreibe ich heute diesen Vers.
Immer lasse ich die Fehler von mir zu
und denke: Schuld dran bist du!
Mich macht die Vergangenheit kaputt.
Sooft kommt mir in den Sinn, ich bin verrückt!
Warum mussten mir meine Eltern Schmerz zufügen
und mich Jahre lang belügen?

Und das zum Vergnügen …
Meine Flashbacks machen mich nieder –
wann kommen meine Eltern wieder?
Meine Mutter schaut mich an und belügt mich dann.
Wann wird sie die Fehler einsehen, wann?
Wie kann man seine Kinder nur so im Stich lassen?
Das bringt mich dazu, meine Eltern zu hassen!
Warum haben sie uns verlassen?
Mir kommen die Tränen,
wenn ich muss meine Eltern erwähnen.
Viele Fragen gehen mir nicht aus dem Kopf.
Ich wünschte, es gäbe einen Knopf,
den ich drücken könnte, um nicht mehr zu denken.
Manchmal wären diese Methoden wie Geschenke.
So gut, dass es Menschen gibt, die zu mir halten.
Und über mein Vertrauen walten,
und ihr Gehirn einschalten.
Wenn ich sie brauche und Probleme habe
und mich mit meinen Sorgen und Nöten zu ihnen wage.
Mir stellt sich manchmal die Frage,
warum ich an vielen Problemen so nage?
Es gibt nur eine Antwort drauf:
Wache endlich auf!
Du musst noch vieles verarbeiten und bearbeiten.
Ich versuche, mit allem fertig zu werden.
Und nicht verrückt zu werden.
(Daria, 2005)

Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten mit der Jugendhilfe

Gotthard Roosen-Runge

Entwicklung, Individuation und Sozialisation als zentrale und verbindende Begriffe

»Entwicklung« und *»Entwicklungsstörungen«* sind zentrale Begriffe für alle, für Kinder und Jugendliche verantwortlichen Menschen, also Eltern, Erzieher, Lehrer, Sozialpädagoge, Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater. Die inneren und äußeren Strukturen in und um Kinder und Jugendliche sind immer noch im Werden und werden dabei von genetischen, familiären, biografischen, peristatischen, pädagogischen Faktoren beeinflusst und nachhaltig geprägt. Sie lassen sich durch ein Schalenmodell des Realraumes darstellen (Abb.1). Das primäre System der Familie vermittelt durch frühe Versorgungs- und Beziehungserfahrungen die nachhaltigsten Prägungen in Form von Bindungsstilen und der Persönlichkeitsstruktur, Sozialkompetenz und Konfliktlösungsfähigkeit. Diese Ressourcen entstehen im Dialog der Kinder und Jungendlichen mit sich selbst, den Eltern, und Geschwistern. Das sekundäre Beziehungsnetz, d. h. Großeltern, Nachbarn und Freunde ergänzt diese primären Beziehungs- und Welterfahrungen mit meist unverbindlichen Lebenserfahrungen, die das Welt-Bild des Kindes erweitern. Mit dem Eintritt in den Kindergarten, spätestens aber mit der Einschulung muss sich das Kind der tertiären Bezugsebene, den Auseinandersetzungen mit professionellen Erziehern und Lehrern als Repräsentanten öffentlicher Standards und Kollektivnormen stellen. Die Erziehung der Eltern sollte das Kind bis dahin entsprechend beziehungs-, vertrags- und gruppenfähig gemacht haben und ihm die Grundregeln sozialen Zusammenlebens vermittelt haben. Alle diese drei Ebenen sind eingebettet in eine quartäre Bezugsebene abstrakter Normen wie Arbeitsmarkt, Gesetze, Schulordnungen, Moral, Wirtschaft, Moden und Trends.

Entwicklung findet in diesem Realraum in zwei Prozessen statt, die einander kontradiktorisch entgegenstehen und trotzdem zu einer individuell einmaligen Mischung integriert und amalgisiert werden müssen: *Individuation* hat die optimale Entfaltung der, in einer Person schlummernden Begabungen, Fertigkeiten und Ressourcen (eventuell auch auf Kosten der sozialen Umgebung) zum Ziel. *Sozialisation* bedeutet hingegen Anpassung an Rollenerwartungen seitens der sozialen Umgebung, die zunächst internalisiert werden, durch positive und negative Sanktionen (die Rollenstress verursachen) verstärkt werden und schließlich zu »sozialer Kompetenz« führen.

Eine befriedigende Individuation kann nur in einem die Persönlichkeit achtenden und fördernden sozialen Umfeld zu sozialer Kompetenz führen. Sozialisation darf persönliche Begabungen und Ressourcen nicht ignorieren, unter- oder überfordern, ausnutzen oder missbrauchen, weil sonst ein sog. »falsches Selbst« entsteht, welches bei späteren Lebenskrisen dekompensieren wird. Aus all diesen Gründen können Verhaltensstörungen entstehen, die als komplexe Störungen Fragen an die Kinder-

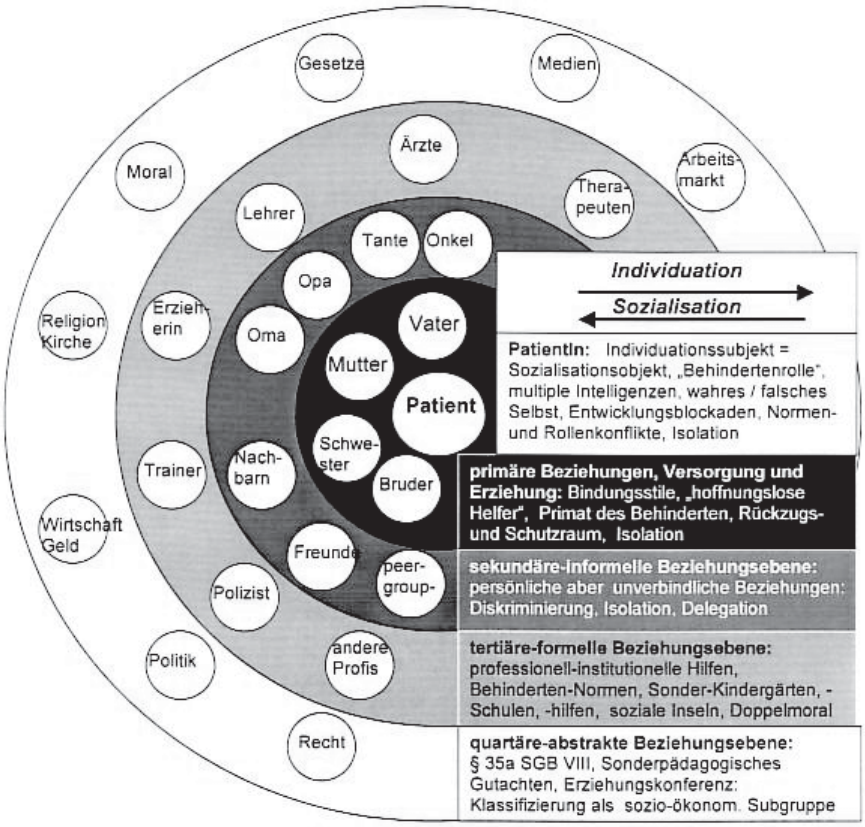


Abb. 1: Schalenmodell des Realraumes von Kindern und Jugendlichen

und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP oder KJP-PT) und gleichzeitig an die Kinder- und Jugendhilfe (KJH) stellen.

Eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ohne individuelle und soziale Kompetenzen nicht denkbar. Wenn die Kindesentwicklung nach der einen oder anderen Seite »Schlagseite« bekommt, ist Therapie oder Hilfe zur Erziehung oder Integrationshilfe angezeigt.

Individualnormen, Familiennormen und Kollektivnorm

Die Lebensgewohnheiten, Alltagsregeln zu Pflichten und Spielräumen der Beteiligten konstituieren ein Normensystem, in dem die Individualnormen in den Familiennormen und die Familiennormen in den Kollektivnormen fließend und bruchlos (wie bei einer russischen Steckpuppe) aufgehoben sein müssen.

Im Leben eines Kindes überwachen die Eltern die Entwicklung und Einhaltung Individualnorm des Kindes, im jugendlichen Alter spielen Freunde und Peergroups eine immer stärkere Rolle. Die Familie muss das Kind gruppen- und gemeinschaftsfähig machen, d. h. zwischen Individualnorm und Kollektivnorm vermitteln. Der Kindergarten, die Schule, die KJPP-Ärzte und die Jugendhilfe vermitteln als »Sozialisationsanstalten« die öffentlich geforderten und anerkannten Kollektivnormen speziell jeweils für ihr berufliche Zuständigkeitsgebiet.

Die traditionelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und noch stärker die Kinder- und Jugendpsychotherapie fördern schwerpunktmäßig vor allem die Individuation, während Pädagogik und Sozialpädagogik ihren Fokus mehr auf die Sozialisation gerichtet haben. Der psychotherapeutische Begriff der seelischen Gesundheit entspricht dem sozialpädagogischen Begriff des Kindeswohls. Die beiden Bereiche folgen historisch gesehen komplementären Paradigmen, haben mittlerweile diejenigen der jeweiligen Gegenseite in ihre Denk- und Handlungsleitlinien integriert.

Mit der Anerkennung des ICD-10-MAS-Systems (H. Remschmidt et al., Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes – und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 2001) sowohl für die Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen als auch im Jugendhilfebereich als verbindliche Grundlage für die Diagnostik und Therapie- und Hilfeplanung wird der Ganzheitlichkeit, dem bio-psycho-sozialen Ansatz, der Multimodalität und Interprofessionalität des Denkens und der Therapie- und Hilfeplanung vom theoretischen Ansatz her energisch Rechnung getragen.

Wie weit genügt nun die gelebte Realität in der Kooperation von KJPP mit Sozial-Psychiatrischen Versorgung (SPV) und der Jugendhilfe in Deutschland diesen hehren Grundsätzen? Wie weit decken sich »Verfassung und Verfassungswirklichkeit« (Ellwein 1973)?

Im Folgenden möchte ich versuchen, die Schnittstellen zwischen der ambulanten KJP-PT und der Jugendhilfe kritisch zu durchleuchten. Meines Wissens gibt es dazu bisher keine wissenschaftlich evaluierten Untersuchungen. Ich muss mich auf nicht-repräsentative Erfahrungsberichte vieler ärztlicher und nicht-ärztlicher Kollegen, aus meiner eigenen Praxis sowie der Jugendhilfekommission der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG) und der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP), dem ich selbst als Vertreter der niedergelassenen KJPP-Fachärzte angehöre, stützen.

Jugendhilfe und KJPP: der gesetzliche Rahmen

Aufseiten der Jugendhilfe sehen das Sozialgesetzbuch (SGB) VIII (Kinder- und Jugendhilfe) sowie SGB IX und XII (Rehabilitation und Sozialhilfe) Regelungen für Kinder und Jugendliche, die eine seelische Behinderung schon haben oder von einer solchen bedroht sind, vor. Diese Hilfe kann in Form von Hilfe zur Erziehung oder als Integrationshilfe gewährt werden. Auf die feinen Unterschiede gehe ich hier nicht ein. In beiden Fällen ist eine Kooperation mit Kinder und Jugendpsychiater gesetzlich vorgeschrieben. Aufseiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist durch SGB V §§ 85 und 43 a mit der sozialpsychiatrischen Versorgung (SPV) eine interprofessionell und multimodal arbeitende Form der Praxisführung kassenrechtlich verbindlich vereinbart.

Es ergeben sich so Schnittstellen zwischen beiden Bereichen, die gesetzlich vorgesehen sind: Bei der Erstellung eines Hilfeplans durch die Jugendhilfe muss es eine ärztliche Stellungnahme durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten oder einen kinder- und jugendpsychiatrisch erfahrenen Arzt oder Psychotherapeuten eingeholt werden. Dieser begutachtet, ob die Voraussetzungen für SGB VIII, § 35 a (Hilfe zur Erziehung) oder SGB XII, § 53 (Integrationshilfe) gegeben sind oder nicht. Der Gutachter kann auch Empfehlungen für die konkrete Hilfe-Planung geben, muss dieses aber nicht tun, und die Jugendhilfe muss diesen Empfehlungen auch nicht folgen.

Die SPV ist ihrerseits auf die Kooperation mit nichtärztlichen komplementären Berufsgruppen innerhalb des Praxisteams und dem lokalen Umfeld der Praxis festgelegt. Das Jugendamt ist dabei einer der ganz wichtigen Kooperationspartner (Jungmann et al. 2004, Mattejat et al. 2006).

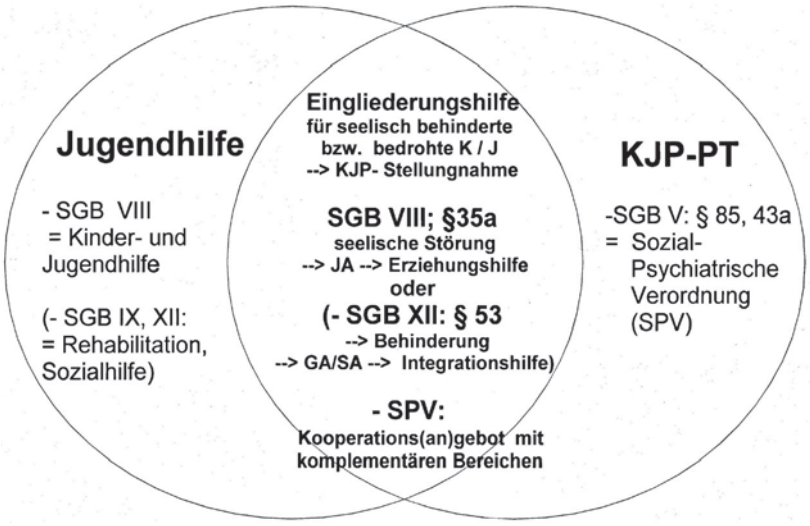


Abb. 2: Der gesetzliche Rahmen für die Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatern und der Jugendhilfe

Organisationsformen der Jugendämter und der KJPP-SPV-Praxen und organisationsbedingte Probleme

Es gibt verschiedene *Organisationsformen der Jugend-, Gesundheits- und Sozialämter*, die von den lokalen und regionalen Stadt- und Kreisverwaltungen in unterschiedlichsten Formen eingerichtet werden. Bundeseinheitliche Verfahrensrichtlinien gibt es nicht. Sie scheitern am föderalen Prinzip der Jugendhilfe, das dem lokalen Leiter des Jugendamtes die Umsetzungsmacht zuspricht. So können zum Beispiel Jugendamt, Sozialamt und Gesundheitsamt unter eine Führung gestellt werden, es können Jugend- und Sozialamt gemeinsam geführt werden oder alle drei Bereiche existieren unabhängig voneinander nebeneinander.

Je arbeitsteiliger das Jugendamt organisiert ist, desto mehr sind amtsinterne Verfahrensrichtlinien nötig und umso steilere Hierarchien bilden sich aus. Erziehungskonferenzen finden dann oft ohne den für die Finanzierung zuständigen Mitarbeiter

statt und werden unter Finanzierungvorbehalt geführt, d. h. umso komplizierter, langwieriger und intransparenter gestaltet sich auch die Erstellung des Hilfeplans. Das letzte Wort hat immer das Finanzreferat, das meist nicht in Personalunion mit dem Sachbearbeiter geführt wird. So wird die Kompetenz des anwesenden Sozialarbeiters relativiert, seine Worte können immer nur als vorläufig gelten.

Das Gleiche entsteht, wenn die genehmigte Jugendhilfemaßnahme zum praktischen Vollzug an freie Träger delegiert wird. Die Verantwortung vor Ort liegt nun beim freien Träger, die Kontrolle, Ausstattung und Entscheidungsmacht bleibt aber beim Jugendamt.[1] Durch die Trennung von Vollzugsverantwortung und Entscheidungsmacht entstehen für die Klienten intransparente Entscheidungsabläufe, lange Bearbeitungszeiten und ein Primat der Finanzierungszwänge über die Sache selbst. Letztendlich wird der Entscheidungsprozess selbst zur »Sache«, die den Realraum gestaltet. Für die Klienten entsteht der Eindruck, dass das Amt mit sich selbst beschäftigt ist und seine hoheitlichen Kompetenzen oft gegen sie ausspielt – ein Eindruck, den auch wir Kinder- und Jugendpsychiater gelegentlich vermittelt bekommen, z. B. wenn § 35 a-Gutachten gezielt nicht an den behandelnden KJPler, sondern an beim Amt angestellte Kollegen vergeben werden. Es entstehen so Brüche in der Kooperation, die den Einfluss der behandelnden Ärzte ausschalten. Pikanterweise tauchen dann manchmal in den Hilfeplänen Therapieempfehlungen zum KJP-Arzt auf, z. T. ohne vorher mit diesem geredet zu haben …

In den letzten Jahren *zeichnete sich bei den Jugendämtern die Tendenz ab*, den bürokratisch administrativen Teil von Jugendhilfemaßnahmen im Amt anzusiedeln, die praktische Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Familien an freie Träger zu delegieren. Es sind dabei auch gelegentlich Parallelstrukturen zu schon bestehenden Angeboten der KJP installiert worden, meist aus Unwissen über deren Praxisprofile. Anscheinend versprechen sich die Verwaltungen davon finanzielle und personelle Einsparungseffekte. Sie nehmen damit eine zunehmende Bürokratisierung der Jugendhilfe, längere Bearbeitungszeiten und eine Aufspaltung der Helferteams beziehungsweise Helferketten in Kauf.

Es herrschen noch vielerorts unvorstellbare Vorurteile über die Arbeit der KJPPler: Deren Arbeit reduziere sich auf Einzelgespräche im analytischen Setting oder im Verordnen von Medikamenten; Familienarbeit finde nicht statt und eine Einbeziehung der komplementären Bereiche werde systematisch abgelehnt. Erfahrungsgemäß halten sich diese Vorurteile umso zäher, je höher die Position im Jugendamt ist. Die Sachbearbeiter »an der Front« nutzen meist die Ressourcen der Kooperation gern und reichlich, müssen aber mit Vorbehalten ihrer Vorgesetzten rechnen. Der Antrag auf Gewährung freiwilliger Erziehungshilfe beziehungswei-

1 Es ist ein eherner Grundsatz aller Mangamenttheorien, dass eine Trennung von Verantwortung und Macht zu Ineffektivität, Spaltungen, Delegationsketten, Angst am Arbeitsplatz und Burnout-Phänomenen führt. Wenn die Gerüchte über die Jugendhilfe stimmen, ist sie vielerorts durch Einsparungen, Überlastungsanzeigen und hohe Mobilität gekennzeichnet. Hinzu kommt, dass durch die allgemeine finanzielle Lage der Kommunen Einsparzwänge entweder an die Stellenpläne oder an die Sachleistungen der Jugendämter weitergegeben werden.

se Integrationshilfe geschieht meistens freiwillig durch die Sorgeberechtigten. In schwierigen Fällen, in denen das Kindeswohl gefährdet ist, aber keine Freiwilligkeit der Eltern gegeben ist, kann sie auch durch richterlichen Beschluss nach ärztlicher Stellungnahme erzwungen werden.

Die Aufstellung eines Hilfeplans muss gesetzlich festgelegten Normen genügen und gehorchen. In diesem Regelwerk taucht der Kinder- und Jugendpsychiater als Gutachter auf, hat aber nicht die Federführung bei der Durchführung der Maßnahme.

In *kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxen* mit SPV muss der Arzt ein internes Team mit nicht-ärztlichen Mitarbeitern (Psychologen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen. Ergotherapeuten u. a. m.) vorhalten und multimodal, interprofessionell in jedem Fall kooperieren. Dieses praxisinterne Team ist darüber hinaus verpflichtet, mit den komplementären Bereichen des Umfelds (Kindergärten, Schulen, Ärzte, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten, Ämter) in externen Kooperationen zusammenzuarbeiten. Für eine solche Kooperation bekommt die sozialpsychiatrische Praxis eine Fallpauschale seitens der Kassen, die die Führung einer solchen Praxis betriebswirtschaftlich möglich macht.

Die KJPP-Praxis mit SPV stellt im Vergleich mit einem Jugendamt eine wesentlich kleinere, privatwirtschaftlich-selbstständige Organisationseinheit unter ärztlicher Leitung dar. Die reale interprofessionelle Kooperation von Arzt und Mitarbeitern am Patienten und die gesetzliche Verpflichtungen zu fortlaufenden Teambesprechungen verhindern Delegationsketten i. S. der Problemverschiebung auf den Nächsten innerhalb der Praxis, erzwingen Kooperation und die entsprechend multimodal-ganzheitliche Denk- und Arbeitsweisen in jedem Fall. Die Hierarchien in SPV-Praxen sind relativ flach und fallorientiert. Die guten Erfolge der SPV sind mittlerweile wissenschaftlich belegt (Roosen-Runge 2000, Jungmann et al. 2004, Mattejat et al. 2006) und wurde durch ihre gesetzliche Verankerung 2009 auch öffentlich anerkannt.

Ärztliche Tätigkeit setzt immer die Freiwilligkeit der Patienten beziehungsweise ihrer Eltern voraus. Die Schweigepflicht stellt psychodynamisch und juristisch einen Schutzraum sicher. Der Arzt ist damit fast nur von seinen eigenen Abwägungen bzgl. der Therapieplanung abhängig, und unterliegt außer den »Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 2007« keinen äußeren Zwängen oder Beschränkungen. Mit einer Ausnahme: Wenn der Arzt seine Stellungnahme zum Paragrafen 35 a abgibt, wird er Mitarbeiter bei der Hilfeplanung, und die Federführung für diesen Teil des Patienten-/Klientenschicksals geht an die Jugendhilfe über, auch wenn er weiter, parallel zur Jugendhilfemaßnahme einzel- und familientherapeutisch tätig bleibt. Es besteht kein Weisungsrecht an oder durch das Jugendamt. Der Einfluss des Arztes beschränkt sich auf die reine Feststellung der Voraussetzungen des § 35 a. Ansonsten ist der Arzt ohne Entscheidungsmacht, auch wenn er Empfehlungen aussprechen darf. Manche Jugendämter verbitten sich allerdings, solche Empfehlungen auch nur entgegenzunehmen, wohl in der Angst, ihre Klienten entwickelten dann zu enge Erwartungen an die Jugendhilfemaßnahmen und sie kämen dann in – evtl. einklagbare – Zugzwänge.

Die Instrumente zur Kooperation

Welche *Instrumente* stehen nun den beiden Bereichen *Jugendhilfe* und KJPP zur Kooperation zur Verfügung? Die Jugendhilfe verfügt über ein breites Spektrum ambulanter Hilfen für einzelne Kinder und Jugendliche (z. B. Lerntherapie, Schulbegleiter, sozialpädagogischen Einzelfallhilfe), Familienhilfen (z. B. Erziehungsbeistandschaft aufsuchende Familientherapie, Elterntraining, Elternberatung), teilstationäre (Tagespflege, Tagesgruppen) von stationärer Maßnahmen (z. B. Pflegefamilien, Wohngruppen, heilpädagogische Kinderheime, betreutes Wohnen). Ein wichtiger, derzeit wachsender Bereich der Jugendhilfe ist die Frühförderung und die Familienhebammen, die nachhaltig präventive Hilfen anbieten können.

Der KJPP steht das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum der Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung: multimodale Diagnostik (Pädiatrie, Neurologie, Psychiatrie, Psychologie, Psychodynamik, Entwicklungs- und Funktionsdiagnostik), Einzeltherapien (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Verfahren, kreative Verfahren, funktionelle Therapien), Familientherapien (Elternberatung, Elterntraining, systemische Familientherapie), funktionelle Therapien (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) und sozialtherapeutische Umfeldarbeit (Gespräche mit Erziehern, Lehrern, Ämtern u. a. m.).

Die KJPP-SPV-Praxis und die Jugendhilfe sind *Knotenpunkte im Versorgungsnetz* aller pädagogischen, therapeutischen, sozial- und heilpädagogischen und freizeitbezogenen Hilfen. Beide leiten an »runden Tischen« für »komplexe Störungen« entsprechend interprofessionell besetzte Hilfen durch praxisinterne und/oder -externe »Helfer« ein. Circa die Hälfte der Patienten von SPV-Praxen werden in solchen zusammengesetzten Therapeuten- und Helferteams versorgt (Roosen-Runge 2000, Jungmann et al. 2004, Mattejat et al. 2006).

Häufig ist die Kombination: KJPP mit Einzel- und Familientherapie, Lehrer, Ergotherapeut oder: Arzt (ET, FT), Jungendhilfe, Familienhilfe, oder: wie oft bei mulitmodaler ADHS-Therapie : KJPP (Einzel- und Familientherapie, Medikamente), Ergotherapeut, Lehrer als kompex-mulitmodale Therapie anzutreffen (Abb. 3).

Die Schnittstellen zur Kooperation von KJPP und Jugendhilfe

Beide Bereiche werden durch ihre gesetzlichen und fachlichen Standards (SGB, Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter) miteinander verbunden.

Beide müssen sich diagnostisch bei der *Erstellung des § 35 a-Gutachtens* sowie bei der Therapie- bzw Hilfeplanung auf das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (ICD-10-MAS-System, Remschmidt et al. 2001) beziehen. Lehrbücher beider Bereiche legen die ICD-10-Systematik ihren Argumentationen zugrunde. Beide werden durch die Notwendigkeit der Kinder und jugendpsychiatrischen Stellungnahme zum Hilfeplan miteinander verbunden.

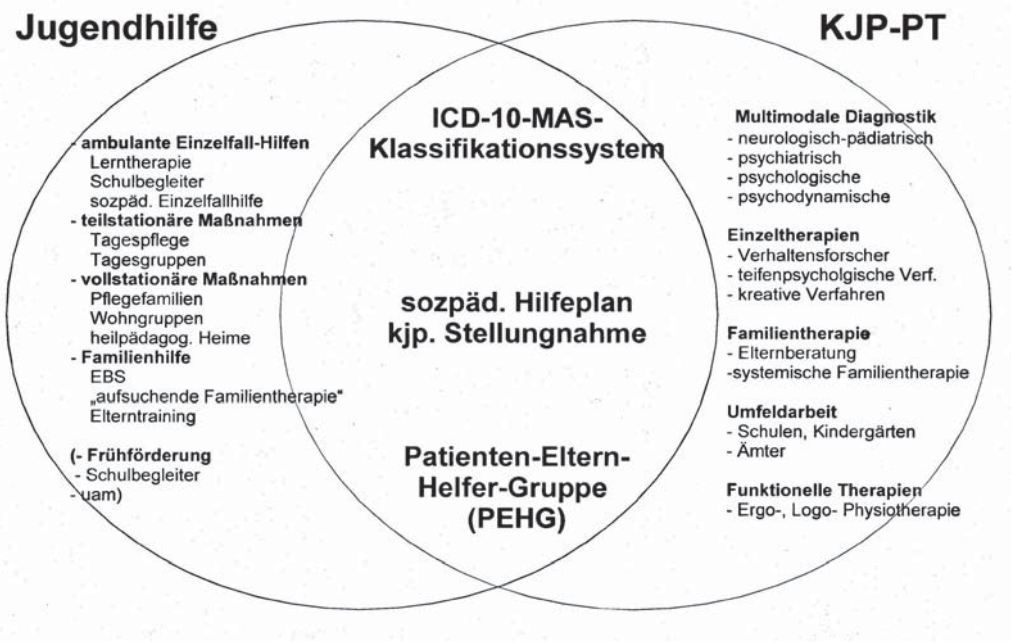


Abb. 3: Die Instrumente und Methoden von KJPP (= KJP-PT) und Jugendhilfe zur Kooperation

Aus Sicht der KJPP kann man den sechs Achsen entsprechende Diagnostiken und Therapieformen zuordnen. Die Beurteilung der Achsen I, II, III und IV sind ausschließlich ärztliche Aufgaben, begründen aber den Antrag auf Erziehungshilfe bzw. Eingliederungshilfe. Die Jugendhilfe kommt bei Störungen der V. Achse (abnorme psychosoziale Umstände) und der Achse VI (globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, Ausmaß des Hilfebedarfs) ins Spiel. Die konkrete Einschätzung der Achse V und vor allem VI erfolgt letztendlich durch das Jugendamt und begründet die Maßnahmenplanung (Abb. 4).

Im Gegensatz zur Jugendhilfe, bei der jedes Jugendamt seine eigenen Verfahrensrichtlinien entwickelt hat und bei der keine landes- oder bundeseinheitliche Richtlinien existieren, hat die gemeinsame Jugendhilfe-Kommission der Kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände DGKJP, BAG und BKJPP, unter Federführung von Herrn Prof. Fegert (Ulm), ein *standardisiertes Stellungnahme-Formular für § 35a/§ 53* entwickelt. Es wird größtenteils flächendeckend von den Kinder- und Jugendpsychiatern verwendet (Fegert et al. 2008).

Seitens der KJPP stellt die Kooperation der beteiligten Personen und Institutionen bei der Hilfe beziehungsweise Therapie eine therapeutische Mussleistung dar. Oft genug leiden Kinder und Jugendliche unter dem Streit von Bezugspersonen, Lehrern und Ämtern. Sie entwickeln starke Schuldgefühle, Loyalitätskonflikte, Rollenunsicherheiten, neigen dann zu innerer Spaltung oder provozieren diese im sozialen Umfeld. Die innere Struktur der Patienten und die Struktur des erzieherischen und therapeutischen Umfelds spiegeln sich gegenseitig sowohl was die Entstehung der Störungen wie auch deren Heilung betrifft. Solange das Helferumfeld nicht integriert handelt, verstärken diese peristatisch-pathogenetischen Umfeldfaktoren die Patien-

ICD-10-MAS-Achsen	Beteiligte	Diagnostik	Therapie
I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom	KJP, PT, PL	Psychischer Befund	EG, PT, VT, Medikamente
II: Entwicklungsstörungen	KJP, PT, Ergo, Logo, Physio	Testung	Ergo, Logo, Physio
III: Intelligenzniveau	KJP, PT, PL, Schule	Testung	Schule, Integrationshilfe
IV: körperliche Symptomatik	KJP, Kinderarzt	Körperl. Untersuchung	Kinderarzt, Medikamente
V: abnorme psychosoziale Umstände	KJP, PT, JA, GSA	Einzel- und Familiendiagnostik	EG, FT, HP, Jugendhilfe, Integrationshilfe, Familienhilfe
VI: psychosoziales Funktionsniveau / Hilfsbedürftigkeit	alle	Komplex-multimodale Zusammenschau aller Informationen	EG, HP, FT, Lernhilfen, Freizeitangebote, Nachmittagsbetreuungen, teil- und vollstationäre Massnahmen,
KJP = Arzt f. KJP-PT PT = Psychotherapeut PL = Psychologe Ergo= Ergotherapie Logo= Logopädie Physio= Physiotherapie	JA = Jungendamt GSA = Gesundheitsamt / Sozialamt		EG = Einzeltherapie FT = Familientherapie und -beratung PT = Psychtherapie VT = Verhaltenstherapie HP = Heilpädagogik

Abb. 4: Umsetzung der ICD-10-MAS-Systematik: Zuständigkeiten, Leistungen, Kooperationsfelder

tenstruktur und Störungsdynamik. Erst wenn sich die Mitglieder der Helfergruppe integrierend verhalten, kann auch die innere Struktur der Patienten diese Integration übernehmen, internalisieren und damit sich sozialisieren.

Die Patienten, ihre Eltern und die Helfer verschiedener professioneller Provenienz müssen in einer sogenannten *Patienten-Eltern-Helfer-Gruppe (PEHG)* zusammenarbeiten. Stavros Mentzos hat mir zur Analyse dieser Gruppen- und Institutionsdynamiken mit seinem grundlegenden Werk »Interpersonale und institutionelle Abwehr« die Grundlagen vermittelt (Mentzos 2010).

Neben der schriftlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Stellungnahme zum § 35 a stellt die *Hilfe-* beziehungsweise *Erziehungskonferenz* das personelle Forum dar, auf dem gemeinsam an einem »runden Tisch« Therapien und Hilfen geplant und eingeleitet werden können. Formal sind diese Treffen Veranstaltungen der Jugendhilfe. Die Initiative dazu geht allerdings oft auch von Ärzten, Erziehern oder Lehrern aus.

Es treffen also nun der Patient, seine sorgeberechtigten Eltern und die Helfer aus den verschiedenen komplementären Bereichen an einem solchen » runden Tisch«, in Telefonaten oder durch Austausch von Schriftstücken zusammen. Sie bilden nun nolens volens eine Gruppe, die von mir sogenannte Patienten-Eltern-Helfer-Gruppe (PEHG), die zur Zusammenarbeit verpflichtet ist.

Die Struktur und Dynamik der Patienten-Eltern-Helfer-Gruppe (PEHG)

Die *Zusammensetzung der PEHG* lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- Der *Patient* steht mit seinen Problemen im Mittelpunkt und löst das Zusammentreffen der PEHG aus. Seiner körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung sollen alle zusprechenden Maßnahmen dienen. Es geht, psychotherapeutisch gesprochen, um die Entwicklung des Selbst des Patienten und gleichzeitig, sozialpädagogisch gesprochen, um seine soziale Kompetenz, also um ein integriertes Gleichgewicht zwischen Individuation und Sozialisation.
- Bei den *Eltern*, die in aller Regel als Sorgeberechtigte den Antrag auf freiwillige Erziehungshilfe/Integrationshilfe gestellt haben, geht es um die bedrückende Tatsache, dass ihre Erziehungskompetenzen aus finanziellen, psychischen oder sozialen Gründen nicht mehr ausreichten, um die Kinder angemessen zu erzielen und zu fördern, bzw. deren Gesundheit zu garantieren. Die Familie als das primäre soziale System, in welchem von frühesten Alter an Beziehungs-, Vertrags- und Gruppenfähigkeit der Kinder begründet wird, in der die lebenslang wirksamen Bindungsstile geprägt werden und durch deren Grundsätze moralisches Verhaltens vermittelt und internalisiert wird. Die Familiennormen müssen zwischen den Individualnormen des Kindes und Jugendlichen und den Kollektivnormen der sozialen Umgebung fließend und ohne Widersprüche vermitteln. Findet dieses nicht statt, gerät das Kind in einen Loyalitätskonflikt zwischen Familien- und Kollektivnorm und wird sich letztendlich für die Familie als primäres System entscheiden. Im jugendlichen Alter übernehmen zusätzlich Peergroups die Rolleanteile der Familie und verstärken die Rollenunsicherheiten. Aus der neuen Mischung familiensyntoner und peerorientierter Normen wächst das individuelle, »erwachsene« System von Handlungsanweisungen, in dem Tradition und Innovation verbunden werden (Generationen-Shift; Roosen-Runge).

  Die Diskrepanzen der drei Normensysteme Einzelner, Familie und Kollektiv müssen im Interesse der seelischen Gesundheit aber auch eine konfliktfreie Teilhabe gesellschaftlichen Lebens in der Erziehungskonferenz überwunden werden. Gelingt das der PEHG nicht, muss eventuell seitens der Jungendhilfe im Interesse des Kindeswohls auch gegen die Eltern und nur nach Richterspruch hoheitlich eingegriffen werden. Dann ist es eine dankbare Aufgabe für den Kinder- Jugendpsychiater, bei Erziehungskonferenzen Zuspitzungen der Diskussion oben therapeutisch aufzufangen und zu akzeptablen Kompromissen – zu innerer Integration des Teams – überzuleiten.
- Die *Helfer und Therapeuten* repräsentieren primär die Kollektivnormen in Form derjenigen Normen, wie sie es in ihren beruflichen Qualifikationen erlernt haben. Sie sind im Rahmen der Hilfeplanung »Sozialisationshelfer«, jeder mit seinen Paradigmen und Methoden.

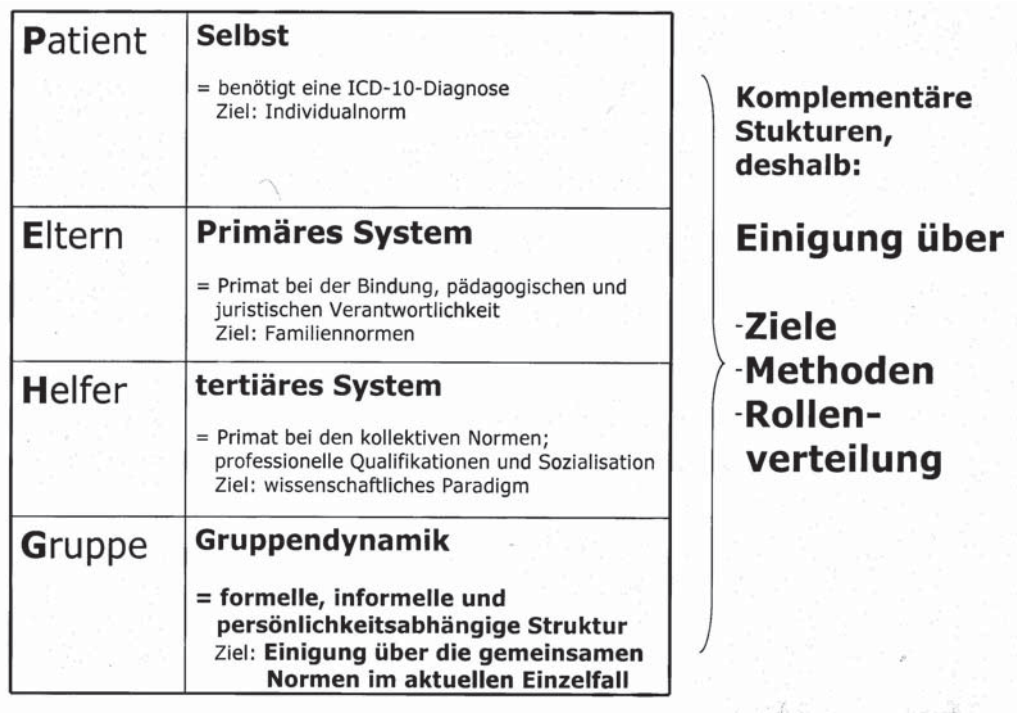


Abb. 5: Die Patienten-Eltern-Helfer-Gruppe: die Mitglieder, ihre Merkmale und die Gruppendynamik

Die komplementären Paradigmen der beteiligten Berufsgruppen

Als ich Vertreter der verschiedenen komplementären Berufsgruppen in meinem Praxis-Umfeld fragte, was sie unter Gesundheit verstünden, kamen von jeder Berufsgruppe jeweils durchaus verständliche und nachvollziehbare Definitionen zurück, die sich aber stellenweise gegenseitig ausschließen. Stellt man sie nebeneinander, kann man sich fast nicht vorstellen, wie berufliche Komplementaritäten überhaupt überwunden werden können (Roosen-Runge 2000, Teil III).

Dieses ist aber durchaus möglich, da neben der formellen Struktur der PEHG noch eine informelle und einen personenbezogene mindestens ebenso wirksam sind.

Die Bezugsebenen der PEHG

- Bei der *formellen Struktur* geht es um allgemeine Gesetze und Regeln, berufliche Paradigmen und eher abstrakte Normen.
- Die *informelle Struktur* hängt davon ab, wie im konkreten Umfeld im Allgemeinen Regeln und Normen überhaupt umgesetzt werden können: räumliche, finanzielle und personelle Ausstattung von Ämtern und Praxen, Verfahrensroutinen, Urlaubspläne, geografische Besonderheiten, Trends und Moden u. v. m.
- Bei der *personenbezogenen Struktur* geht es um die ganz unmittelbare menschliche Begegnung der handelnden Personen ohne Ansicht der Positionen und Qualifikationen, um Vorlieben und Abneigungen, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, Begeisterung oder Burn-out, Gesundheit, Engagement oder

**Die Gesundheits-Paradigmen
der komplementärer Berufsgruppen einer KJP-PT-SPV-Praxis:**
nicht-repräsentative Befragung diverser Kooperationspartner

Medizinisch-somatisches Paradigma
Jeder psychische Vorgang wird durch materiell – körperliche Vorgänge ermöglicht und hergestellt.
Gesundheit beruht auf intakten Körpervorgängen.

Psychotherapeutisches Paradigma
seelische Vorgänge haben eine Eigendynamik, die ein eigene Qualität in der Natur und Kultur begründet. Die Seele bedient sich zwar des Körpers, wird aber nicht von diesem bestimmt.
Gesundheit ist Wohlbefinden als denkender und fühlender Mensch.

Soziologisches Paradigma
Jedes Verhalten bezieht sich auf die soziale Umwelt und wird von dieser geprägt.
Gesundheit ist soziale Kompetenz und Sicherheit.

Pädagogisches Paradigma
Jedes Verhalten beruht auf lernen oder Nicht-Lernen.
Gesundheit die optimale Nutzung der eigenen Fähigkeiten.

Sozial-pädagogisches Paradigma
Jedes Verhalten wird durch Einflüsse der Eltern und der Umgebung geprägt und ermöglicht.
Gesundheit optimale Unterstützung der Entwicklungspotenzen der Kindern durch die Eltern und die sozio-kulturelle Umgebung.

Abb. 6: Die Gesundheitsparadigmen komplementärer Berufsgruppen in der SPV

Unlust der Versammelten – kurz um die »Chemie«, die stimmen kann oder nicht, entstehen kann oder zerstört wird.

Gerade im Umgang mit frühgestörten Klienten und Eltern werden an die Helfer und Helfergruppen oft hohe Integrationsanforderungen gestellt. Spaltungen der Helfergruppen sind an der Tagesordnung, wenn hier nicht qualifizierte Intervision oder Supervision zur Verfügung steht. Der therapeutische Bereich verfügt in aller Regel über solche externen Supervisionen, der Jugendhilfebereich nur selten. Der KJPPler hat in Erziehungskonferenzen über seinen Mitspielerpart hinaus die Aufgabe, die PEHG überhaupt zusammenzuführen, zu integrieren und weiter zu pflegen (Telefonate, Berichte, Erfahrungsaustausch, Intervision und Supervision).

Regeln für die PEHG

- In der PEHG verlaufenden die formellen und personenbezogenen *Hierarchien* gegenläufig: Der Patient »bestimmt« mit seinen Problemen die Reaktionen seiner Eltern und der professionellen Helfer. Die Helfer ihrerseits » bestimmen« qua ihrer fachlichen Diagnostik und Hilfeplanung die Qualität und Quantität der Hilfen. Und gerade hier kann es und kommt es immer wieder zum Streit in Form von Macht- und Kompetenzkonflikten.

Formelle Struktur	- berufsspezifische Paradigmen, Aufgaben und Ziele - Monopole: Therapie, Hilfeplanung - Grenzen der Zuständigkeit - berufliche Sozialisation - Gesetze und Leitlinien u.v.m.
Informelle Struktur	- Arbeitsschwerpunkte - finazielle Spielräume und Zwänge - lokale Sachzwänge: Räume, Fahrzeuge, Wege, Ferienpläne, Krankheiten, Personelle Besetzungen u.v.m.
Persönlichkeitsabhängige Struktur	- Gruppen- und Teamfähigkeit - Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen - Lust vs. Unlust, Engagement vs. Desinteresse - Triangulierungs- und Spaltungseffekte - Freundschaftlichkeit vs. Anonymität - Wertschätzung vs. Machtdemonstration - Angst vs. Vertrauen - Kohäsion vs. Diffusion der Gruppenfähigkeit - Außenfeinde vs. Gruppenspaltung vs. Integration u.v.m
Der Gruppenprozess ist die Matrix - in der durch die PEHG eine gemeinsame Vision eines gesunden Zustandes erarbeitet wird (Ziele), - die dazu notwendigen Hilfs-Mittel ausgewählt werden (Methoden) und - in einem arbeitsteiligen Handlungsentwurf praktischer Lebens- und Problembewältigung umgesetzt wird (Hilfeplan und Rollenverteilung).	
Es bilden sich zwei gegenläufige Hierarchien ab, die im anschließenden Hilfe- und Therapieprozess im dialogischen Gleichgewicht gehalten werden müssen: - bei der Formulierung des Auftrages = Problem des Kindes/Jugendlichen (Individuation): Kind/Jugendlicher > Eltern > Helfer - bei der Definition der Hilfen dagegen (Sozialisation): Helfer > Eltern > Kind/Jugendlicher	

Abb. 7: Die Struktur der PEHG: die drei Bezugsebenen, der Gruppenprozess und die Hierarchien

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe hat sein Forscherleben lang versucht, verschiedene Psychotherapieformen in ihrer Wirksamkeit zu evaluieren und miteinander zu vergleichen (Grawe 2001). Bei allen unterschiedlichen Methoden fand er jedoch eine Gemeinsamkeit aller: Jede Methode kann nur dann wirksam sein, wenn zwischen den Therapeuten und dem Patienten Einigkeit über die Ziele, die angewandten Methoden und die Rollenverteilung vor Beginn der eigentliche Therapie erzielt worden ist.

Wendet man nun diesen Grundsatz auf die PEHG an, muss gelten: Es muss bei kooperativ organisierten Hilfen unter den Teilnehmern der PEHG bzw. der Hilfekonferenz *Einigkeit über die Ziele, die Methoden und die Rollenverteilungen* erzielt werden, um die Maßnahme erfolgreich umsetzen zu können.

- Die *Ziele* der Maßnahmen ergeben sich aus dem konkreten Störungsbild und orientieren sich an den Kollektivnormen. Die Maßnahme soll einen Weg bahnen wie Individuation und Sozialisation im Patienten sozialer Kompetenz amalgisiert werden können und nicht mehr dissoziiert neben- oder gegeneinander stehen bleiben.

- Die *Methoden* orientieren sich ganz wesentlich an den informellen Strukturen des Helfer-Umfelds. Sie setzen eine gute Kenntnis der anderen Versorgungsbereiche, deren Ressourcen, Schwächen und Grenzen und gleichzeitig die Wertschätzung der Arbeit anderen Mit-Helfer voraus.
- Die *Rollenverteilung* sollte so abgesprochen werden, dass keine Versorgungslücken entstehen und/oder keine Doppel- oder Konkurrenzversorgungen installiert werden.
- Für die KJPP und die Jugendhilfe sind einige *Paradigmen der Hilfeplanung* unstrittig, die in den Konferenzen die Richtung von Entscheidungen beeinflussen:
  - ambulant > stationär
  - Beziehungskonstanz > Beziehungsbrüchen
  - Ressourcenförderung > Kompensation von Defiziten
  - Respekt vor den juristischen und psychologischen Hierarchien
  - Kind > Eltern > Helfer >Institutionen

aber auch

  - Kindeswohl > Erwachsenenwohl

Kritisch wird es immer, wenn sozialpädagogische und therapeutische Hilfen entweder nebeneinander oder hintereinander geplant werden können oder sollen. Die oben genannten Abgrenzungstendenzen vor allem großer Jugendämter gegen andere Bereiche steht der Einsicht, dass durch Kooperation Synergieeffekte erzielt werden können, mit denen Zeit, Kräfte und Geld gespart werden könnte – wenn denn Kooperation stattfinden sollte. (Interessanterweise gilt diese letztere Analyse auch für die Kooperation mit Schulen.)

Die Analogie zu den Kirchhoff'schen Sätzen über Stromverzweigungen und elektrische Widerstände ist frappierend*: Seriengeschaltete Widerstände R1 und R2 summieren sich zum Gesamtwiderstand R, parallel geschaltete reduzieren sich gegenseitig*. R1 + R2 = R bei der Serienschaltung (Bsp. 2 + 3 = 5) im Vergleich zur Parallelschaltung 1/R1 + 1/R2 = 1/R (Bsp. 1/2 + 1/3 = 1/R; R = 1,2). Widerstand ist ein Begriff der in der Physik ebenso vorkommt wie in der Psychotherapie ...

Die Realität: positive und negative Praktiken

Folgen denn nun die Kinder- und Jugendpsychiater und die Jugendämter diesen Regeln in ihrer Zusammenarbeit? Folgt die Verfassungswirklichkeit der Verfassung (Ellwein 1973)?

Die Erfahrungsberichte sind ernüchternd. Von verschiedenen Seiten, übrigens auch von Jugendämtern selbst wird immer wieder über eine ganze Reihe von Missständen, überflüssigen Reibungsverlusten, Delegationen und Spaltungen im Helfersystem berichtet. Im Folgenden wird der Ablauf einer kooperativen Hilfeplanung mit kritischem Blick auf Missstände dargestellt:

Eine Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. beim Jugendamt erfolgt in aller Regel erst aufgrund massiven Drucks seitens der Schule, Polizei oder

Nachbarn und/oder aus Angst vor Sanktionen wie Schulversagen, Schulausschluss und Meldung beim Jugendamt durch Dritte.

Das Jugendamt empfiehlt nun häufig zunächst eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, ohne mit diesem Kontakt aufzunehmen und ohne den Fall weiterzuverfolgen. Wenn der KJPPler um schnelle Kooperation nachfragt, wird er beschieden, doch erst einmal eine ausführliche Diagnostik durchzuführen mit der dann das Jugendamt (JA) entscheiden kann, »ob es übernimmt oder nicht«. In krassen Notfallsituationen, bei denen die Jugendhilfe ratlos ist, verlangt sie eine notfallmäßig Einweisung in die nächste kinder- und jugendpsychiatrische Klinik (»Sankt-Florian-Prinzip«). So wird Zeit gewonnen oder schlicht abgewartet. Die Entlassung erfolgt nach Abflauen der Notsituation meist wenige Tage nach Einweisung, ohne dass sich die Auslösesituationen grundlegend geändert hätte. Das Spiel geht nun weiter.

Schlägt der niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut in anderen Fällen nach eingehender Einzel- und Familiendiagnostik eine Jugendhilfemaßnahme vor, wird oft von Jugendämtern vor der Einleitung einer entsprechenden Hilfeplanung eine teil- oder vollstationären Diagnostik der nächsten Klinik für KJPP zur Bedingung einer Hilfeplanung gemacht. Es müssen nun lange Wartezeiten für Vorgespräche in den Klinikambulanzen bzw. bis zur stationären Aufnahme durchgestanden werden. In aller Regel bestätigt sich die Einschätzung des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters und der Patient wird zur weiteren Maßnahmenplanung wieder entlassen (»Ehrenrunden«).

Wenn nun der Antrag auf freiwillige Erziehungshilfe endlich bearbeitet wird, muss die Stellungnahme zum § 35 a bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder im Bereich erfahrenen Arzt oder Psychotherapeuten eingeholt werden. Nun tritt die o. g. Angst der Jugendhilfe vor den Empfehlungen des Gutachters auf. Manche Jugendämter empfehlen oder machen durch amtsinterne Verfahrensrichtlinien zur Auflage, dass die Stellungnahme ausdrücklich nicht vom behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater erstellt wird. Teilweise sind diese KJPPler durch Verträge an das Jugendamt gebunden. Dies verstößt gegen den Grundsatz der freien Wahl des Gutachters durch die Patienten(eltern) und der interprofessionellen Kollegialität und Wertschätzung. Es entsteht so auch der Eindruck, das Amt spiele sein hoheitliches Mandat gegen die Ärzte aus (»so viel Kooperation wie nötig, so wenig sie möglich«).

Das Jugendamt verbittet sich bei den Ärzten zum Teil auch ausdrücklich schriftliche Empfehlungen zur Hilfeplanung und fortlaufenden Beurteilung, obwohl diese sicher sachdienlich sein könnten (Wiesner 2006, S. 553; Fegert et al. 2008). Hier spielt auch eine Rolle, dass die Ämter Vorbehalte haben, der Arzt könnte in seinen Empfehlungen Klienten anspruchsvoll machen und umfangreiche oder zu teuere Maßnahmen empfehlen. Diese Verfahrensweisen verstoßen gegen die o. g. Grundsätze erfolgreicher PEHG-Arbeit.

Manche Kinder- und Jugendpsychiater erstellen leider manchmal nur schwammig formulierte Stellungnahmen oder versuchen, ihre unrealistischen Vorstellungen ohne Rücksicht auf die Ressourcen des Jugendamtes durchzusetzen. Sie verstoßen

damit gegen die Regeln der PEHG, die gegenseitige Information und Wertschätzung voraussetzen.

Es entstehen auf die eine oder andere Weise Machtkämpfe, die Beziehungsabbrüche, Serienschaltungen, Spaltungen, Reibungen und Loyalitätskonflikten bei den Eltern und Kindern zur Folge haben. Die Maßnahmen sind dann Teil und nicht Lösung der Probleme geworden.

Auf die Problematik der Abgrenzung von Erziehungs- und Integrationshilfe sowie der »großen« vs. »kleinen Lösung« wird hier nicht eingegangen. Diesem großen gesetzgeberischen Komplex sind einige andere Vorträge, bzw. Artikel gewidmet. Die Abklärung, welche Dienststelle bei der Bearbeitung und Finanzierung des Falles »zuständig« sein soll und letztendlich wird, kann immer noch viel (Bearbeitungs-)Zeiten bedeuten, in denen die Problem der Klienten eher mehr als weniger werden.

Wann und wo Kooperation gelingt

An manchen Orten sind aber auch sehr positive Kooperationsmodelle und -routinen etabliert. Die Zusammenarbeit der »an vorderster Front« tätigen JA-Sachbearbeiter mit den Ärzten gestaltet sich meist relativ einfach. Es werden mit guter Kenntnis der lokalen Möglikchkeiten unter dem Druck der Probleme schnell Absprachen über Zuständigkeit, Lösungswege und deren Chancen getroffen. Grabenkämpfe kann man sich auf dieser Ebene nicht leisten, sondern muss nach dem Motto »Not macht erfinderisch« mit Fantasie möglichst erfolgreiche Modelle in jedem Einzelfall »stricken«. Diese Modelle werden nicht immer von der höheren Leitungsebene teilweise aus finanziellen, teilweise aus ideologischen Gründen gutgeheißen und genehmigt – es sei denn, die Leitungsebene identifiziert sich ihrerseits mit dieser Arbeithaltung der Untergebenen.

Dieses trifft meinem Eindruck nach v. a. in manchen größeren Städte (Leipzig, Dortmund, Bremerhaven, Ulm u. a.) und für die Kooperation von Kliniken, Klinikambulanzen und den zuständigen Jugendämtern zu (Ulm!, Ravensburg u. a.). In den allermeisten Positivfällen berichten die Beteiligten von einem ungewöhnlich guten und herzlichen Umgangston unter den Beteiligten, der schon vor und nicht durch die Kooperation entstanden ist. Es wurden dann von der Chefebene aus regelmäßige und nicht nur fallbezogene Treffen vereinbart, teilweise um in Intervisionen »Manöverkritik« zu üben, teilweise aber auch, um konkrete Fälle zusammengefasst gemeinsam zu bearbeiten und dabei Routinen zu entwickeln, die zu Regeln werden können. Allen positiven Modellen geht ideologische Verbohrtheit ab; es wird dort nicht immer nur an zu vermeidende Präzedenzfälle gedacht, sondern wirklich individuelle (Schleich-) Wege im administrativen Dschungel gesucht und gefunden. Dabei entsteht auch ein gemeinsamer Stolz, gute Leistungen durch geschickte Nutzung der Synergien zu bringen, der die PEHG zusammenhält. – Solche Beispiele können nicht durch Gesetze verordnet werden. Wort und Geist unserer Gesetze ermöglichen sie sogar ausdrücklich. Sie können aber nur durch den guten Willen, Engagement, Bescheidenheit und die gegenseitige Unterstützung aller Beteiligten entstehen. Dass es sie gibt, zeigt, dass erfolgreiche Kooperation im gesetzten Rahmen durchaus möglich ist.

Schlussfolgerungen

- Solange die Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJPP nach dem Prinzip »so viel wie nötig und so wenig wie möglich« gestaltet wird, bleiben die Ressourcen, die im gesetzlichen Rahmen schlummern, ungenutzt.
- Solange unter »Ökonomiserung« der Jugendhilfe Minimalisierung der Kooperation verstanden wird, werden die Synergiegewinne (Zeit, Kraft, Gesamtkosten, Integration der Hilfen und Klientenstrukturen) vergeben.
- Solange es keine verbindlichen Verfahrensrichtlinien für alle Jugendämter gibt, werden Partikularinteressen, lokale und regionale Wirtschaftspläne enorme Verfahrungsungleichheiten verursachen.
- Die Freiräume der gesetzlichen Regelungen eröffnen Verfahrensspielräume, die z. T. gewinnbringend für alle Beteiligen genutzt werden (Win-win-Situation): Dazu ist das persönliche Engagement aller Beteiligten nötig.
- Die guten Beispiele von modellhaften Kooperationsvereinbarungen in manchen Regionen und die »de facto-Kooperationen« auf unterer Mitarbeiterebene bis hin zur Chefebene zeigen, dass erfolgreiche Kooperationen über den verordneten Rahmen hinaus möglich und hilfreich sein können.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Dt. Gesellschaft f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie (Hg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, Deutscher Aerzte-Verlag (Hg.).

Ellwein, T. (1973): Das Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland, 3. Aufl. Westdeutscher Verlag, S. 99 ff.

Fegert, J./Roosen-Runge, G./Thoms, E./Kirsch, U./Kölch, M./Meysen, Th. (2008): Stellungnahme zur Eingliederung nach § 35 a SGB VIII der Kommission Jungendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, Das Jugendamt Heft 04/2008, 177 – 186.

Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (2001): Psychotherapie im Wandel, Hogrefe.

Jungmann, J./Roosen-Runge, G. (2004): Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Projekt 2001 – 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Shaker-Verlag, Aachen.

Mattejat, F./Trosse, M. et al. (2006): KJP-Qualität, Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen, Görlich und Weiershäuser.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters anch ICD-10 der WHO, Huber.

Mentzos, S. (2010): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, Suhrkamp TB.

Roosen-Runge, G. (2000): Praxis und Theorie der Sozial-Psychiatrischen Versorgung (SPV). in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie Teile I, II und III, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 10. Jahrgang Heft 2-2000, 40 – 77.

Wiesner, R. (2006): SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar 3. Auflage C. H.Beck, 553.

Kinder, deren Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden – eine kooperative Herausforderung

Marc Schmid

»Kinder sind nur ein Segen für die Eltern, wenn die Eltern auch ein Segen für die Kinder sind.«
Asiatisches Sprichwort

Mehrere Studien zeigen, dass zwischen 15 und 30 % der stationär in der Erwachsenenpsychiatrie behandelten Patienten minderjährige Kinder haben. Sommer et al. (2002) berichten, dass 17 % der Patienten in stationärer Behandlung minderjährige Kinder betreuten.

Internationale Arbeiten berichten ebenfalls, dass bis zu 30 % der stationär psychiatrischen Patienten mindestens ein minderjähriges Kind haben (Cunningham et al. 2000, Mowbray et al. 2004, Ostman und Hansson 2002, Lenz 2005), wobei deutlich häufiger Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung Kinder haben, die bei ihnen leben, als männliche Patienten (70 % Mütter vs. 30 % Väter) (Sommer et al. 2000, Mowbray et al. 2004).

Es werden kaum aufwendige epidemiologische Felduntersuchungen durchgeführt. Eine lobenswerte Ausnahme bildet die Untersuchung von Meltzer et al. (2000). Die repräsentative Untersuchung an über 10 000 Kindern in Großbritannien zeigte, dass bei 25 % der befragten Elternteile ein auffälliges Screening in einem klinischen Fragebogen (diese Häufigkeit entspricht der Normierungspopulation) vorlag. Je ausgeprägter die psychische Belastung der Eltern in dem Fragebogen war, desto größer das Risiko der Kinder, selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln. Über 35 % der Kinder von Eltern mit extrem auffälligem psychopathologischem Screening litten bereits unter einer manifesten psychischen Störung. Vostanis et al. (2006) berichten in einer Analyse derselben Daten von einem viermal höheren Risiko der Kinder von im Screening auffälligen Eltern. Das Risiko, eine Störung zu entwickeln, ist bei Kindern mit suchtkranken Eltern noch mal wesentlich höher (Zobel 2000), wobei die betroffenen Kinder oft ein breites Spektrum an psychischen Symptomen zeigen.

Systematische Untersuchungen mit standardisierten klinischen Interviews mit den Eltern von fremdplatzierten Kindern sind dem Autor keine bekannt. Es ist aber davon auszugehen, dass die aufgrund von anamnestischen Daten durch die pädagogischen Fachkräfte erhobenen Häufigkeiten bei einer systematischen Untersuchung weit übertroffen werden, da Fachkräfte in der Jugendhilfe und Pflegeeltern häufig nicht über alle notwendigen Informationen verfügen und nur besonders eindeutige Fälle angeben. Im Rahmen einer Untersuchung von 394 Pflegekindern gaben die Pflegeeltern an, dass mindestens 33 % der Mütter schon einmal eine stationäre psychiatrische Behandlung benötigten, 24 % der leiblichen Mütter hätten bereits einen stationären Entzug von psychotropen Substanzen in Anspruch genommen (Pérez et al. in press).

Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt in verschiedenen Entwicklungsphasen eines Kindes jeweils ein ganz spezifisches Risiko dar. Bei Säuglingen und

Kleinkindern droht die Vernachlässigung von kindlichen Bedürfnissen und es besteht die Gefahr einer pathologischen Bindungsentwicklung. Im Kindesalter ist ein wichtiger Faktor, dass Kinder die Symptome der Eltern ohne emotionale Validierung und Erklärung nicht verstehen können und die Kinder dann elterliche Symptome häufig auf eigenes vermeintliches Fehlverhalten zurückführen (Mama ist so traurig, weil ich den Teller heruntergeworfen habe. Papa trinkt, weil ich nicht gut genug in der Schule bin).

Eine wesentliche Gefahr, die sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter droht, ist die Überforderung der Kinder (vor allem der ältesten Kinder im Familiensystem) durch Übernahme von elterlichen Aufgaben. Eine solche Parentifizierung wird dann als pathologisch eingeschätzt, wenn das Kind eindeutig Aufgaben aus dem Bereich der Erwachsenen übernehmen muss und Aufgaben übernimmt, die die Eltern wegen ihrer Krankheit nicht übernehmen können, diese überdauernd sind, das Kind eigene Entwicklungsbedürfnisse zurückstellen muss und von den Eltern kindliche Bedürfnisse nicht mehr wahrgenommen werden können. Außerdem werden die Leistungen des Kindes im Familiensystem nicht adäquat wahrgenommen und erfolgen oft nicht öffentlich und verdeckt, um den äußeren Schein zu wahren. Im Jugendalter kann eine Parentifizierung dazu führen, dass die entwicklungsadäquate Ablösung von den Eltern und Hinwendung zu Gleichaltrigen schwerfällt, wobei es hier einerseits zu einer Verleugnung dieses Bedürfnisses oder andererseits aber auch zu einer sehr harschen Ablösung vom Elternhaus kommen kann.

Viele Jugendliche haben große Ängste davor, selbst zu erkranken, teilweise fehlt ihnen auch ein Vorbild für die eigene Identitätsentwicklung.

Erwachsene, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufgewachsen sind, berichten retrospektiv, dass sie sich bereits als Kind eine Erklärung für die Symptomatik der Eltern gewünscht hätten und eine Validierung für ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse für sie als Kind wichtig war (Sollberger 2000).

Generell ist bei der gesamten Thematik zu beachten, dass sich psychische Erkrankungen massiv auf die gesellschaftliche Teilhabe der Familie auswirken (WHO 2002, Ramchandani und Stein 2003) und oft mit Armut und anderen psychosozialen Risiken einhergehen. Fast alle neueren epidemiologischen Studien zeigen, dass diese Akkumulation psychosozialer Risikofaktoren mit einem höheren Erkrankungsrisiko für Kinder einhergehen (Meltzer et al. 2000, Hölling et al. 2008, Lenz 2005).

Für die Entwicklungsprognose eines Kindes sind die sichere Verfügbarkeit eines gesunden Elternteiles sowie das soziale Netz einer Familie neben einer günstigen Temperamentausstattung des Kindes die wichtigsten protektiven Faktoren. Die psychische Symptomatik der Kinder ist besonders ausgeprägt, wenn beide Elternteile unter einer psychischen Störung leiden (Kahn et al. 2004, Cogan 1998).

Es zeigt sich, dass man nicht davon ausgehen kann, dass psychisch kranke Eltern Hilfe für ihre Kinder erhalten. Teilweise sind sie mit der selbständigen Einleitung geeigneter Hilfen überfordert und es besteht ein Informationsmangel über mögliche Hilfen. Häufig werden psychiatrische Patienten bei der Aufnahme nicht einmal gefragt, ob sie Kinder haben und wie diese versorgt sind (Schmid et al. 2008).

Bei Eltern mit manifesten psychischen Störungen steht dem Wunsch nach Hilfe nicht selten die Sorge gegenüber, dass man ihnen ihre Kinder wegnehmen könnte (Sommer et al. 2000, Gundelfinger 1997, Bohus et al. 1998). Hearle et al. (1999) berichten, dass fast 30 % der betroffenen Eltern aus dieser Sorge heraus nicht um Hilfe nachsuchen. 11 % der Patienten berichteten zudem, dass Hilfsmaßnahmen für ihre Kinder gegen ihren Willen eingeleitet wurden. Die Sorge vor dem Verlust des Sorgerechtes ist durchaus ernst zu nehmen – mindestens ein Drittel der 6000 Sorgerechtsentzüge sind auf psychische Erkrankungen der Eltern zurückzuführen (Schone und Wagenblass 2006). Circa 10 % der betroffenen Patienten leben zudem mit einem ebenfalls psychisch kranken Partner zusammen (Kahn et al. 2004), was die Belastung der Kinder noch einmal potenziert.

Hier zeigt sich eine Schnittstellenproblematik zwischen der Erwachsenenpsychiatrie, der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Eine derart komplexe und wichtige Aufgabe kann nur durch Kooperation aller beteiligten Systeme erfolgreich bewältigt werden (Schone und Wagenblass 2006). Die unterschiedliche Perspektive des jeweiligen Helfersystems führt aber teilweise zu Spannungen zwischen den Vertretern der Erwachsenen und den Vertretern des Kindes. Die Erwachsenenpsychiatrie betont häufig eher die stabilisierende Wirkung von Kindern auf ihre Patienten, wohingegen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie vor einer unzureichenden Versorgung und potenziellen Parentifizierung der Kinder und Jugendlichen warnen.

Ergebnisse der Ulmer Untersuchung

Im Rahmen einer Stichtagsuntersuchung an vier psychiatrischen Kliniken wurden 104 (31 % männlich, 69 % weiblich) Patienten mit Kindern unter 18 Jahren untersucht. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 11,8 Jahre. Die 104 Patienten entsprechen 15 % der Tagesbelegung, was die Verbreitung und Bedeutung dieses Problems unterstreicht. Dabei wurden folgende Problemlagen untersucht:

1. Die Zufriedenheit mit der Betreuungssituation der Kinder.
2. In Anspruch genommene Unterstützungssysteme.
3. Hürden bei der Inanspruchnahme von Hilfen.
4. Bedürfnisse nach Unterstützung der dort stationär behandelten Eltern und ihrer Familien sowie die psychische Belastung der Kinder im Elternurteil und der elterliche Stress.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Ergebnisse findet der interessierte Leser bei Schmid et al. 2008, 2011, Kölch et al. 2008, Kölch und Schmid 2008. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz beschrieben.

Die Versorgungssituation wird von 33 Eltern (40 %) generell als nicht zufriedenstellend beurteilt. 46 Eltern (55 %) gaben an, sie hätten schon einmal auf eine ärztlich empfohlene stationäre psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung verzichtet oder diese angebrochen, weil die Betreuungssituation ihrer Kinder diese nicht zugelassen

hätte. 37 % der Patienten (n = 31) geben zudem an, dass sich die behandelnden Ärzte nicht »ausreichend« nach der Versorgungssituation ihrer Kinder erkundigt hätten. Zehn Patienten (12 %) gaben an, sie seien von den behandelnden Ärzten gar nicht gefragt worden, ob sie Kinder hätten.

Die meisten Eltern erhielten Unterstützung von ihren Lebenspartnern oder Verwandten, professionelle Hilfen wie Haushaltshilfen über die Krankenkassen oder Hilfen zur Erziehung wurden sehr selten nachgesucht. Über neun Prozent berichteten, dass sie überhaupt keine Unterstützung bekommen würden.

Hilfen zur Erziehung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, die beim Jugendamt beantragt werden müssen, werden von der Hälfte der Patienten aktiv vermieden. Sie würden keine Hilfe vom Jugendamt benötigen, gaben 21 % an. Viele Probanden (27 %) befürchten aber auch eine Stigmatisierung durch Dritte. Außerdem bestehen nicht selten Ängste vor Bevormundung (19 %) und dem Entzug des Sorgerechtes (18 %). Diese Ängste können im Sinne einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung dazu führen, dass geeignete und passgenaue Hilfen nicht vonseiten der betroffenen Eltern initiiert werden und dadurch oft zu spät – wenn der Entwicklungsverlauf der Kinder bereits beeinträchtigt ist – eingeleitet werden und die Jugendämter dann auch einen stärkeren Interventionsdruck aufbauen. In solchen Fällen erleben die Eltern, nicht ausreichend bei der Ausgestaltung der Hilfen partizipieren zu können (Schone und Wagenblass 1997).

Befragt man die Eltern, welche Angebote für ihre Familie sie sich wünschen würden, stellt man fest, dass die Hinzuziehung eines Kinder- und Jugendpsychiaters und ein Elterntraining von vielen Eltern gewünscht werden. Betreuungsangebote im gewohnten sozialen Umfeld wurden ebenfalls häufiger gewünscht als Eltern-Kind-Stationen oder kliniknahe Betreuungsangebote, was aber auch auf die Altersstruktur der Stichprobe mit vielen schulpflichtigen Kindern zurückzuführen sein könnte.

Außerdem wurden die Eltern befragt, wie psychisch belastet sie ihre Kinder einschätzten und wie gestresst sie sich durch Erziehungsaufgaben fühlten. Hierfür füllten die stationär behandelten Eltern die deutsche Übersetzung der Parental Stress Scale (Berry und Jones 1995) und den Strengths und Difficulties Questionnaire – ein sehr weitverbreitetes Screeninginstrument für psychopathologische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Goodman et al. 1997) – aus. Dabei muss berücksichtigt werden, dass eine psychische Erkrankung der Eltern auch die Einschätzung der kindlichen Verhaltensauffälligkeit beeinflussen kann, weshalb es von großem Vorteil wäre, zusätzlich noch über weitere Beurteilungsquellen zu verfügen, was in dieser Studie leider nicht realisiert werden konnte, da die Untersuchung in anonymisierter Form innerhalb eines Stichtages in teilnehmenden Kliniken durchgeführt wurde.

Hierbei erreichten 47 % der Kinder nach dem Urteil ihrer Eltern klinisch auffällige Werte im SDQ. Es zeigten sich sowohl psychische Auffälligkeiten im Bereich der internalisierenden als auch externalisierenden Symptome (Kölch et al. 2008). Die Eltern gaben im Vergleich zu einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung eine hoch signifikant höhere elterliche Stressbelastung an (Stadelmann et al. 2010).

Dieser höhere elterliche Stress ist vermutlich einerseits auf eine generell geringere Belastbarkeit zurückzuführen, interagiert aber andererseits auch mit geringeren Erziehungs- und Problemlösungskompetenzen, die oft auf eigene maladaptive Erziehungserfahrungen der Eltern in ihren Ursprungsfamilien zurückzuführen sind. Interessant ist, dass der Zusammenhang zwischen der elterlichen Stressbelastung und der psychischen Belastung der Kinder bei psychisch kranken Eltern wesentlich stärker ausgeprägt ist. Hier zeichnet sich ein Teufelskreis ab, in welchem die psychische Erkrankung Erziehungsdefizite verursachen kann, die wiederum zu einer höheren Auffälligkeit der Kinder führen, welche wiederum einen höheren elterlichen Stress verursachen und sich negativ auf den Erkrankungsverlauf auswirken können. Im Sinne eines Diathese-Stress-Models und des Expressed Emotions-Ansatzes erhöht der viel höhere elterliche Stress das Rückfallrisiko nicht nur bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern auch bei Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen (Fruzzetti et al. 2005, Cochrane report von Pharoah et al. 2006).

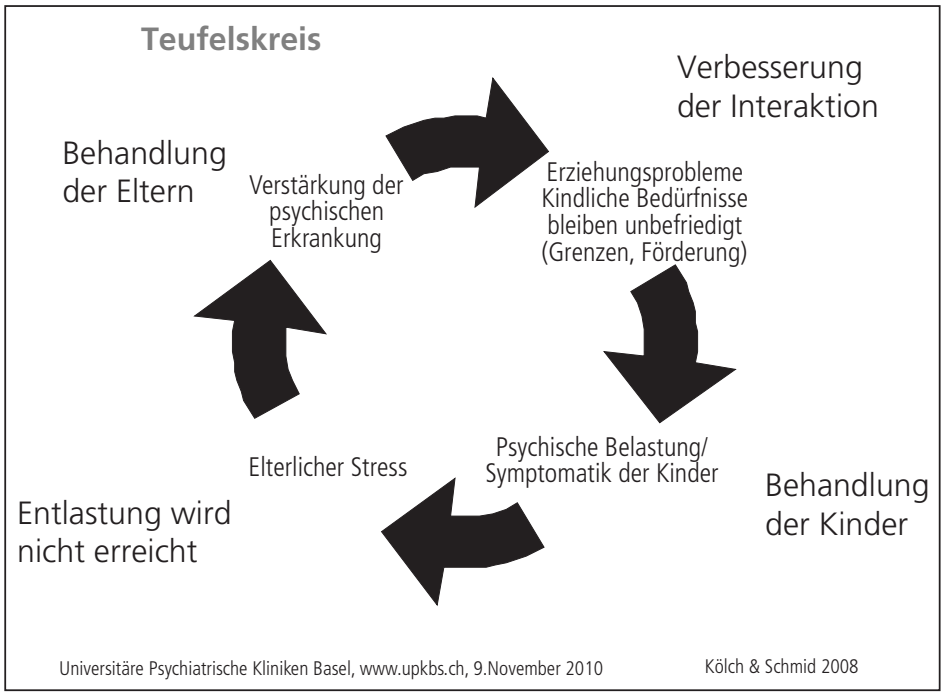


Abbildung 1

Fazit: Es lassen sich zusammen folgende Problembereiche identifizieren und Forderungen ableiten:

1. Trotz einer höheren Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit werden belastete Kinder von psychisch kranken Eltern im klinischen Alltag oft nicht identifiziert und die Lebenssituation der betroffenen Familien oft nicht ausreichend analysiert.
2. Viele Hilfsangebote sind zu hochschwellig und es bestehen irrationale Vorurteile gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten durch die Jugendämter, die eine rechtzeitige Inanspruchnahme dieser Hilfen erschweren.
3. Ohne ausreichende Unterstützung geht eine psychische Erkrankung der Eltern mit einem höheren Erziehungsstress einher, welcher sich sowohl negativ auf den

Krankheitsverlauf der Eltern als auch auf die Entwicklung der Kinder auswirken könnte.

4. Viele Hilfsangebote sind projektfinanziert, stark vom Engagement einzelner Personen abhängig und lassen sich daher nur schwer verstetigen und in eine überdauernde Finanzierung in der Sozialgesetzgebung mit einer personenunabhängigen Struktur überführen.
5. Die betroffenen Eltern wünschen sich unter anderem Unterstützung bei der Besprechung der Symptome ihrer Erkrankung mit ihren Kindern und relativ konkrete Fertigkeiten für den Umgang mit ihren Kindern in Form von Elterntrainings. Viele Eltern wünschen sich Gespräche mit Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychotherapeuten, um einerseits über die psychische Belastung ihrer Kinder und Unterstützungsmöglichkeiten für diese zu sprechen, aber auch, um zu reflektieren, wie man mit den Kindern am besten über die eigene Erkrankung sprechen kann.
6. Hilfen sollten immer auch die Interaktion zwischen Eltern und ihren Kindern beachten und gegebenenfalls in diesem Bereich intervenieren.

Aus diesen Missständen lassen sich folgende Forderungen für eine weitere Verbesserung der Versorgung von Familien mit einem unter einer psychischen Erkrankung leidenden Elternteil ableiten:

- *Es benötigt ein effektiveres Screening und standardisierte Versorgungschecklisten für die Identifikation von Hochrisikokonstellationen in der Erwachsenenpsychiatrie (Sensibilisierung)*.
  Offensichtlich reichen rein klinische Urteile nicht aus, um betroffene Familien und Risikofamilien zuverlässig zu identifizieren. Vermutlich könnte ein standardisiertes Screeningverfahren die Identifikationsquote deutlich erhöhen, die behandelnden Ärzte für das Thema sensibilisieren und es könnten dadurch früher soziale Unterstützungsmaßnahmen zuverlässiger implementiert werden. Ein gutes Screening sollte sowohl die psychische Belastung des Kindes als auch die Betreuungssituation und den Erziehungsstress der Eltern erfragen. Die Befragung, vor allem aber die Auswertungsgespräche, sollten lösungsorientiert aufgebaut sein, sodass eher nach Unterstützungsbedarf und nicht nach Defiziten gefragt wird. Die Offenheit der Betroffenen wird durch einen solchen Fragestil erheblich gefördert. Wichtig ist, dass das Screening so ökonomisch ist, dass es zuverlässig bei allen Eltern angewendet werden kann, was für die Verwendung von kurzen und doch sehr aussagekräftigen Fragebögen, wie sie zum Beispiel auch in der oben beschriebenen Studie verwendet wurden, spricht.
- *Aufklärung der Kinder durch die behandelnden Ärzte und eine dem Entwicklungstand entsprechende Partizipation der Kinder und Jugendlichen an der Behandlung ihrer Eltern (Gespräche, Besuchsmöglichkeiten)*.
  Man weiß einerseits, dass das Nicht-Verstehen der elterlichen Psychopathologie Kinder sehr belastet. Im Erwachsenenalter berichten Betroffene oft, dass die Aufklärung sie sehr entlastete und die fehlende Aufklärung und das Schweigen über die Erkrankung eine große Belastung für sie gewesen ist.

Andererseits weiß man, dass Eltern sehr unsicher sind, wie sie mit ihren Kindern über ihre Symptome sprechen sollen und sich hier Unterstützung wünschen. Es läge nahe, diesbezüglich zu intervenieren, falls die behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten mehr Ressourcen in die Aufklärung der Kinder der Patienten investieren könnten und wollten. Es liegt inzwischen eine Vielzahl sehr liebevoll geschriebener Bücher und Broschüren zu dieser Thematik vor, mit welchen man auch jüngere Kinder gut über die verschiedensten Störungsbilder aufklären kann (Überblick z. B. auf www.netz-und-boden.de oder www.irmelawieman.de). Bei der Psychoedukation eines Kindes ist es wichtig, einen guten therapeutischen Kontakt zum Kind herzustellen und das Gespräch relativ breit zum Beispiel über solche Materialien zu eröffnen. Außerdem sollte man möglichst konkrete Lebenserfahrungen des Kindes benennen, die das Verhalten der Eltern konkret beschreiben und nicht abstrakt Fachbegriffe benutzen. Dem Kind sollte man bei der Erklärung ausreichend Möglichkeiten zum Nachfragen eröffnen. Mit einer solchen Haltung wird allein die Möglichkeit, dass das Kind einen Ort hat, an dem es weiß, dass es über diese Themen und seine Nöte sprechen kann und sich jemand dafür aufrichtig interessiert, eine erhebliche Entlastung darstellen. Man sollte den Kindern ausreichend Zeit geben und nicht erwarten, dass sie sofort ein offenes Gespräch beginnen können, wenn man diese Thematik anspricht. Oft sind die Sitzungen nach dem gemeinsamen Anschauen von Büchern zur Thematik oder einem Gespräch über die Eltern die intensiveren. Es kann deshalb sinnvoll sein, ohne zu bohren, häufiger darauf zurückzukommen und das emotionale Erleben des Kindes häufiger zu validieren und den Eltern zu helfen und anzuleiten, dieses im Alltag in ähnlicher Art und Weise zu tun (s. u.).

Man könnte sich generell überlegen, die Psychiatrien kinderfreundlicher zu gestalten und zum Beispiel Spielzimmer oder Plätze einzurichten, in denen Besuche von Kindern, falls dies indiziert ist, möglich sind. Vermutlich ist es für Kinder besser nachzuvollziehen und emotional besser zu akzeptieren, dass ihre Eltern in einem Krankenhaus sind, wenn sie dieses einmal kennenlernen dürfen und als freundlich empfinden. Mit relativ geringfügigen Änderungen wäre es gut möglich, dass Familien, bei denen dies sinnvoll ist, auch in akuteren Krankheitsphasen den Kontakt halten können und man dadurch auch wichtige diagnostische Informationen und Möglichkeiten zu kurzen Gesprächen bekommen kann.

- *Mehr Ressourcen für die Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie – Familienzentrierte Behandlungskonzepte gemeinsame Sprechstunden/entwicklungspsychopathologische Perspektive.*

  Es macht bei den oben beschriebenen Teufelskreisen wenig Sinn, die Kinder und die Eltern ohne eine gemeinsame Falldefinition getrennt voneinander zu behandeln, wobei dies keinesfalls heißen soll, dass nicht einzeltherapeutisch mit den Eltern und Kindern gearbeitet werden soll. Die einzelnen Parteien sollten nur voneinander wissen und man sollte eine gemeinsame Behandlungsplanung vornehmen, wenn die Kinder auch einen psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf aufweisen.

Eventuell könnte hier auch die Etablierung von spezifischen gemeinsamen Sprechstunden zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie eine große Unterstützung bieten, in welchen auf den Unterstützungsbedarf der gesamten Familie fokussiert wird. Dies hätte auch den Vorteil, dass man über die spezifischen therapeutischen Kompetenzen und Gesprächsführungstechniken, aber auch die Kenntnisse über die verschiedenen psychosozialen Unterstützungssysteme in den einzelnen Altersbereichen Synergien nutzen könnte, oder die Erwachsenenpsychiatrie zumindest einen festen Ansprechpartner im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat, der über eine gewisse Expertise zu dieser Thematik verfügt, um Fälle anzumelden (Schaub und Frank 2010).

- *Spezialisierte überdauernde Betreuungs- und Unterstützungsangebote bei denen Krisen antizipiert werden können und im Bedarfsfall (z. B. bei einer erneuten stationären Behandlungen) eine unkomplizierte Intensivierung der Hilfen möglich ist.*
  Viele psychische Störungen verlaufen zyklisch, die Eltern haben phasenweise ausreichend hohe Erziehungskompetenzen und die Mutter-Kind-Bindung ist oft intakt. Deshalb wäre es eigentlich wünschenswert, Betreuungssysteme aufzugleisen, bei denen die Kinder nicht wegen einzelner stationärer Aufnahmen überdauernd fremd untergebracht werden müssen. Im Idealfall sollte sich die Intensität der Hilfen rasch dem sich krankheitsbedingt verändernden Unterstützungsbedarf des betroffenen Familiensystems anpassen können, z. B. sollte eine ambulante oder teilstationäre Maßnahme mit Unterstützung im Bedarfsfall schnell und unbürokratisch zu einer Vollzeitbetreuung ausgebaut werden können. Eine Möglichkeit, dies zu realisieren, wäre über Patenfamilien. Dies sind Pflegefamilien, bei denen das Kind im Regelfall regelmäßig eine definierte Zeit verbringt und in seiner Teilhabe gefördert wird, d. h. die Familien unterstützen in schulischen Dingen, machen aber auch Unternehmungen mit etc. Im Falle einer Aggravierung der Symptomatik der Mutter würde das Pflegeverhältnis intensiviert und das Kind würde häufiger in der Pflegefamilie übernachten. Natürlich setzt dies eine gute Ausbildung und fachliche Unterstützung der betreuenden Pflegefamilien voraus. Es scheint aber eine gute Möglichkeit zu sein, eine möglichst hohe Beziehungskontinuität in der Betreuung dieser Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten und so zu vermeiden, dass sie immer wieder an anderer Stelle fremdplatziert werden müssen.
  Durch solch ein sicheres und im Intensitätsgrad variables Betreuungsverhältnis würde den psychisch kranken Eltern ermöglicht, besser auf sich zu hören und sich bei Bedarf früher von Erziehungsaufgaben entlasten zu können. Außerdem könnten Eltern so indizierte stationäre Behandlungen leichter antreten und sich dort ohne Sorgen um die Betreuung ihrer Kinder auf eine stationäre Behandlung einlassen.
- *Sprechstunde der Jugendämter in der Erwachsenenpsychiatrie, Werbung mit konkreten Angeboten, mehr Ressourcen für die nachgehende Betreuung dieser Familien (Kommstruktur überfordert!).*
  Die großen Vorurteile der betroffenen Eltern gegenüber der Jugendhilfe und die relativ geringe Erfahrung der Erwachsenenpsychiater bezüglich der Hilfsmög-

lichkeiten im Jugendhilfesystem verdeutlicht wie wichtig es ist, die Mitarbeiter in der Erwachsenenpsychiatrie regelmäßig über verschiedene Jugendhilfeangebote und die Einleitung entsprechender Hilfen zu informieren. Ideal wäre es, wenn Mitarbeiter des Jugendamtes oder Träger von Jugendhilfemaßnahmen regelmäßig Sprechstunden anbieten würden und Informationsmaterialien über verschiedene Hilfen flächendeckend auslegen würden.
Man könnte Träger auch immer wieder in Gruppentherapien für psychisch kranke Eltern einladen, um über ihre Angebote zu informieren oder auch Patienten einladen, die über ihre Erfahrungen mit Hilfen über das Jugendamt berichten.

Entwicklung von nachhaltigen Hilfeformen

Neutral betrachtet gibt es eine Vielzahl von Hilfen mit sehr innovativen Angeboten an vielen Standorten im deutschsprachigen Raum. Viele Angebote sind aus Forschungsprojekten oder Stiftungen hervorgegangen, sind mit viel Engagement angeschoben worden und kämpfen von Jahr zu Jahr um ihre Verstetigung. Aus diesem Grund ist es bei der Implementierung von weiteren Hilfsangeboten sehr wichtig, diese bereits im Vorfeld eindeutig auf die sozialrechtlichen Kostenträger zuzuschneiden. Dies fällt schwer, da effektive Hilfen gerade im Bereich von Kindern für psychisch kranke Eltern an der Schnittstelle von unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern angesiedelt sind und deshalb in diesem Bereich Mischfinanzierungen indiziert wären und auch die zwingend notwendigen Kooperationsleistungen adäquat vergütet werden sollten. Hier wäre es wünschenswert, für solche Angebote nachhaltige Finanzierungsmöglichkeiten zu eröffnen und die Finanzierung von diesen auch offenzulegen, um zu zeigen, dass diese auch kostendeckend betrieben werden können und dadurch eine weitere Verbreitung erfahren können.

Stärkere Beachtung der Eltern-Kind-Interaktion im Rahmen der Behandlung und Hilfeplanung

Hierbei sind im Wesentlichen zu beachten, dass man Erziehungs- und Interaktionskompetenzen stärkt und diesen protektiven Faktor im Fallverständnis der Eltern wertschätzt. Elterntrainings haben einen erheblichen Effekt auf die Depressivität und Lebensqualität der Eltern (Heinrichs 2008). Bei psychisch kranken Eltern sollten die Interventionen eines Elterntrainings aber der individuellen Situation dieser Familien angepasst werden, da sich diese Multiproblemfamilien in unspezifischen Elterntrainings oft unverstanden fühlen und überfordert werden (Lundahl et al. 2006). Gerade bei psychisch kranken Eltern scheinen sich auch videobasierte Interventionen anzubieten, da man dort sehr detailliert positives Elternverhalten herausarbeiten und emotionale Reaktionen des Kindes sehen sowie die Eltern gegebenenfalls an eine bessere Validierung der emotionalen Reaktion des Kindes heranführen und die elterliche Feinfühligkeit fördern kann (Ziegenhain et al. 2004, Downing 2003).

Neben der Verbesserung der Interaktion durch psychotherapeutische Interaktionen erscheint es wichtig, die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion auch bei der Hilfeplanung stärker zu beachten. Teilweise werden im Rahmen der Hilfeplanung bei psychisch kranken oder suchtkranken Eltern mit fremdplatzierten Kindern die nicht ausreichend entwickelten Erziehungskompetenzen ausschließlich auf die psychische Erkrankung der Eltern zurückgeführt, die psychische Krankheit der Eltern überbetont und Interaktions- und Erziehungskompetenzen vernachlässigt (»Jetzt machen Sie mal eine Therapie und dann ist Ihre Tochter bald wieder bei Ihnen.«). Eine psychische Krankheit beeinflusst die Erziehungskompetenz in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Sie ist in hohem Maße von Fertigkeiten und inneren Modellen der Elternschaft abhängig. Es gibt viele psychisch sehr belastete Eltern, die sehr gut oder zumindest ausreichend gut für ihre Kinder sorgen können, weil sie über die nötigen Kompetenzen verfügen und eine entsprechende soziale Unterstützung mobilisieren können. Es reicht für eine vernünftige Hilfeplanung somit nicht aus, wenn die Eltern an ihren Symptomen arbeiten, es müssen gegebenenfalls auch gezielt elterliche Fertigkeiten gestärkt oder entwickelt werden. Deswegen ist es bei der Fremdplatzierung von Kindern notwendig, die Eltern und die Zusammenarbeit mit ihnen wertzuschätzen, Eltern auch während der Fremderziehung entsprechend ihrer Möglichkeiten in der Verantwortung zu halten und entsprechende Ziele für die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion zu formulieren und entsprechend zu bearbeiten.

Gruppenangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern (Elterntrainings, insbesondere psychoedukative Angebote, resilienzfördernde erlebnispädagogische Angebote – nachhaltige Finanzierung solcher Angebote)

Natürlich bieten sich bei der sozialen Isolierung, von der die betroffenen Familien häufig bedroht sind und der immer noch hohen Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, Gruppeninterventionen an. Im Rahmen solcher Angebote können die Betroffenen die Erfahrung machen, dass viele andere Familien mit ähnlichen Problemen kämpfen und einerseits Copingmodelle kennenlernen und andererseits eigene Ressourcen vermehrt bemerken, wenn sie Situationen meistern, die anderen Familien schwerfallen. Einerseits bieten sich für die Eltern natürlich Elterntrainings, aber auch psychoedukative Gesprächsgruppen an. Die Angebote an Kinder und Jugendliche sind meist so aufgebaut, dass kreativtherapeutische, erlebnispädagogische Angebote mit psychoedukativen Gesprächsangeboten kombiniert werden (vgl. Überblicke bei Lenz 2007, Wiegand-Grefe et al. 2011).

Intensivierung der Forschungsbemühungen

Im Forschungsbereich ist nach wie vor ein Mangel an Längsschnittsstudien zu verzeichnen. Es wäre eigentlich wichtig, die klinischen Beobachtungen über die Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Lebensaltern auch mal einer empirischen Überprüfung zu unterziehen und diese Familien länger nachzuverfolgen.

Selbstverständlich würde eine solche Längsschnittstudie, die schon aus ethischen Gründen mit Interventionsangeboten einhergehen muss, auch viele Aufschlüsse für die Ausgestaltung von passgenauen Hilfen geben. Außerdem sollte analysiert werden, welche der Hürden der Inanspruchnahme von Hilfen im Weg stehen und Möglichkeiten der Förderung der niederschwelligeren Inanspruchnahme und Identifikation von Hilfebedürftigen erforscht werden. Denn nur durch eine bessere Kenntnis und Inanspruchnahme der psychosozialen Hilfsangebote sowie durch eine zuverlässigere, im klinischen Alltag verankerte Identifikation der belasteten Kinder auf breiter Ebene kann diesen Familien effektiv geholfen und viel menschliches Leid verhindert werden.

Zur Vertiefung empfohlene Literatur

Wiegand-Grefe, S./Mattejat, F./Lenz, A. (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Verwendete Literatur

Berry, J. O./Jones, W. H. (1995): The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. Journal of Social and Personal Relationships, 12 (3), 463–472.

Bohus, M./Schehr, K./Berger-Sallawitz, F./Novelli-Fischer, U./Stieglitz, R. D./Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. Psychiatrische Praxis, 25 (3), 134–138.

Cogan, J. C. (1998): The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22 (2), 142–154.

Cunningham, J./Oyebode, F./Vostanis, P. (2000): Children of mothers admitted to psychiatric hospital: Care arrangements and mothers' perceptions. Child Psychology & Psychiatry Review, 5 (3), 114–119.

Downing, G. (2003): Video Microanalyse Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In H. Scheuerer-Englisch, G. J. Suess, W. K. Pfeifer (Hg.), Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention (pp. 25–50). Gießen: Psychosozial Verlag.

Fruzzetti, A. E./Shenk, C./Hoffman, P. D. (2005): Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. Development and Psychopathology, 17 (4), 1007–1030.

Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 38 (5), 581–586.

Gundelfinger, R. (1997): Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? Kindheit und Entwicklung, 6, 147–151.

Hearle, J./Plant, K./Jenner, L./Barkla, J./McGrath, J. (1999): A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. Psychiatric Services, 50 (10), 1354–1356.

Heinrichs, N./Bodenmann, G./Hahlweg, K. (2008): Prävention bei Paaren und Familien. Göttingen: Hogrefe.

Hölling, H./Kurth, B. M./Rothenberger, A./Becker, A./Schlack, R. (2008): Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). European Child & Adolescent Psychiatry, 17 (Suppl 1), 34–41.

Kahn, R. S./Brandt, D./Whitaker, R. C. (2004): Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 158 (8), 721–729.

Kölch, M. et al. (2008): Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern. Ergebnisse einer Befragung stationär behandelter Patienten mit dem SDQ. Nervenheilkunde, 27 (6), 527–532.
Kölch, M./Schmid, M. (2008): Elterliche Belastung und Einstellung zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57 (10), 774–788.
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutischen Massnahmen. Göttingen: Hogrefe.
Lundahl, B. W./Nimer, J./Parsons, B. (2006): Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs. Research on Social Work Practice, 16 (3), 251–262.
Meltzer, H./Gateward, R./Goodman, R./Ford, T. (2000): The mental health of children and adolescents in Great Britain: report. London: The Stationery Office.
Mowbray, C. T. et al. (2004): Children of mothers diagnosed with serious mental illness: patterns and predictors of service use. Mental Health Services Research, 6 (3), 167–183.
Ostman, M./Hansson, L. (2002): Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37 (5), 243–248.
Pérez, T./Di Gallo, A./Schmeck, K./Schmid, M. (in press): Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern. Kindheit und Entwicklung, 20 (2), 1–11.
Pharoah, F./Mari, J./Rathbone, J./Wong, W. (2006): Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews (4), CD000088.
Ramchandani, P./Stein, A. (2003): The impact of parental psychiatric disorder on children. BMJ: British Medical Journal, 327 (7409), 242–243.
Schaub, A./Frank, R. (2010): Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 158, 858–867.
Schmid, M. et al. (2008): Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. Nervenheilkunde, 27 (6), 533–539.
Schmid, M./Schielke, A./Fegert, J. M./Becker, T./Kölch, M. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Befragung von stationär psychiatrisch behandelten Eltern. Methodik, Studienpopulation und Epidemiologie. Nervenheilkunde, 27 (6), 521–526.
Schmid, M./Grieb, J./Kölch, M. (2011): Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationäre behandelter psychiatrischer Patienten: Realität und Wünsche. In F. Wiegand-Grefe, F. Mattejat (Hg.), Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung (pp. 180–205). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Schone, R./Wagenblass, S. (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie (2 ed. Vol. 21). Weinheim: Juventa.
Sollberger, D. (2000): Psychotische Eltern, verletzliche Kinder. Zur Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Sommer, R./Zoller, P./Felder, W. (2001): Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 (7), 498–512.
Stadelmann, S. et al. (2010): Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. Kindheit und Entwicklung, 19 (2), 72–81.
Vostanis, P./Graves, A./Meltzer, H./Goodman, R./Jenkins, R./Brugha, T. (2006): Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health – Findings from the GB national study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41 (7), 509–514.
World Health Organization (2002): World report on violence and health Available from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
Ziegenhain, U./Fries, M./Bütow, B./Derksen, B. (2004): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
Zobel, M. (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen Göttingen: Hogrefe.

Vernetzte Hilfen in Rostock

Franziska Berthold, Torsten Benz

Vernetzung ergibt sich heute als schlichte Notwendigkeit im Alltag der Fachkräfte verschiedenster Institutionen, die unter dem gemeinsamen Dach »zum Wohle« des Kindes tätig sind.

Das System Familie selbst agiert modellhaft für diese Form der Vernetzung. Ein wichtiges Wesensmerkmal beider ist die Komplexität. Dabei sollen Hilfen so früh als möglich und so geeignet wie möglich junge Menschen und ihre Familien erreichen, unterstützen und begleiten. Fachkräfte stehen vor der Herausforderung, Hilfen zielgerecht, bedarfsentsprechend, wirtschaftlich und effektiv zu gestalten. Ihr spezialisiertes Fachwissen über das eigene Fachgebiet wird zunehmend abgelöst von einem Orientierungswissen, das die Kenntnis verschiedenster Arbeitsansätze vereint.

Das Schauen über den eigenen Tellerrand, das »Sich-gegenseitig-Kennenlernen« erfordert entsprechende Strukturen für eine zeitgemäße integrative Arbeitsweise, um erfolgreiche Hilfeleistungen zu entwickeln. Wird das System Familie mit dem Begriff der Vernetzung konfrontiert, ergibt sich folgendes Bild:

- das fünfjährige Kind: »Ein Netz ist ein Beutel mit Vierecken. Da kann ich meinen Fußball reinmachen. Ein Netzwerk ist eine Werkstatt aus Netzen.«
- der sechzehnjährige Jugendliche: »Handy, PC … ja und Freunde, Familie und so …«
- Erwachsenenwelt: »… hat eine gut ›vernetzte‹ Person ein Geflecht von Beziehungen zu anderen Personen, zum Beispiel in verschiedenen Organisationen, die ihr unter anderem helfen, rasch an Informationen oder Hilfe zu kommen oder Krisensituationen zu vermeiden oder zu bewältigen.«

Für unseren Beitrag auf dieser Tagung nutzen wir den zweiten Satz aus der Antwort des fünfjährigen Kindes und erweitern diesen um den Begriff der Lernwerkstatt. Diese »Lernwerkstätten der Vernetzung« stehen im Mittelpunkt unseres Beitrags aus Rostock. Eigenschaft aller Lernwerkstätten ist die Ansiedlung verschiedener Leistungsangebote innerhalb eines gemeinsamen Hauses.

In unseren Ausführungen beschränken wir uns bewusst auf Erfahrungen und Ergebnisse von Vernetzungsteilen innerhalb der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP). Jedes einzelne Angebot verfügt dabei natürlich über eine Vielfalt externer Kooperations- und Vernetzungspartner in der Hansestadt und der Region. Die Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik ist Träger umfassender medizinischer, sozialer und pädagogischer Angebote. Sie gliedert sich fachlich in die Bereiche:

- Kindertagesstätten
- Psychosoziale Versorgung für Erwachsene/Wohnverbund
- Psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien

- Sozialpsychiatrische Versorgung für Erwachsene
- Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur.

Vor dem Hintergrund des Tagungsthemas »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!« beschränken wir uns auf folgende Vernetzungsteile aus diesen Feldern:

- Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie nach SGB V
- Therapeutische Kinder- und Jugendwohngemeinschaften und Ambulante Hilfen nach § 35 a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII
- Heilpädagogisch Therapeutische Frühförderambulanz nach SGB XII
- Kindertagesstätten nach SGB VIII
- Sozialpädagogische Familienhilfe für Eltern mit psychischen Erkrankungen nach SGB XII in Kombination mit SGB VIII
- Ambulante Ergotherapie nach SGB V
- Medizinisches Versorgungszentrum nach SGB V

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der ersten Lernwerkstatt im Jahr 2000 war die GGP schon erfahrener Partner und Prozessbegleiter innerhalb der gemeinde- und sozialpsychiatrischen Versorgung Erwachsener in der Hansestadt Rostock. Im Dezember 2000 wurde das Psychosoziale Zentrum Nord-Ost eröffnet, das erstmalig neue Angebote der psychosozialen Versorgungslandschaft von Kindern und Jugendlichen in der Hansestadt umfasste.

Lernwerkstatt 1 (2000)

- Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
- Therapeutische Kinder- und Jugendwohngemeinschaft
- Tagesstätte für Erwachsene
- Wohngemeinschaft für Erwachsene

Vor allem die Jugendlichen zeigten große Neugier beim Erkunden der Systeme Psychiatrie und Jugendhilfe. Liebstes Gefährt wurde dabei der gemeinsame Fahrstuhl des Hauses. Pastellfarbene Wände wurden schnellstens jugendgemäßer beschriftet und mit wesentlich ausdrucksstärkeren Farben verschönert. Alle beweglichen Gegenstände im Haus wurden ausprobiert und nach allen Regeln einer Werkstatt neu verbaut. Innerhalb kürzester Zeit spielten sie uns Fachkräfte in die Sackgasse unserer Eitelkeiten der jeweiligen Disziplin. Während der Betreuer in der WG mutig versuchte, mit Selbstverletzungen neue Wege der Verantwortungsübernahme durch den Jugendlichen selbst zu gehen, wich die Gesichtsfarbe der Therapeuten in der Morgenrunde der Klinik über gleiches Verhalten. Und wir Fachkräfte taten uns im Erkunden wesentlich schwerer. Die schnellste Annäherung war in der Raucherecke auf dem Gelände möglich, die schwierigste war und bleibt das Verstehen und der Umgang mit den Verhaltensweisen der Jugendlichen. Sich als gemeinsames multipro-

fessionelles Team zu verstehen, ist bis heute ein spannendes und herausforderndes Ziel für Leitung und Team.

Lernwerkstatt 2 (2004)

- Kindergarten
- Therapeutische Kinder- und Jugendwohngemeinschaft
- Frühförderambulanz
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Ambulante Ergotherapie

Diese Lernwerkstatt hatte einen großen Vorteil für die Arbeit mit dem Thema Vernetzung. Der Standort in der Kuphalstraße mit hervorragenden räumlichen Bedingungen, tollem Außengelände und die Einbettung in den Stadtteil Reutershagen erwiesen sich schnell als geeignet für dieses neue Projekt. Kindergarten und Frühförderung sowie die Ergotherapie erschlossen sich schnell auf der Einzelfallebene sowie innerhalb kollegialer Fallberatungen zahlreiche Ressourcen für die tägliche Arbeit. Modellhaft begann eine Sozialpädagogin, sowohl in der Familienhilfe/Eingliederungshilfe als auch in der Frühförderung tätig zu sein.

Dieses Erfahrungswissen schätzen vor allem Familien im Kontext der Psychiatrie sehr, da somit das Hilfsangebot überschaubar und vor allem verständlich bleibt, sodass die Erziehungskompetenz gestärkt wird.

Lernwerkstatt 3 (2009)

- Kindergarten
- Vorschulstation Tagesklinik
- Therapeutische Kinder- und Jugendwohngemeinschaft

Am bestehenden Standort Kuphalstraße veränderte sich die Zusammensetzung der Angebote. So benötigte die Tagesklinik aufgrund der Kapazitätserweiterung neue Räumlichkeiten, die am Standort des Psychosozialen Zentrum Nord-Ost nicht umsetzbar waren. Die mobilen Angebote der Frühförderung, Ergotherapie und Frühförderung zogen in den neuen Standort innerhalb des gleichen Stadtteiles um (siehe Lernwerkstatt 4).

Seitdem ist die Kombination der beiden Ganztagesangeboten für Kinder im Vorschulalter (Kita + Tagesklinik) neuer Lernraum für das Erschließen verbindlicher Angebote.

Lernwerkstatt 4 (2009/2010)

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Frühförderambulanz
- Ambulante Ergotherapie

Die jüngste Lernwerkstatt ist am Standort Goerdeler Straße, in unmittelbarer Nähe der Kuphalstraße angesiedelt. Im MVZ der GGP sind psychiatrische Leistungen für Kinder und Erwachsenen gebündelt und miteinander vernetzt verfügbar. Im Arbeitsalltag der Fachkräfte aller drei Angebote stehen gemeinsame Nutzung von Testverfahren, Auswertung und Diagnostik innerhalb der kollegialen Fallberatung im Mittelpunkt.

Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht vor allem verbindliche Vernetzungen.

Realisiert sind zum heutigen Tag:

- Nutzung des Psychosozialen Krisendienstes
- Krisenintervention Tagesklinik – Jugendwohngemeinschaft
- Kollegiale Fallberatungen
- Gemeinsame Fortbildungen
- Informations- und Erfahrungsaustausch
- Kooperationsverträge mit externen Partnern (Universität)
- Projekt Vorschulstation – Kindergarten
- Interdisziplinäre Fachteam (Frühförderung, Familienhilfe, Kindergarten, Tagesklinik)

Ausblick

- Lernwerkstatt 5 (Kinderkrippe, Kunst- und Kreativtagesstätte für psychisch kranke Erwachsenen, Therapeutische Kinder- und Jugendwohngemeinschaft, Beratungsangebot Migration), voraussichtlich 2011
- Stiftungspatenschaft Kindergarten
- Fachtag

Vernetzung ist notwendig, hilfreich und anstrengend. Die Bündelung von vorhandenen Kräften und Ressourcen wird vor allem im Hinblick auf finanzpolitische Rahmenbedingungen unabdingbar. Ein Kennenlernen der einzelnen Angebote, eine Einmietung unter einem gemeinsamen Dach wird aus unserer Sicht nicht ausreichend sein. Das Entwickeln einer gemeinsamen Streitkultur der verschiedenen Disziplinen ist eine Grundbedingung für das Entwickeln von verbindlichen Netzwerken.

JuMeGa® – Junge Menschen in Gastfamilien – ein Jugendhilfeangebot des Vereins Arkade e. V. in Ravensburg

Barbara Roth

Die Vorstellung des Angebots möchte ich kurz halten, um unseren Erfahrungen mit dieser Betreuungsform für psychisch kranke junge Menschen mehr Raum geben zu können.

Der Verein Arkade, Träger dieses Fachdienstes, ist seit über 30 Jahren im Bereich der Gemeindepsychiatrie tätig, heute mit 130 Mitarbeitern. Mit diesem Angebot hat sich der Verein auf ein neues Gebiet begeben, die Jugendhilfe. Bisher nur in der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen tätig, wurde der Verein nun auch zum Jugendhilfeträger. Die Initiative dafür kam von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen (KJP-)Abteilung des Zentrums für Psychiatrie »Die Weissenau«. Die Erfahrung dort war, dass auf den Stationen immer wieder junge Menschen auftauchten, die aus Sicht des psychiatrischen Fachpersonals einen familiär strukturierten Lebensort benötigen würden, aber von den Pflegekinderdiensten nicht versorgt werden konnten. Unsere gute und förderliche Zusammenarbeit mit der KJP »Die Weissenau« hat Tradition.

Gemeinsam mit Vertretern des Jugendamtes Ravensburg wurde eine Konzeption entwickelt. Eine Konzeption, die den Personenkreis anspricht, wie er im SGB VIII § 35 a beschrieben wird, »seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht« und die Maßnahme in den § 33 die Vollzeitpflege einordnet. Im August 1997 – also vor 13 Jahren – hat JuMeGa® mit der ersten Vermittlung gestartet. Die rechtliche Konstruktion des Angebots hat sich auf der einen Seite sehr bewährt, da sie einen großen Handlungsspielraum eröffnet. Auf der anderen Seite beinhaltet sie aber auch Schwierigkeiten. Da JuMeGa® über die Landkreisgrenzen hinweg angefragt wird, muss in jedem Einzelfall mit zwei Jugendämtern kooperiert werden. Dem belegenden, also dem für den jungen Menschen zuständigen Jugendamt und mit dem für den Wohnort der Gastfamilie zuständigen Jugendamt. Das erfordert einen hohen Abstimmungsbedarf.

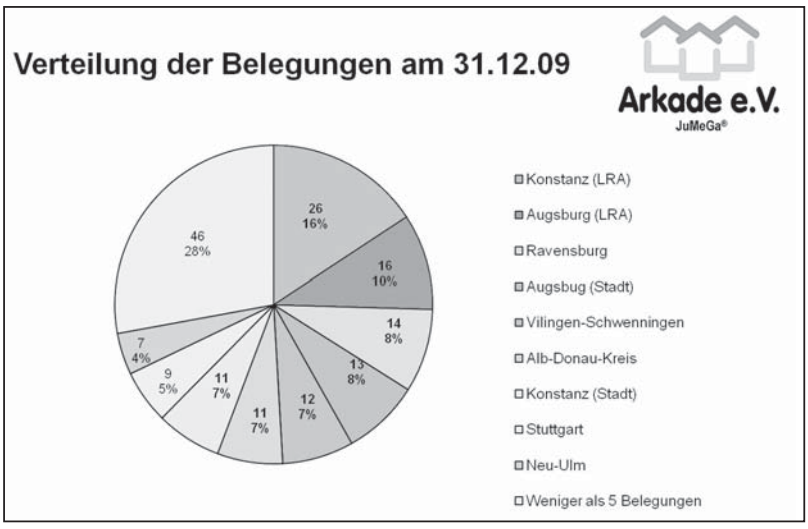


Abbildung 1

Wie Sie sehen, haben wir mit neun Jugendämtern zwischen 7 und 26 Belegungen. In dem Kuchenstück »weniger als fünf Belegungen« verbergen sich auch noch mal 20 Jugendämter.

Der Fachdienst JuMeGa® des Vereins Arkade e. V. hat sich aus dem Bereich des Betreuten Wohnens in Familien (BWF) – früher psychiatrische Familienpflege – heraus entwickelt. Dort werden schon seit über 25 Jahren psychisch kranke Erwachsene, die in Gastfamilien leben, betreut.

Der Fachdienst JuMeGa® wirbt Gastfamilien an, erfasst die Alltags- und Lebenskompetenz der jeweiligen Gastfamilie, lernt die Familienmitglieder und das häusliche Umfeld kennen und beschreibt dann die Gestalt des freien Platzes in dieser Familie.

Im Grundsatz sind Familien bzw. Lebensgemeinschaften auf Gelingen angelegt und enthalten dementsprechende Ressourcen zur Lebensbewältigung. Die Aufgabe von JuMeGa® ist es, diese Ressourcen und die Gestalt des zur Verfügung gestellten Platzes zu erkennen. In diesem Sinn werden Gastfamilien nicht als geeignet oder ungeeignet bewertet, sondern die Frage ist immer, ob wohl ein junger Mensch von diesem Platz profitieren könnte.

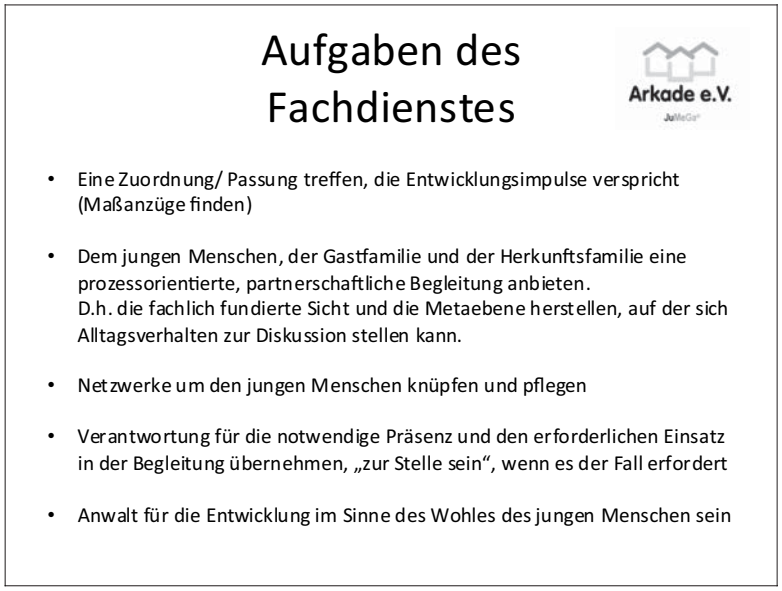


Abbildung 2

Wenn ein Jugendamt bei JuMeGa® anfragt, lernt das Team den jungen Menschen mit seinem Umfeld und seiner Geschichte kennen und trifft aus seiner Fachsicht heraus eine Zuordnung zu einem offenen Gastfamilienplatz. Dieser Platz wird dem Jugendamt vorgeschlagen. Können die Beteiligten diesem Vorschlag folgen, belegt das zuständige Jugendamt diesen Platz. Das JuMeGa®-Team, beauftragt durch das Jugendamt, begleitet und unterstützt in der Folge die Gastfamilie in ihrer Alltagsarbeit, knüpft und pflegt das Netzwerk, das diesen jungen Menschen stützt, gestaltet den Kontakt zum Herkunftssystem und informiert regelmäßig das Jugendamt. Oberstes Prinzip ist die Orientierung an den Notwendigkeiten, die die jeweilige Fallentwicklung mitbringt.

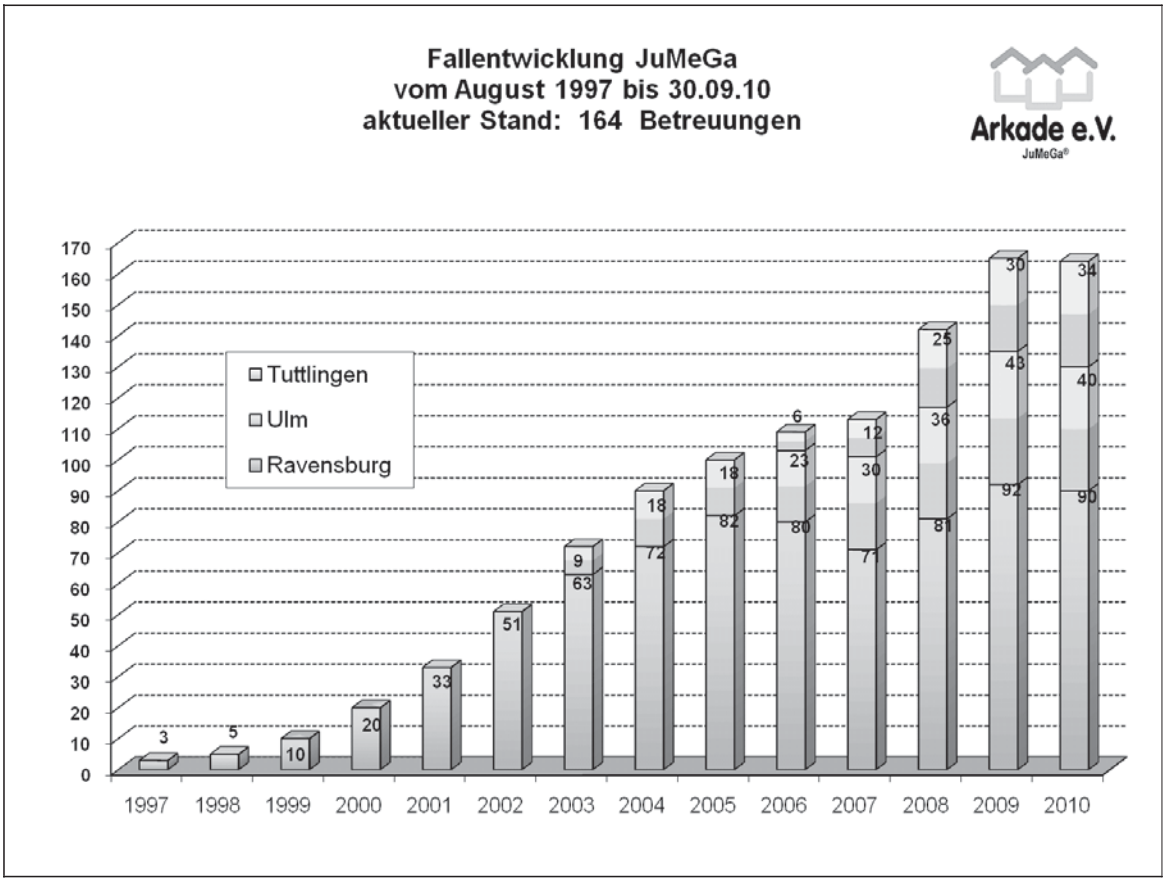


Abbildung 3

Die Fallentwicklung war über die Jahre rasant und wir haben 2003 eine Außenstelle in Ulm und 2006 in Tuttlingen eröffnet. Motivation war, wohnortnäher eine passende Gastfamilie zu finden und das Prinzip maximal eine Autostunde um das Büro herum Gastfamilien zu rekrutieren und damit eine enge Begleitung zu gewährleisten.

Wer sind die jungen Menschen, die in Gastfamilien leben und dort begleitet werden? Es sind ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind (Abb. 4).

In der Gruppe der 10- bis 15-Jährigen sind die meisten Anfragen bei JuMeGa®. Es sind junge Menschen, für die das zuständige Jugendamt einen neuen Lebens- und Entwicklungsort sucht, da sie an ihren vorherigen Lebensorten gescheitert und in seelische Krisen geraten sind. Es sind die jungen Menschen, die uns Professionelle herausfordern und die ganz spezielle Lebensorte brauchen. Lebensorte, an denen sie mit ihrem ungewöhnlichen, unangepassten, sie schädigenden und oft für die Umwelt so anstrengenden Verhalten leben können und an denen sie entsprechend ihres Entwicklungs- und Lebensalters gefördert werden. Nahezu alle angefragten jungen Menschen haben einen oder mehrere Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinter sich und es sind alle Diagnosen vertreten, die sich auch auf den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Stationen finden.

Sie sehen in Abbildung 5, von welchem Lebensort aus wir die jungen Menschen in die Gastfamilien gebracht haben. Aufgeführt sind alle Vermittlungen, die wir

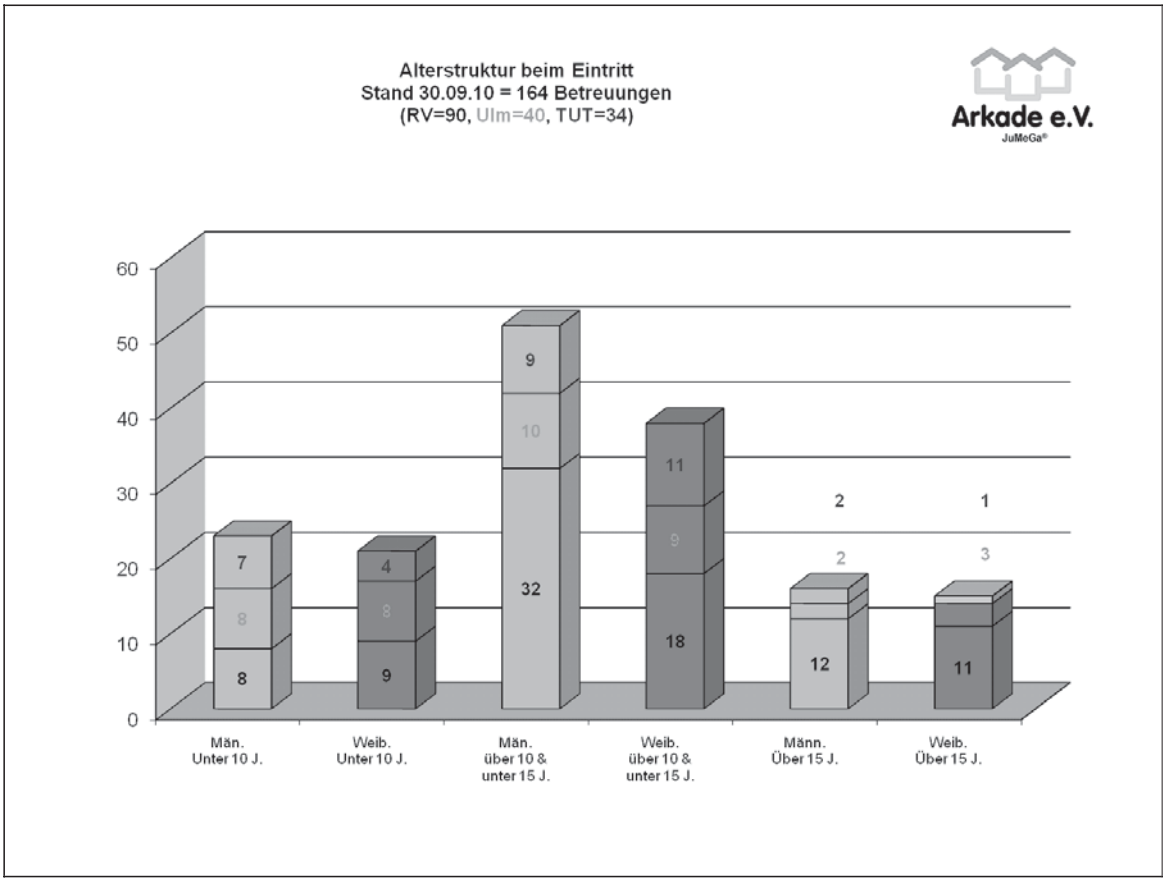


Abbildung 4

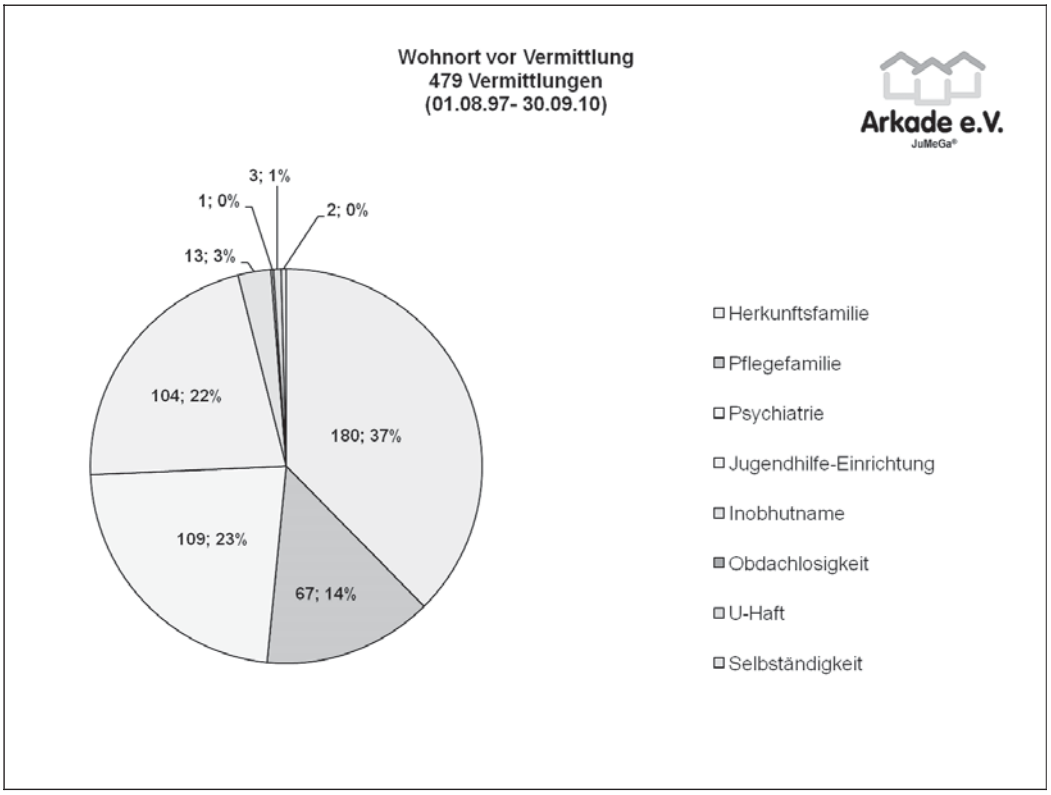


Abbildung 5

in den 13 Jahren gemacht haben, Natürlich haben die 109 Jungs und Mädels, die wir direkt von einer Station der KJP abgeholt haben auch zu Hause oder in einer Einrichtung gelebt.

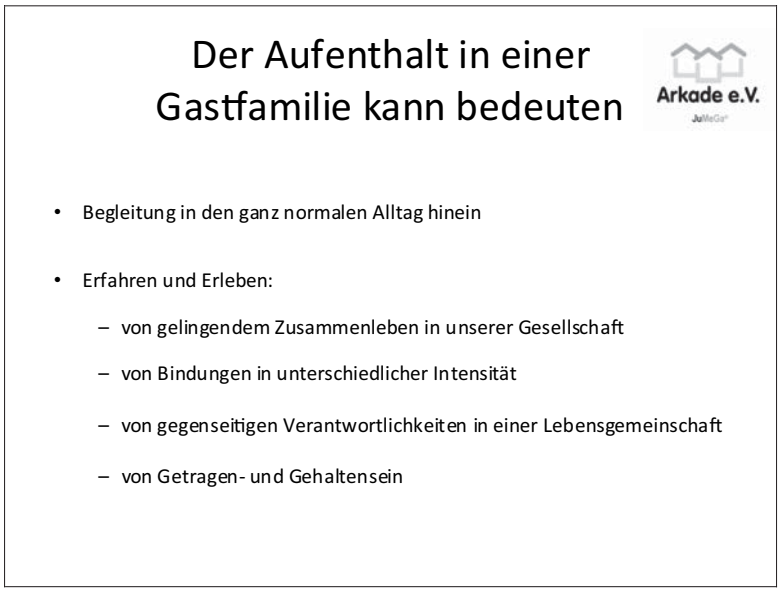


Abbildung 6

Bei einem großen Teil der angefragten jungen Menschen geht es um die Begleitung in den ganz normalen Alltag hinein, denn da sind sie bisher immer gescheitert. Und es geht sehr oft um das »Gehaltenwerden« trotz schwierigen Verhaltens.

Wir bezeichnen unsere aufnehmenden Familien aus drei Gründen als Gastfamilien und nicht als Pflegefamilie:

- Erstens verstehen wir unsere Gastfamilien in der Regel nicht als Ersatzfamilien, sondern als Ergänzung, als eine Hilfemaßnahme in einem familiären Setting, das nicht institutionell, also professionell und/oder therapeutisch, angelegt ist.
- Zweitens begleiten wir in aller Regel ältere Kinder und Jugendliche, auch junge Erwachsene, bei denen das Ziel zunächst nicht Beheimatung ist, sondern Stabilisierung und Begleitung während eines Lebensabschnittes.

Diese Begründung zeigt sich auch in der Statistik (Abb. 7). Die größte Gruppe findet sich in der Aufenthaltsdauer von einem halben bis zwei Jahren. Wir gehen davon aus, wenn ein halbes Jahr in der Gastfamilie geschafft ist, dann ist es die richtige Maßnahme und Entwicklung kann beginnen.

Die Bezeichnung Gastfamilie macht den Herkunftseltern die Zustimmung etwas leichter. Die Gestaltung des Kontakts zum Herkunftssystem ist uns zentral wichtig. Und hier ist ja das Thema Konkurrenz überaus präsent.

Unser Familienbegriff ist weit. Familie ist immer dann, wenn es einen oder zwei Erwachsene gibt, die Verantwortung für die Gestaltung des Alltags und für das Gelingen des Zusammenlebens übernehmen und Kindern dabei einen angemessenen Platz einräumen. Eine Vielfalt an unterschiedlichsten Gastfamilien erhöht die Chance

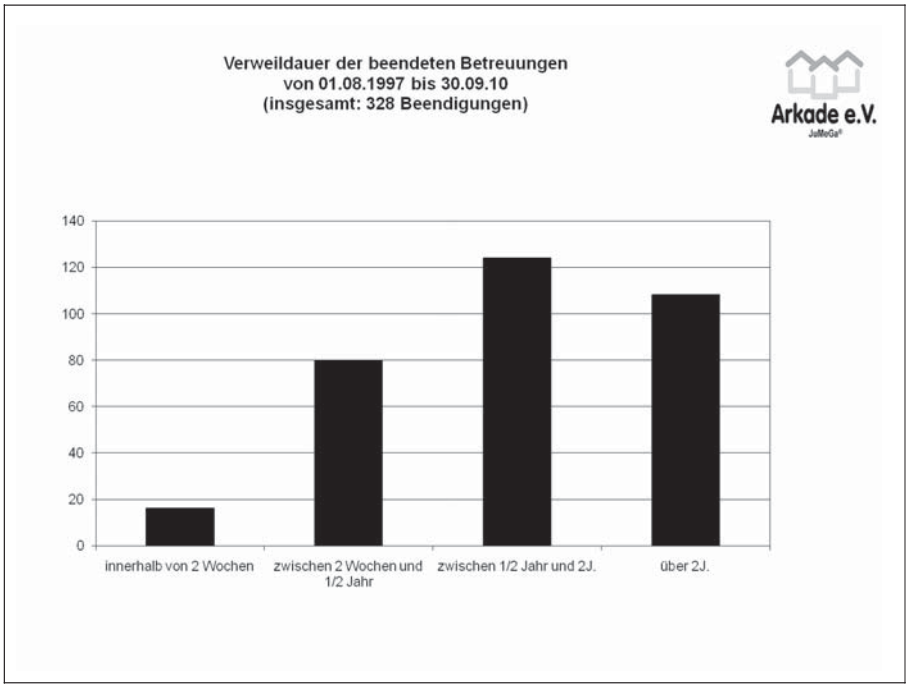


Abbildung 7

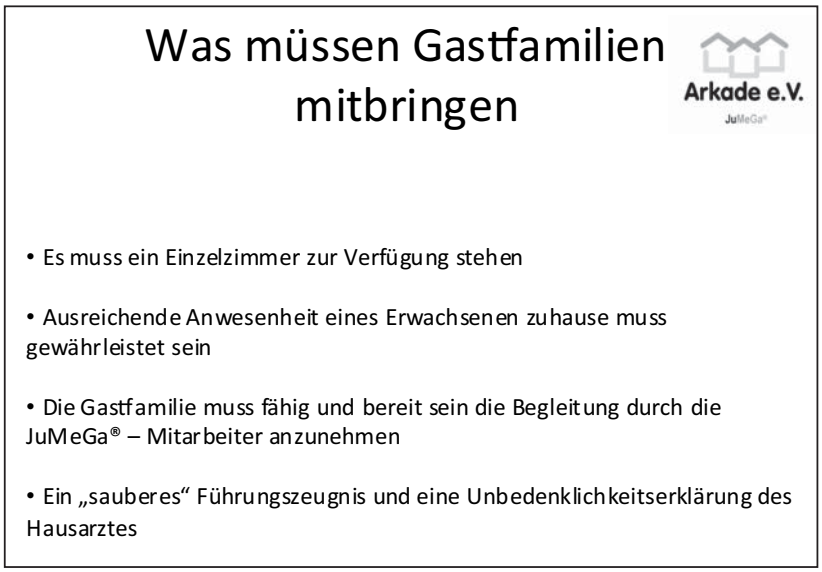


Abbildung 8

auch für sehr ungewöhnliche Jugendliche einen passenden Platz zu finden. Gerade Familien mit eigenen Grenzerfahrungen und nicht geradlinigen Biografien können häufig besonders verhaltensoriginelle Jugendliche erstaunlich gut integrieren. Oft ist für uns die Milieunähe ein wichtiges Zuordnungskriterium. Außer den angeführten Bedingungen gibt es für uns keine Einschränkungen.

Wir betrachten unsere Gastfamilien als unsere Partner. Partner in dem Bemühen um den jeweiligen jungen Menschen. Partner, die ihren privaten Raum für einen zunächst fremden jungen Menschen öffnen, die ihre Lebenserfahrung und ihre All-

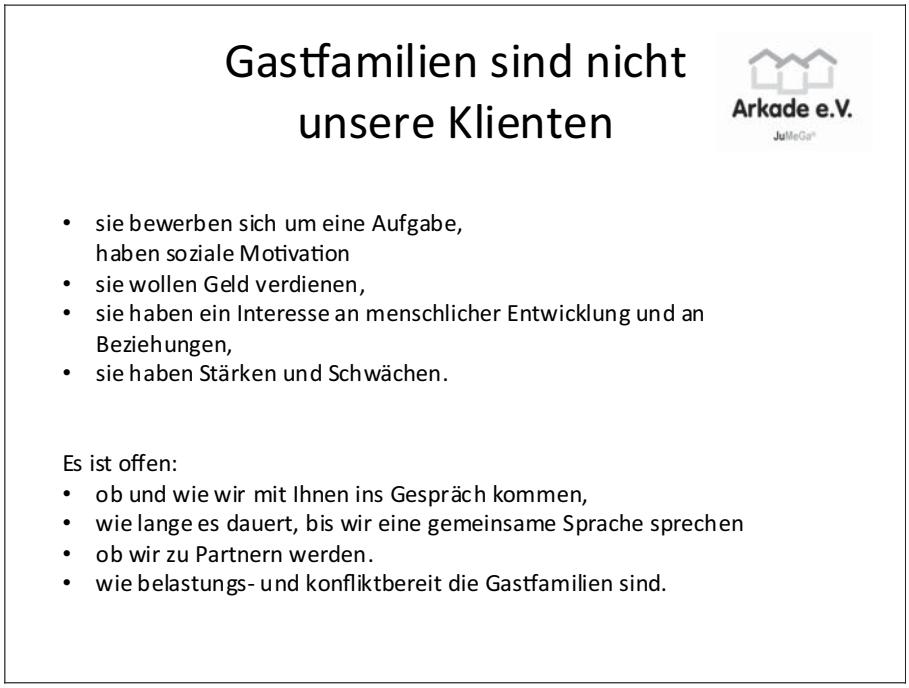


Abbildung 9

tags- und Lebenskompetenz zur Verfügung stellen. Die immer wieder bereit sind, auf die alltäglichen Abläufe zu schauen und diese zur Diskussion zu stellen. Menschen, die soziale Verantwortung übernehmen und bürgerschaftliches Engagement zeigen.

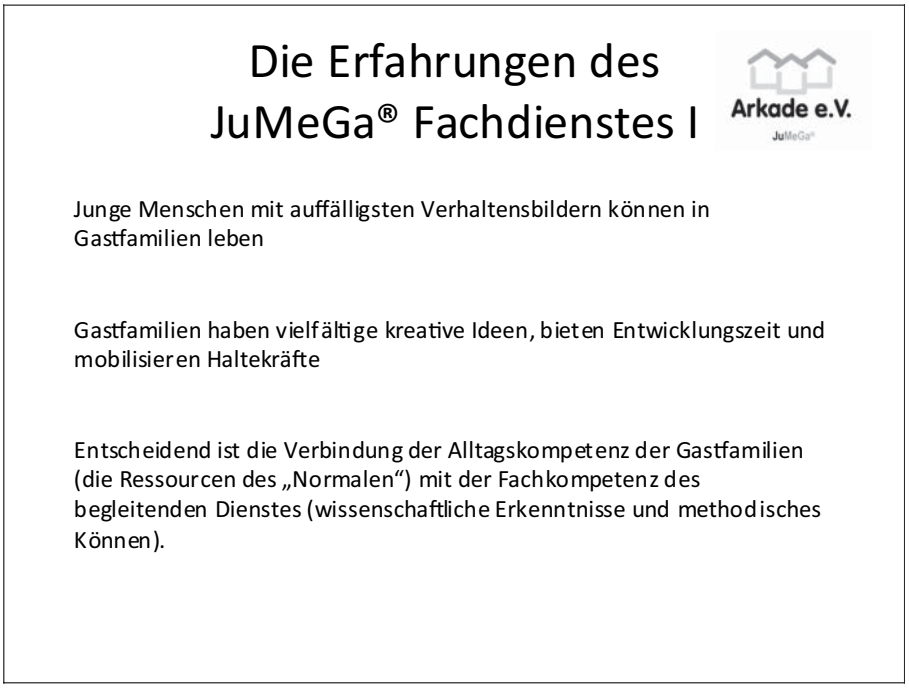


Abbildung 10

Die Vorstellung, dass junge Menschen, die schon ihren Herkunftsfamilienrahmen und in der Folge den Rahmen von institutionellen Einrichtungen gesprengt haben, dass diese jungen Menschen in sogenannten »Laienfamilien« bleiben können und ihre Auffälligkeiten so gehändelt werden können, dass sie im gesellschaftlich akzeptablen Rahmen bleiben, diese Vorstellung fällt oft v. a. Professionellen schwer. Wir haben diese erstaunlichen Entwicklungsschritte erlebt. Wichtig ist dabei zu beachten, dass gerade nicht professionelle Familien und Familien mit schwierigen Biografien gelernt haben, das Leben und die Ereignisse anzunehmen, sich damit zu arrangieren und nicht so sehr nach dem Warum zu fragen. Sie können von daher Haltekräfte entwickeln und damit die für diese jungen Menschen so wichtige Entwicklungszeit anbieten. Im Vordergrund steht nicht die Entwicklung, sondern der Wunsch, dass man es miteinander aushält. Unabdingbar gehört dazu aber, dass diese Familien von einem Fachdienst gerahmt, unterstützt und begleitet werden. Einem Fachdienst, der sich in Wertschätzung neben die Gastfamilie stellt. Wurde eine gute Passung zwischen Familie und jungen Menschen gefunden, kann der junge Mensch einerseits den Wunsch entwickeln, in dieser Familie leben zu wollen, schließt die Gastfamilie andererseits ihren Gast »ins Herz« und nimmt an seinem Leben Anteil, dann wird Entwicklung möglich. Gelingt es dem Team, ein Vertrauensverhältnis zur Gastfamilie aufzubauen, damit diese das Unterstützungsangebot annehmen kann, gelingt es, die Ressourcen der Familie zu stärken und die Schwächen auszugleichen, dann kommt es zu einer fruchtbaren und befriedigenden Zusammenarbeit.

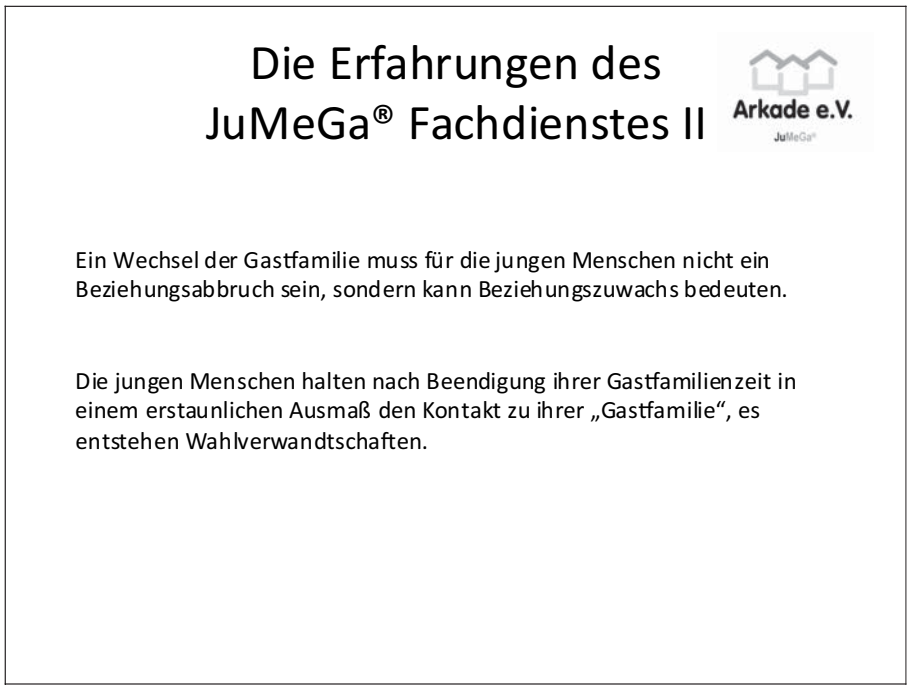


Abbildung 11

Es kommt in unseren Fallentwicklungen immer wieder zu einem Gastfamilienwechsel, da sich das Zusammenleben in der bisherigen Gastfamilie aus verschiedenen Gründen erschöpft hat. Im ersten Hinschauen, wird man den weiteren Beziehungsabbruch für diesen jungen Menschen bedauern. Wir haben allerdings die Erfahrung gemacht, dass ein Gastfamilienwechsel auch entwicklungsfördernd sein kann, wenn er gut vorbereitet und begleitet ist. Er muss nicht automatisch als Beziehungsabbruch, sondern kann auch als Beziehungszuwachs erlebt werden. Bedingung ist, dass rechtzeitig erkannt wird, wenn die Ressourcen einer Familie für die neu entstandene Entwicklungsphase des jungen Menschen erschöpft sind und dieser ein anderes Umfeld braucht. Ein Teil unserer Klientel braucht mehrere Schultern, um sich abzustützen, nicht nur gleichzeitig, sondern auch nacheinander. Auch scheint es uns, als wenn die Fähigkeit, verschiedene Beziehungen für die eigene Entwicklung zu nutzen, bei unserer Klientel besonders entwickelt ist. Der Kontakt zu dem JuMeGa®-Betreuer bleibt über den Gastfamilienwechsel erhalten und gewährleistet Beziehungskonstanz.

Auch wenn die jungen Menschen aus den Gastfamilien gehen, ohne die Schritte gemacht zu haben, die sich alle wünschen, wie Schulabschluss, funktionsfähiges soziales Netz usw. Auch wenn die Zeit in der Gastfamilie von vielen Krisen erschüttert war, scheinen die jungen Menschen gelernt zu haben, wie man Beziehungen pflegt. Es gibt sehr viele Beispiele, in denen sich die jungen Menschen in kürzeren oder längeren Abständen bei ihren Gastfamilien melden, zu Besuch kommen, von ihrem Leben berichten oder sich auch den Kopf waschen lassen, wenn mal wieder etwas schiefging. Hier spielt sicher eine Rolle, dass die jungen Menschen während ihrer Zeit in der Gastfamilie in die sozialen Netze – Freundeskreis, Verwandtschaft – der Familie mit eingebunden sind.

VI Prävention

Einleitung

Regina Schmidt-Zadel, Heinrich Kunze

Prävention hat Vorrang vor Behandlung und anderen professionellen Hilfen. Über diesen Grundsatz sind sich alle schnell einig. Aber wie komplex dies Feld ist, welche Möglichkeiten und Aktivitäten und welche Grenzen es gibt, dazu vermitteln die folgenden sechs Impulsreferate einige Einblicke.

Helga Kühn-Mengel stellt die Relevanz von demografischem und sozialem Wandel der Gesellschaft in ihrer Bedeutung für Prävention heraus, z. B. Armut von Kindern, Migrationshintergrund. Die Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit ist deshalb auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und nicht nur Gesundheitspolitik.

Aus europäischer Perspektive erläutert Gregor Burkhart am Beispiel des Suchtmittelgebrauchs von Jugendlichen neue Begriffe für Präventionsstrategien: universelle, selektive und Verhältnisprävention. Diese Umklassifizierung hat Vorteile für die Praxis, nämlich welche Art von Interventionen bei welcher Zielgruppe am ehesten funktioniert, und liefert Kriterien zum Stand der Prävention in Europa.

Joachim Jungmann kommt »herunter« auf die regionale Ebene und berichtet praktische Erfahrungen mit der Umsetzung eines Landeskonzepts von Baden-Württemberg zur Versorgung von jungen Menschen mit suizidalen Handlungen. Es geht darum, vorhandene Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich über Grenzen von Finanzierungen und Zuständigkeiten hinweg zu einem interdisziplinären personenbezogenen Krisenmanagement zusammenzuführen.

Krankenkassen investieren auch in Gesundheitsförderung. Waldemar Radtke geht auf AOK-Programme ein, die Kinder, Jugendliche und Eltern über die spezifischen Settings wie Kita, Schule, Sport erreichen.

Nordrhein-Westfalen hat 2003 das Thema Ess-Störungen in das Landesprogramm gegen Sucht aufgenommen. Maria Spahn gibt einen Überblick über die fachlich-strategische Ausrichtung der Arbeit des Fachbereichs Ess-Störungen der Landeskoordination.

Aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener geht Dagmar Barteld-Paczkowski auf die möglichen und notwendigen Hilfen für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern ein. Sie spannt den Bogen von den Sorgen psychisch erkrankter Eltern um ihre Kinder über Selbsthilfe, Jugendhilfe, entwickelte Netzwerke und Finanzierungsfragen bis zur UN-Behindertenrechtskonvention.

Prävention im Überblick

Helga Kühn-Mengel

Die Gesundheit des Menschen ist laut Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22.07.1946 »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«.

An dieser Definition halten die Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention weiterhin fest. Dabei bezieht sich die aktuelle Diskussion um Fragen der Gesundheit im Wesentlichen auf die folgenden vier konkreten Aspekte:

- die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit,
- die Lebensqualität,
- die Kosten sowie
- die Rahmenbedingungen von Gesundheit – z. B. in der Familie, im Kindergarten, im Betrieb, im Stadtteil, in der Kommune, im Land.

Letztere, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gesundheit, sind heutzutage von vier großen Herausforderungen geprägt:

- der Globalisierung der Märkte,
- der Landflucht bzw. zunehmender Urbanisierung,
- dem demografischen und
- dem sozialen Wandel.

Eher noch zurückhaltende statistische Prognosen bzgl. der *demografischen Entwicklung* in Deutschland zeigen z. B. auf, dass im Jahr 2050 mit einer Abnahme der Gesamtbevölkerung von ca. 81 auf 69 Mio. Menschen, zugleich aber mit einer Zunahme des Anteils 80-Jähriger und Älterer daran auf fast 15 % bzw. gut 10 Mio. zu rechnen ist.

Tab. 1: Demografische Entwicklung (Statistisches Bundesamt 2009)

Jahr	Gesamtbevölkerung	Anzahl 80-Jähriger u. Älterer	in Prozent
2010	81 545 000	4 261 000	5,23 %
2020	79 914 000	6 007 000	7,52 %
2030	77 350 000	6 417 000	8,30 %
2040	73 829 000	8 109 000	10,98 %
2050	69 412 000	10 223 000	14,73 %

Mit Blick auf den *sozialen Wandel* in unserem Lande lässt sich zur »Migration« festhalten, dass bereits heute 19,2 % unserer Bevölkerung Menschen mit Migrationshintergrund sind – bei den Kindern und Jugendlichen von 0 bis 20 Jahre sind es bereits 28,8 % (Mikrozensus 2007, Fachserie 1, Reihe 2.2, Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2009).

Und zum Thema »Armut« wissen wir aus dem sozioökonomischen Panel 2008 des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (vorgelegt am 17.02.2010), dass

- Kinder und Jugendliche (0 bis 16 Jahre),
- junge Erwachsene (17 bis 25 Jahre),
- größere Familien (ab 3 Kindern) sowie
- Alleinerziehende (mit Kindern bis 16 Jahre)

zunehmend von Armut betroffen sind.

Als markante Auswirkungen individueller und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse auf die Gesundheit werden festgestellt:

- die Zunahme chronischer Erkrankungen,
- die Zunahme psychischer Erkrankungen,
- ein konstant bleibender Konsum legaler Drogen sowie
- die Entstehung neuer und die Wiederkehr alter Infektionskrankheiten.

So liegen etwa mit 23 % bei allen aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten (laut Statistischem Bundesamt 2010) die *Kreislauferkrankungen* an erster Stelle der Diagnosen – dicht gefolgt von Krankheiten des *Verdauungssystems* (15 %) und von *bösartigen Neubildungen* (13 %).

60 % der Männer und 43 % der Frauen in Deutschland sind *übergewichtig* – ein seit 1999 um 3–4 % gestiegener Anteil. Bereits bei den 20- bis 24-Jährigen sind 29 % der Männer und 18 % der Frauen übergewichtig.

Laut BKK-Gesundheitsreport 2009 entfielen im Jahr 2008 bereits 10 % aller Arbeitsunfähigkeits (AU)-Tage auf *»psychische Erkrankungen«* – wobei im Durchschnitt jeder AU-Fall hierbei 32,6 Tage dauerte.

Die Bundespsychotherapeutenkammer gab auf einer Pressekonferenz am 23.03.2010 bekannt, dass psychische Erkrankungen bei Arbeitslosigkeit dramatisch erhöht sind – im Durchschnitt doppelt so hoch wie bei Erwerbstätigen!

Oft vergessen wird der Blick auf die Kinder:

- jeder fünfte psychiatrische Patient hat minderjährige Kinder,
- fast drei Millionen Kinder leben mit einem psychisch kranken Elternteil,
- jedes zweite dieser Kinder entwickelt ebenfalls eine psychische Auffälligkeit,
- 70 % der psychisch Kranken mit minderjährigen Kindern sind Frauen.

Nach der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts sind Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund und/oder mit nur einem erziehenden Elternteil vermehrt von psychischer Auffälligkeit betroffen.

Das »Jahrbuch Sucht 2010« der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) stellt fest, dass 9,5 Mio. Bundesbürger Alkohol in gesundheitlich riskanter Weise konsumieren und 1,3 Mio. Deutsche als *alkoholabhängig* gelten. Zugleich steigt die *Medikamentenabhängigkeit* – und als alarmierend muss auch gelten, dass 70 % aller Medikamente mittlerweile von Menschen über 65 Jahren eingenommen werden.

Welche Erkenntnisse lassen sich angesichts dieser – hier nur in aller Kürze dargestellten – epidemiologischen Fakten aus der Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention anführen?

bvpg | Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderuung e.V.

Problem »psychische Gesundheit«: Determinaten psychischer Gesundheit

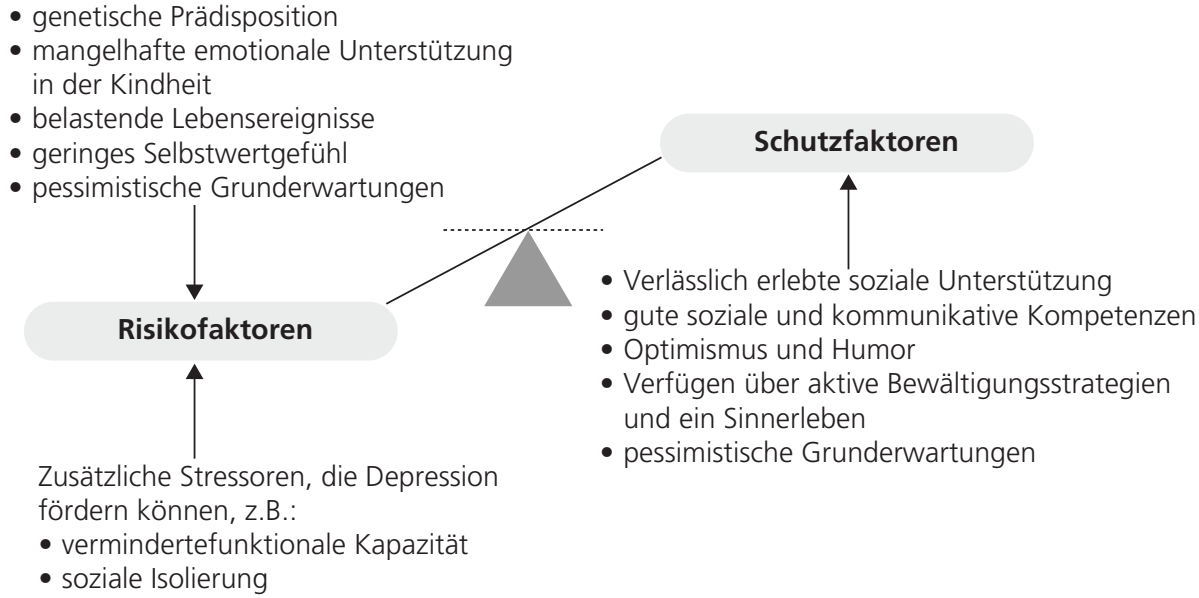


Abb. 2: Die wichtigsten Determinanten psychischer Gesundheit (in vereinfachter Form)

1. Die Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit ist eine *gesamtgesellschaftliche* Aufgabe – also nicht nur eine Aufgabe der Gesundheitspolitik und der gesetzlichen Sozialversicherung!
2. Es muss nationale *Ziele* und (langfristige) nationale *Aktionsprogramme* für gesundheitliche Prioritäten geben! »Gesundheit« ist Chef-Sache und eine echte Querschnittsaufgabe, keine Aufgabe von ein, zwei oder drei Fachressorts.
3. »Gesundheit« muss als *Potenzial* anerkannt, und nicht als bloßer *Kostenfaktor* behandelt werden! Das bedeutet aber auch, dass der Einzelne stärker befähigt werden muss, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf seine Gesundheit auswirken.

Was könnten vor diesem Hintergrund die nächsten Schritte und Aufgaben sein?
Für die kleinen und großen Gesundheitsverbände:

- aufzeigen, dass bereits jetzt schon Ansätze gesundheitsförderlicher Politik in vielen Ressortbereichen stecken, ohne vielleicht als solche ausgewiesen oder bekannt zu sein;
- prioritäre und langfristige Aktionsprogramme einfordern: zu Bewegung, Ernährung, psychischer Gesundheit, Süchten etc.

Für die Politik:

- vorhandene Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung besser nutzen und weiter ausbauen,

- andere Finanzierungsmodalitäten entwickeln,
- Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung aktiv voranbringen.

Für die Kommune:
- Stärkung des ÖGD,
- mehr Reihenuntersuchungen in den Kindergärten,
- mehr Koordinierung der Hilfen,
- mehr Information für Erzieherinnen und die Schulen.

Für die öffentlichen Medien (und alle anderen Beteiligten):
- das Thema »Gesundheit« in und mit der Bevölkerung, statt immer nur wieder mit Experten diskutieren – als Thema zwischen »Individuum«, »Markt« und »Staat«.

Diese Entwicklung wird die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. auch weiterhin voran- und mitbetreiben – entsprechend ihrem satzungsgemäßen Auftrag, die Verankerung und Stärkung einer koordinierten präventiven und gesundheitsfördernden Ausrichtung nicht nur im deutschen Gesundheitswesen, sondern in allen Politik- und Lebensbereichen zu erreichen.

Prävention in Europa

Gregor Burkhart

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)) mit Sitz in Lissabon soll der EU und ihren Mitgliedsstaaten einen sachlichen Überblick über die europäische Drogenproblematik vermitteln und einen gemeinsamen Informationsrahmen zur Untermauerung der Drogendebatte an die Hand geben. Sie versorgt heute politische Entscheidungsträger mit dem grundlegenden wissenschaftlichen Faktenmaterial, das diese zur Ausarbeitung von Drogengesetzen und Strategien zur Drogenbekämpfung benötigen, und sie hilft Fachleuten und Forschern, optimale Verfahren und neue analysebedürftige Bereiche genau zu bestimmen.

Der vorliegende Artikel umreißt diejenigen Aspekte der EBDD-Arbeit, die für Akteure in der Prävention wichtig sein können: die Vorteile einer praktischeren Umklassifizierung in der Prävention, Informationen darüber, welche Art von Interventionen bei welcher Zielgruppe am ehesten funktioniert und wie der Stand der Prävention in Europa ist.

Der Einfluss sozialer Normen auf Konsumverhalten und die Rolle der Verhältnisprävention

Eine vor Kurzem von der EBDD herausgebrachte Publikation über Polykonsum (EMCDDA 2009 a) zeigt auf, dass wir entsprechend der Konsummuster von Schülern augenscheinlich Europa in drei verschiedene Cluster von Ländern einteilen können: Länder, in denen die Schüler stark ausgeprägte Konsummuster von Alkohol, Exzesstrinken, Zigaretten, Cannabis usw. haben, Länder mit mittleren Prävalenzen und »Niedrigprävalenzländer«, in denen der Konsum aller Substanzen generell niedrig ist. Die Daten deuten zusätzlich auf eine starke Korrelation des Cannabiskonsums mit Alkoholkonsum und Exzesstrinken hin: Alkoholkonsum ist unter Cannabiskonsumenten weit häufiger und heftiger als unter der Normbevölkerung. Das legt nahe, dass wir in Europa sowohl Konsumkulturen haben, in denen jeglicher Substanzkonsum häufig und normal ist, während in anderen Kulturen das Gegenteil der Fall ist. In diesem Zusammenhang spielt die Häufigkeit und damit Normalität von Alkoholkonsum eine wichtige Rolle. Da es jedoch keine europäischen Studien gibt, die Normvorstellungen oder soziale Normen in den Mitgliedstaaten direkt vergleichen würden, bietet sich an, die *Alkohol Scores* aus der Studie von Karlsson und Österberg (2007) für das *Bridging the Gap* Projekt (http://www.eurocare.org/eu_projects/bridging_the_gap) als Surrogat zumindest für Alkoholnormen zu verwenden. Es fällt auf, dass die Länder, für die in der EMCDDA-Studie hohe Konsummuster aller Substanzen festgestellt wurden (z. B. Deutschland, Tschechien), sowie Länder mit hohen Prävalenzen für Cannabis (z. B. Spanien, Italien) sich durch niedrige *Alcohol Policy Scores* auszeichnen, das heißt Kontrollen des Verkaufs, des Vertriebs, des Marketing sowie die Besteuerung

von Alkohol sind dort schwach ausgeprägt. Es scheint damit einen Zusammenhang zwischen formellen sozialen Normen und Substanzkonsum zu geben. Andererseits hat jedoch das Vereinigte Königreich hohe Konsummuster und dennoch einen der höchsten *Alkohol Policy Scores* in Europa. Eine weitere Variable, die in Public Health selten herbeigezogen wird, kann hier Erklärungen liefern: der »Gini-Koeffizient«. Dieses Maß für soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft (0 hieße gleichmäßige Verteilung der Einkommen während 1 hieße, dass das gesamte Staatsvermögen einem Bewohner gehört) korreliert stark mit Problemen wie Adipositas, Teenagerschwangerschaften und Drogenproblemen (Wilkinson und Picket 2010). Das Vereinigte Königreich hat einen der höchsten Gini-Koeffizienten in der EU (OECD 2008) und ist auch führend in Teenagerschwangerschaften und Adipositas. Das könnte bedeuten, dass selbst wenn formelle soziale Normen stark ausgeprägt sind (strenge Alkoholpolitik), dennoch die informellen Normen großer sozial ausgeschlossener Bevölkerungsanteile einen noch stärkeren Einfluss auf Substanzkonsum(probleme) haben können. Diese Überlegungen beabsichtigen nicht, ein Vorhersagemodell für Substanzkonsumprobleme aus nur wenigen Variablen zu liefern, sondern lediglich den Blick darauf zu lenken, dass formelle und informelle (deskriptive) soziale Normen den Erfolg jeglicher Präventionsmaßnahme löschen oder verstärken können (deshalb ist Verhältnisprävention so wichtig) und auf die Urfrage hinführen: kann Prävention überhaupt den gesundheitlichen Konsequenzen sozialer Ungleichheit entgegenwirken? Zur sozialen Ungleichheit kommen wir auch beim Thema selektive Prävention wieder zu sprechen.

Neue Begriffe in der Prävention

Die bisher verwendete medizinische Klassifikation der Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nimmt Substanzkonsum als einziges Kriterium, um Risiko (d. h. die Entwicklung einer Sucht) zu definieren. Da jedoch nur ein relativ geringer Teil derer, die mit Drogen experimentieren, auch Drogenprobleme entwickeln, wurden praktikablere Modelle entwickelt, um Drogenprävention zielgerichtet einzusetzen.

Man spricht heutzutage von *universeller Prävention*, wenn die Allgemeinbevölkerung (meistens die Jugend) angesprochen wird, von selektiver Prävention, wenn Interventionen sich auf besonders vulnerable Gruppen oder Umfelder konzentrieren und von indizierter Prävention, wenn Maßnahmen sich maßgeschneidert an Individuen richten, die klar erkennbare persönliche Risikokonstellationen haben.

Selektive Prävention orientiert sich dabei im Konkreten eher an sozialen und demografischen Indikatoren wie Arbeitslosigkeits-, Kriminalitäts- oder schulischen Absenzquoten. Sie wirkt auf bestimmte Gruppen, Familien oder ganze Gemeinschaften ein, in denen Menschen aufgrund ihrer schwachen sozialen Bindungen und knappen Ressourcen stärker gefährdet sind, Drogen zu konsumieren oder eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Indizierte Prävention dagegen zielt darauf ab, Menschen mit Verhaltensstörungen oder psychischen Problemen zu ermitteln, aufgrund derer sie in ihrem späteren Leben einen

problematischen Substanzkonsum entwickeln könnten und für diese Menschen frühzeitig individuelle, spezifische Maßnahmen anzubieten. Zielgruppen sind beispielsweise Schulabbrecher oder Kinder mit psychischen- oder Verhaltensstörungen oder frühen Anzeichen von Drogenkonsum. Bei dieser Einteilung von Präventionsmaßnahmen spielt der eigentliche Konsum von Substanzen eine zweitrangige Rolle. Damit wird all den Beobachtungen und Studien Rechnung getragen, laut denen vor allem soziale und individuelle Vorbelastungen dafür verantwortlich sind, dass nur einer kleiner Teil derjenigen, die einmal Suchtmittel probieren einen Problemkonsum entwickeln.

Verhältnisprävention dagegen setzt an den sozialen, kulturellen, kommerziellen und normativen Umfeldern an, die erwiesenermaßen sehr stark die Entscheidungen von Menschen für oder gegen Substanzkonsum beeinflussen. Dies ist vor allem für den Einstieg in den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis relevant.

Universale Prävention

Interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme haben sich in Schulen als wirksam erwiesen, während individuelle, isolierte Maßnahmen (beispielsweise ausschließliche Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen) negativ bewertet werden (Bühler und Kröger 2006).

Veranstaltungen für Eltern und ausschließlich auf die Informationsvermittlung ausgerichtete Strategien (Informationstage, Besuche von Sachverständigen oder Polizeibeamten in Schulen) zählen dennoch zu den von den meisten Ländern gemeldeten Formen schulbasierter Maßnahmen. Es ist anzuzweifeln, dass derartige Maßnahmen wirksam sind.

Dagegen berichten nur wenige Länder über einige stärker evidenzbasierte Maßnahmen. Hierzu zählen standardisierte Programme, auf die Einbeziehung der Peergruppe abzielende Konzepte oder Maßnahmen speziell für Jungen. Alle diese Maßnahmen zielen darauf ab, die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, die Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, Stress und Frustration zu stärken oder normative Fehleinschätzungen des Drogenkonsums zu korrigieren, aber nicht in erster Linie darauf, über Drogen zu informieren.

Manualisierte Präventionsprogramme bieten den Vorteil, dass sie klare Leitlinien schaffen, die den Aufbau zuverlässiger Verbreitungsstrukturen und Aus- und Weiterbildungssysteme für Lehrer ermöglichen und somit selbst dann, wenn große Unterschiede zwischen den Schulen und Gegebenheiten vor Ort bestehen, die Festlegung gemeinsamer Durchführungsstandards erleichtern.

Standardisierte Programme, die auf dem Modell des Sozialen Einflusses beruhen (*comprehensive social influence programmes*, dazu gehören auch Lebenskompetenzprogramme), sind insbesondere in Deutschland, Irland, Slowakei, Polen, Spanien, Norwegen und den Niederlanden verbreitet.

Neben den speziell auf den Drogenkonsum abzielenden Maßnahmen werden in Schulen und Gemeinden auch Verhältnispräventionsmaßnahmen durchgeführt. Mit

solchen strukturellen Maßnahmen wird versucht, durch die Schaffung eines schützenden und normativen sozialen Umfelds die Entscheidungen junger Menschen bezüglich des Drogenkonsums zu beeinflussen (Toumbourou et al. 2007). Dazu gehören auch – in Deutschland relativ wenig verbreitete – integrierte Drogenpläne auf Gemeinde- oder Städteebene und Strukturen wie Jugend(beratungs)zentren. Auch diese Konzepte entsprechen der oben erwähnten Verhältnisprävention, die an Schulen auch zunehmend strengere Vorschriften und Normen über Tabak und Alkohol vorsieht. Solche Präventionsmaßnahmen werden unter Umständen durch weitere strukturelle Maßnahmen ergänzt, beispielsweise durch die Verbesserung der Gestaltung von Schulgebäuden und des Schulklimas. Bei derartigen gemeindebasierten Strukturen und Maßnahmen sind eher die nördlichen Mitgliedstaaten der EU führend, die andererseits weniger standardisierte, auf Drogenprävention gezielt ausgerichtete Programme haben. Es hat den Anschein, als würde dort – vor allem in Finnland – Prävention nicht als die Summe von punktuellen oder größer angelegten Maßnahmen gesehen, sondern eher in der Bereitstellung von Strukturen und Strategien, die Marginalisierung und deviante Normen von Jugendlichen reduzieren sollen.

Selektive Prävention

Die Risikobedingungen für gefährdete Jugendliche wie beispielsweise jugendliche Straftäter, Obdachlose, Schulschwänzer sowie jugendliche Angehörige von benachteiligten Gruppen und Minderheiten sind wenig Gegenstand von Maßnahmen, obwohl sie in der politischen Debatte zunehmend an Bedeutung gewinnen (EMCDDA 2008). Die Angebote reichen von Beratungsdiensten in Estland, Griechenland, Frankreich und der Slowakei bis hin zu aufsuchenden Maßnahmen in Luxemburg und Österreich, die zuweilen speziell auf bestimmte ethnische Gruppen abzielen.

Wie oben schon erwähnt, sind es wiederum eher die nördlichen Mitgliedstaaten, die in der selektiven Prävention ein starkes Augenmerk auf (integrierende) Maßnahmen für Schüler legen, die aufgrund von sozialen und Leistungsschwierigkeiten unter Risiko stehen, aus der Schule und in deviante Gruppen und gesteigerten Drogenkonsum abzugleiten.

Am meisten fortgeschritten in Europa ist die selektive Prävention für Jugendliche, die wegen Drogendelikten in Erstkontakt mit dem Justizsystem kommen. Allgemein war schon länger eine Tendenz zu beobachten, Cannabiskonsumenten, die mit dem Strafvollzugssystem in Kontakt kommen, eher in Behandlungs- und Beratungseinrichtungen zu überweisen, statt strafrechtliche Sanktionen zu verhängen. Allerdings sind die meisten Behandlungseinrichtungen – auf Schwerabhängige ausgerichtet – für jugendliche Cannabiskonsumenten nicht vorbereitet und Beratungseinrichtungen haben oft nur punktuellen Kontakt zu ihnen. Strukturierte länger angelegte Programme wie FRED in Deutschland gab es zunächst nur in drei Mitgliedstaaten. Nach einer positiven Evaluierung von FRED in Deutschland, wird dieses Programm nun auch in zehn weiteren Mitgliedstaaten erfolgreich durchge-

führt. Ein strategisch wichtiger Aspekt ist, dass durch die Zusammenarbeit mit dem Strafvollzugssystem jugendliche Konsumenten erreicht werden, die aus eigenem Antrieb keine Beratungsstelle oder andere präventive Angebote annehmen würden und sich keiner Probleme bewusst sind.

Für die selektive Prävention in besonders benachteiligten Zonen oder Vierteln, ist es zunächst notwendig, solche Gegenden zu ermitteln, beispielsweise mithilfe standardisierter Bewertungsinstrumente wie dem Index of Multiple Deprivation (Mehrfachbenachteiligungsindex) des Vereinigten Königreichs oder anhand sozioökonomischer Faktoren wie Wohn- oder Bildungsstandards (Zahl der Schüler, die in ihrer Schulbildung zurückbleiben oder staatliche Unterstützung erhalten).

In Irland, Zypern, Portugal und dem Vereinigten Königreich werden bereits in den selektive Präventionsstrategien dieser Art durchgeführt.

Insgesamt stellen die Fortschritte in der selektiven Prävention und ihre schnelle Anerkennung etwas spezifisch Europäisches dar: Wir finden viele innovative und pragmatische Ansätze, wo ohne Moralisierung verschiedene soziale Akteure (Soziales, Familie, Schule und Jugend) zusammenarbeiten und sozial bedingte Faktoren der Drogenproblematik anzugehen versuchen. Allerdings sind viele dieser Ansätze kaum theoriegeleitet und fast nicht evaluiert. So ist auch – wie in der universellen Prävention – nicht unbedingt davon auszugehen, dass evidenzbasierte Inhalte statt der etwaigen Informationsvermittlung über die Risiken von Drogen durchgeführt werden.

Evidenzbasierte Komponenten wirksamer Interventionen (Sussman et al. 2004, Springer et al. 2004) sind normative Erziehung (»die anderen sehen Konsum weder als positiv noch als normal«) mit Hinweisen auf das *Abilene Paradox* und damit der Infragestellung von Normen der proximalen Peers (»sind wir wirklich mit der Gruppennorm einverstanden?«), die Förderung von Selbstmotivation und Zielsetzung oder auch einfach die Verbesserung sozialer und schulischer Kompetenzen.

Indizierte Prävention

In einem vor Kurzem veröffentlichten Bericht hat die EBDD (2009) Längsschnittstudien zur Problementwicklung, verhaltensneurologische Studien sowie neue Erkenntnisse über Gehirnplastizität und die Rolle von Neurotransmittern vorgestellt und die Ergebnisse der von den Mitgliedstaaten gemeldeten Maßnahmen erläutert. Indizierte Prävention liegt an dieser Schnittstelle zwischen Prävention, psychischer Gesundheit und Neurobiologie. Üblicherweise haben Präventionsfachleute und vor allem Fachleute mit Erfahrungen in der Drogentherapie einen gewissen *professional bias* zugunsten von Kindern aus drogenbelasteten Familien und entsprechende Interventionen werden in den Mitgliedstaaten häufiger vorgeschlagen. Daten aus einigen Mitgliedstaaten legen allerdings nahe, dass individuelle Risikofaktoren wichtiger wären. Für Kinder mit Verhaltensstörungen, die beispielsweise an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens leiden, besteht zum Beispiel ein viel höheres Risiko als bei anderen

Konsumeinsteigern, rasch einen problematischen Substanzkonsum zu entwickeln. Das frühzeitige Eingreifen in die Entwicklung von Kindern mit Verhaltensstörungen erfordert jedoch eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen, sozialen und Jugenddiensten.

Allerdings ist ein Ansatz wie das aus Deutschland berichtete »multimodale Behandlungskonzept« mit der Kombination aus Beratung für Eltern und anderen Bezugspersonen, psychotherapeutischer und psychosozialer Betreuung sowie pädagogischer Unterstützung von Kindergärten und Schulen eher ein Einzelfall in Europa. Beispiele spezifischer und effizienter Programmen der indizierten Prävention finden wir jedoch in Galizien (Spanien) im Schulsetting für Kinder mit disruptivem Verhalten *(Empecemos)*, in England für jugendliche Trinker mit Sensation Seeking *(Preventure)* im Schulsetting und in den Niederlanden *(Coping Power)* für Kinder mit disruptiven Verhaltensstörungen im klinischen Setting. Diese Programme, einsehbar unter http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples , sind im Vergleich zu anderen Präventionsprogrammen kleiner und viel seltener, aber in der Regel weit besser evaluiert und haben teilweise erstaunliche Effektstärken.

Natürlich berichten viele Mitgliedstaaten über Interventionen, die die Früherkennung von Risikoschülern an Schulen ermöglichen und Frühmaßnahmen zulassen. Allerdings ist nicht unbedingt anzunehmen, dass es sich hierbei um wirklich professionelles *Screening* für Verhaltensprobleme handelt, sondern lediglich um Maßnahmen der Früherkennung von Drogenkonsum. Im Allgemeinen sind die Fachleute und Planer noch stark auf den Konsum von Substanzen und dessen frühe Erkennung mit Intervention fixiert anstatt umfassendere Vulnerabilitätsmodelle zu benutzen. Über Frühinterventionen wird somit weit häufiger von den Mitgliedstaaten berichtet als über indizierte Prävention. Dabei wurde auch der Begriff »Frühintervention«, der sich ursprünglich auf Interventionen »früh in der kindlichen Entwicklung« bezog, für die Sekundärprävention (»früh in der Konsumentwicklung«) umgemünzt. Die EBDD klassifiziert Frühinterventionen als eine besondere Form der indizierten Prävention, wo nicht individuelle Vulnerabilität mehrdimensional in Betracht gezogen wird, sondern lediglich die Intensität des Konsums.

Durch die Einbeziehung neurobiologischer und auch genetischer Erkenntnisse in die Theorie- und Interventionsentwicklung der indizierten Prävention entstand zum Teil große Skepsis von Präventionsfachleuten gegenüber dem Konzept selbst. Es würde abweichendes Verhalten und die Prävention an sich medikalisieren und vor allem Verhalten und psychologische Prozesse wieder biologisieren. Diese Sichtweise zieht nicht in Betracht, dass die Plastizität des menschlichen Gehirns mittlerweile ein interdisziplinär anerkanntes Grundkonzept ist: unser Gehirn passt sich sowohl funktionell als auch anatomisch an Reize und Herausforderungen an. Damit können auch neurobiologische Zustände durch psychosoziale Interventionen verbessert werden und sind damit nicht biologisch determiniert. Ein gutes Beispiel ist das Langzeit Follow-up des GBG-Programms *(good behavioural game)*: Kinder wurden zwischen dem 6. und 17. Lebensalter beobachtet. Lineare Wachstumsmodelle konnten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, mit 17 Jahren drogenabhängig zu sein, mit dem

Ausmaß der im 6. Lebensjahr beobachteten Aggressivität stark anstieg. Kinder in der Interventionsgruppe, die GBG in den ersten zwei Schuljahren erhielten, zeigten eine weitaus flachere Aggression-Risiko Kurve. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass Präventionsmaßnahmen neurobiologische Vulnerabilität »löschen« können, oder sie zumindest deutlich vermindern.

Es wäre also gerade für die indizierte Prävention ausgesprochen wichtig, dass Experten im Bereich der psychischen Gesundheit (Kinder und Jugendpsychiater, Pädiater, Entwicklungspsychologen, etc.) mit den etablierten Präventions- oder Sozial- und Jugenddiensten eng zusammenarbeiten: die einen für die Früherkennung und adäquate Diagnose, die anderen für kontinuierliche Begleitung und gezielte Interventionen wie die oben erwähnten. Allerdings geschieht das in der Praxis noch sehr wenig, möglicherweise aus den schon angesprochenen ideologischen Differenzen zwischen den beteiligten Disziplinen. Der Austausch von *Best-Practice*-Beispielen und Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern kann hier hilfreich sein, denn solche interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert z. B. in den Niederlanden, Spanien und anderen Ländern ziemlich gut und ohne ideologische oder Berufsbildkonflikte.

Für eine erfolgreiche Prävention sowohl im Bereich Sucht als auch im Bereich geistiger Gesundheit ist es wesentlich, über das eigene Fachgebiet und Zuständigkeit hinauszudenken, denn die gleiche Art von Interventionen hat – wenn gut durchgeführt – positive Effekte in verschiedenen Domänen wie Substanzkonsum, Delinquenz, Teenagerschwangerschaften, Schulversagen, Impulskontrolle und Gewalttätigkeit. Hier können Ressourcen, (Diagnose-)Instrumente, Impulse, Erfahrungen, Programme und Interventionsmodelle gebündelt und ausgetauscht werden, statt zu sagen: »dafür ist aber … zuständig«.

Fertig strukturierte und ausgearbeitete Programme würden es auch erleichtern, dass mehrere verschiedene Träger mit verschiedenen Zuständigkeiten solche gemeinsam annehmen würden, da ja in solchen Programmen die verschiedenen Rollen und Aufgaben schon definiert sind. Die Mehrheit der evaluierten *Best-Practice*-Beispiele, die hier vorgestellt wurden, konnten ohne wesentliche Effekteinbußen auch in anderen Mitgliedsstaaten implementiert werden. Daher ist es nicht unbedingt nötig, für eine »Positiv-Liste« von finanzierbaren Präventionsprogrammen nur solche Programme in Betracht zu ziehen, die in Deutschland erfolgreich evaluiert wurden. Eine solche Liste – auch nicht-deutscher Programme – könnte vermeiden helfen, dass weiterhin zu viele Personal- und Strukturressourcen für die Prävention in unkoordinierten und ineffektiven Maßnahmen verpulvert werden.

Literatur

Bühler, A./Kröger, C. (2006): Prevention of substance abuse, Technical report, EMCDDA and BZGA.

EMCDDA (2008): Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

EMCDDA (2009 a): Polydrug Use: Patterns And Responses. Selected Issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2009.

EMCDDA (2009 b): Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Karlsson, T./Österberg, E. (2007): Scaling alcohol control policies across Europe Drugs: education, prevention and policy, 14 (6): 499 – 511.

Lisbon (http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematicpapers/indicated-prevention).

OECD (2008): Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Accessible at http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/browseit/8108051E.PDF

Springer, J. F./Sale, E./Hermann, J./Sambrano, S./Kasim, R. M. N. (2004): Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth, The Journal of Primary Prevention 25 (2), 171 – 219.

Sussman, S./Earleywine, M./Wills, T./Cody, C./Biglan, T./Dent, C. W./Newcomb, M. D. (2004): The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of Drug Abuse Prevention, Substance Use & Misuse 39 (10), 1971 – 2016.

Toumbourou, J. W./Stockwell, T./Neighbors, C./Marlatt, G. A./Sturge, J./Rehm, J. (2007): Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use, Lancet 369 (9570), 1391 – 1401.

Wilkinson, R./Picket, K. (2010): The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone. Penguin, London.

Interdisziplinäre Rezidivprävention: Regionales Krisenmanagement zur Versorgung von jungen Menschen mit suizidalen Handlungen – Das Konzept von AKOS

Joachim Jungmann

Ausgangslage

In der Bundesrepublik Deutschland nehmen sich jährlich rund 10 000 Menschen selbst das Leben. Davon sind 1 200 jünger als 30 Jahre. Bei einer statistischen Aufgliederung des Statistischen Bundesamts nach Altersgruppen waren 2005 25 jünger als 15 Jahre, 214 gehörten der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen an, zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr hatten sich weitere 328 junge Menschen suizidiert. Zusätzlich ist von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Suizide nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache. Bezogen auf die Zielpopulation der Region des vorgestellten Modellprojekts war von einem Risiko von etwa zehn tödlich verlaufenden suizidalen Handlungen in dieser Altersgruppe pro Jahr auszugehen.

Viele der Minderjährigen, die parasuizidales Verhalten zeigen, leiden neben schwerwiegenden psychosozialen Belastungen unter einer behandelbaren psychischen Störung. Im Vordergrund stehen depressive Erkrankungen, Störungen der Impulskontrolle und Suchtmittelmissbrauch sowie posttraumatische Belastungsstörungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen der Persönlichkeit. Nach den Erhebungen der Europäischen Union lassen sich bei bis zu 90 % der Personen, die suizidales Verhalten zeigen, seelische Erkrankungen – häufig Depressionen – feststellen. Aber auch Alkoholmissbrauch, dessen deutlicher Anstieg bei Jugendlichen beobachtet wird, schwerwiegende Störungen des Sozialverhaltens und vor allem vorausgegangene suizidale Handlungen stellen nach den Erkenntnissen europäischer Ergebungen Risikofaktoren für einen Suizid dar.

Neben dem medizinischen, psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Beratungs- und Behandlungsangebot benötigen die Betroffenen häufig gleichzeitig gezielte psychosoziale Krisenhilfe durch die Dienste der Jugendhilfe und der Schule oder weitere spezifische Hilfeangebote, um andauernde lebensgeschichtliche Belastungen bearbeiten und vermindern zu können. Diese tragen oftmals wesentlich zur empfundenen Hoffnungslosigkeit und letztlich zur suizidalen Handlungsentscheidung bei.

Statistisch und klinisch betrachtet, steigt das Risiko einer suizidalen Handlung und zu deren Wiederholung, je stärker und durchgängiger die psychische und soziale Anpassung des Betroffenen belastet ist und je weniger soziale Unterstützung er erlebt. Aus diesem Grund sind komplexe und anhaltende Störungs- und Belastungslagen mit dem größten Wiederholungsrisiko verbunden. Jeder vierten suizidalen Handlung junger Menschen folgt eine Wiederholung innerhalb von zwei Jahren, was dafür spricht, dass mögliche Hilfen nicht in genügendem Ausmaß wirksam werden. Mit der

Anzahl von Suizidversuchen nimmt die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs konstant zu. Nach Überzeugung der im *Nationalen Suizid-Präventionsprogramm für Deutschland* zusammengeschlossenen Institutionen, Organisationen und Verbände, welches vom Bundesministerium für Gesundheit sowie von den Bundesländern unterstützt wird, muss der qualifizierten Versorgung von jungen Menschen mit suizidalen Handlungen höhere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Konzeption

Das hier vorgestellte interdisziplinäre Versorgungsmodell verfolgt den Ansatz der selektiven und indizierten Prävention. In der Literatur besteht Konsens darüber, dass suizidale Handlungen ein prospektiver Risikomarker für erneutes Auftreten von Suizidalität im Entwicklungsverlauf sind. Die Betroffenen selbst, denen nach der Erstversorgung eine ambulante Anschlussbehandlung empfohlen wird, sind häufig nicht in der Lage, eigenständig nach entsprechender Hilfe suchen. Sie können die Leistungszuständigkeiten der Fachdienste meist nicht klar beurteilen, sind von den Wartezeiten überfordert oder verfügen nicht über ausreichende Motivation und Einsicht.

Das *Modellprojekt »Regionales Krisenmanagement zur Versorgung von jungen Menschen mit suizidalen Handlungen«* hatte sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Betroffenen dadurch verbessern, dass die Fachdienste des professionellen Versorgungssystems ihre Leistungsangebote enger aufeinander abstimmen. Dadurch soll erreicht werden, dass den jungen Menschen und ihren Familien in ihrer lebenskritischen Situation die notwendigen Hilfen zielgenauer, schneller und mit verbindlicher Absprache angeboten werden können. In Untersuchungen zur Wirksamkeit von Versorgungssystemen hat sich gezeigt, dass Verbindlichkeit und Kontinuität der eingeleiteten Hilfen wesentlichen Einfluss auf die Wiederholung suizidaler Handlungen haben.

In der Projektregion lebten ca. 310 700 junge Menschen bis zu 25 Jahren. Etwa die Hälfte war jünger als 15 Jahre. Das Projekt wurde in einem Zeitraum von zwei Jahren inhaltlich entwickelt und als interdisziplinäre Versorgungsstruktur für die Modellregion der Stadt- und des Landkreises Heilbronn, den Landkreis Ludwigsburg und den Hohenlohekreis über ein Jahr konkret erprobt. Es wurde durch die Landesstiftung Baden-Württemberg gefördert. Mit der Trägerschaft des Projekts wurde das Klinikum am Weissenhof betraut.

Die Projektumsetzung des interdisziplinären regionalen Krisenmanagements basierte auf schriftlichen *Kooperationsvereinbarungen*, welche die für die psychosoziale Versorgung verantwortlichen Fachinstitutionen der Modellregion miteinander abschlossen. Es setzte auf die verbindliche, zielgruppenbezogene Vernetzung bereits bestehender Dienste. Neben den medizinischen Fachgebieten der Organmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Psychiatrie und Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und den Gesundheitsämtern halten auch die nicht ärztlichen Psychotherapeuten, die Fachdienste der Jugend- und Sozialhilfe, die Psychologischen Beratungsstellen, die Sozialpsychiat-

rischen Dienste, die professionelle und semiprofessionelle Krisenhilfe und weitere Dienste, wie z. B. die Suchthilfe, relevante Hilfen für die Gruppe der Betroffenen vor. Die angestrebte Optimierung der zielgruppenbezogenen Zusammenarbeit der beteiligten Hilfesysteme erfolgte auf der Basis gleichberechtigter Kooperation.

Unter der Zielsetzung der zeitnahen und niederschwellig erreichbaren Hilfe- und Behandlungseinleitung wird mittels einer im Projekt entwickelten *»Anlauf- und Koordinierungsstelle (AKOS)«* den beteiligten Institutionen und Diensten Hilfe bei der erforderlichen Koordination der im Einzelfall notwendigen Untersuchungs-, Behandlungs- und Hilfemaßnahmen im Sinne einer zentralen Servicestelle angeboten. Die Vermittlungsstelle ist über eine zentrale Telefonnummer an allen Werktagen in der Zeit von 08:30 bis 12:30 Uhr und von 14:00 bis 16:00 Uhr sowie samstags von 08:30 bis 12:30 Uhr erreichbar.

AKOS wird mit seinem Vermittlungs- und Beratungsangebot dann für den jungen Menschen tätig, wenn er und gegebenenfalls auch seine Angehörigen/Personensorgeberechtigten das wünschen, was in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Fall ist. Die im Einzelfall erforderliche Behandlungs- und Beratungsleistung erfolgt durch die jeweils zuständige Fachinstitution auf der Basis der gesetzlichen Leistungszuständigkeiten. Die diese konkret vermittelnde Koordinationsleistung erfolgt im Einverständnis mit den Betroffenen auf der Basis einer *Interdisziplinären Personenbezogenen Dokumentation (IPD)*. In ihr wird der fachlich begründete Hilfebedarf ausgeführt und an die für die Hilfedurchführung zuständige Institution weitergeleitet. Der Hilfekoordination durch AKOS kann bestehen in der Einleitung von:

- Abklärung einer psychischen Erkrankung durch einen Facharzt
- psychosozialer Krisenbegleitung und Nachsorge
- psychologischer Anschlussberatung
- Fachbehandlung (psychiatrisch, psychotherapeutisch)

Evaluation

Die Auswertungsergebnisse einer einjährigen Anwendungsphase verwiesen auf eine gute Effektivität der interdisziplinären Versorgungsstruktur. Von den Mitarbeiterinnen des AKOS-Büros wurde die überwiegend gute Kooperationsbereitschaft der angesprochenen Praxen und Beratungsstellen hervorgehoben, die trotz aktuell eingeschränkter Leistungskapazitäten Behandlungs- und Beratungstermine unmittelbar zur Verfügung stellten. Neu angesprochene Therapeuten und Helfer wurden jeweils ausführlich mit Informationsmaterial zum Konzept des Modellprojekts versorgt, was seinerseits zur weiteren Verbreitung des Projektanliegens in der fachlichen Öffentlichkeit beitrug. In allen angefragten Fällen konnte die benötigte gezielte Hilfeeinleitung durch die Mitarbeiterinnen des AKOS-Büros erfolgreich geleistet werden. Der Rang der dokumentierten Vermittlungsdauern im Einzelfall reichte von einem bis zu neun Tagen. In 38 % der Fälle war die Hilfevermittlung am ersten Tag nach der Anfrage, in ca. 70 % der Fälle innerhalb der ersten zwei Tage abgeschlossen. Bezüglich der verschiedenen diagnostischen Bewertungen und Hilfebedarfe fielen

keine Unterschiede der Vermittlungsdauer auf. Auch die Vermittlungsdauer für die Betroffenen in der Drop-out-Gruppe zeigte keine auffallenden Unterschiede im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv.

Um die Prozessqualität der Hilfevermittlung durch das AKOS-Büro zumindest orientierend einzuschätzen, wurden fortlaufend Rückmeldungen der beteiligten Dienste im Rahmen der Kooperationskonferenzen eingeholt. Zur Prüfung der Frage, ob die zeitnahe Hilfe- und Behandlungsvermittlung von dem jungen Menschen auch tatsächlich wahrgenommen wurde, war vereinbart worden, dass die der jeweiligen Praxis oder Institution im Einverständnis mit dem Betroffenen zugeleitete Interdisziplinäre Personenbezogene Dokumentation (IPD) an AKOS zurückgesendet werden sollte, falls der junge Mensch den ihm angebotenen Termin nicht in Anspruch genommen hatte. Die Rate der Betroffenen, die nach einem Suizidversuch dringend auf qualifizierte und erreichbare Hilfe angewiesen waren, diese aber nicht in Anspruch nahmen, lag auf der Basis der hiefür zur Berechnung herangezogenen Stichprobe der IPD-basierten Fälle bei 15 %. Ohne die im Modellprojekt erprobte gezielte und verbindliche interdisziplinäre Hilfevermittlung muss nach epidemiologischen Erkenntnissen demgegenüber davon ausgegangen werden, dass bis zu über 50 % der jungen Menschen, die nach einem Suizidversuch die ambulanten Hilfen, denen sie in der Erstbehandlung zugestimmt haben, nicht in Anspruch nehmen.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit trugen die Schnelligkeit und fachliche Treffsicherheit der eingeleiteten Anschlusshilfen wesentlich dazu bei, dass die Motivation der Betroffenen gestärkt und aufrechterhalten werden konnte, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Seitens der bei AKOS anfragenden Institutionen wurde die große Zufriedenheit darüber betont, dass es mittels des gezielten Vermittlungsverfahrens gelang, die erforderlichen Leistungsangebote in der ungewöhnlich kurzen Zeitspanne von einem bis zu wenigen Tagen verbindlich zur Verfügung zu stellen. Das galt genauso für die dadurch erfahrene Entlastung, dass AKOS neben allen erforderlichen Rücksprachen auch die direkte Information der Betroffenen und die Zusendung der vorgehaltenen Hilfe- und Behandlungstermine übernahm.

Nachhaltigkeit

Das Konzept des Regionalen Krisenmanagements – AKOS hat sich seit der im Frühjahr 2009 für das gesamte Modellgebiet aufgenommenen Vermittlungstätigkeit inzwischen bei über 140 Patienten bewährt. Jeder Fachdienst, der zum Verbund gehört, kann das Vermittlungsangebot nutzen. Die Leistung wird weiterhin zentral durch das AKOS-Büro mittels täglicher Erreichbarkeit und Vermittlungsbereitschaft erbracht. Die Effektivität der problembezogenen, zeitnahen und unter dem Aspekt der Umsetzbarkeit auf die Wohnregion der Betroffenen ausgerichteten Vermittlungsarbeit basiert auf der beständig gepflegten Matrix der verfügbaren Dienste, Praxen und Einrichtungen, die für den betroffenen Personenkreis abrufbare Leistungen vorhalten sowie auf der gezielten Vermittlungsarbeit des AKOS-Büros und seiner beständigen Erreichbarkeit mittels der eingerichteten Hotline.

In den Sitzungen des Steuerungskreises und der Kooperationskonferenz der kooperierenden Fachdienste auf Leitungsebene wurde das Thema der Nachhaltigkeit der Versorgungsstruktur bereits während der Phase der Modellerprobung intensiv erörtert. Angesichts der Tatsache, dass die Vermittlungsanfragen an das Regionale Krisenmanagement überwiegend durch den medizinischen Bereich erfolgten, vertraten Projektleitung und Projektträger die Überzeugung, dass das etablierte Koordinationsinstrument bei einer Fortführung über den Modellzeitraum hinaus am ehesten in der Zuständigkeit des Sozialgesetzbuches (SGB) V zu verankern sei. Die durch AKOS erbrachte Leistung sichert den in § 11 Abs. 4 SGB V niedergelegten Anspruch auf Leistungen für die Versicherten im Rahmen eines »Versorgungsmanagements insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche«. Mit der IPD wird der in der gesetzlichen Grundlage des SGB V aufgeführten Forderung Rechnung getragen, wonach »die betroffenen Leistungserbringer sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln« sollen. Ebenso ist in dem von uns entwickelten Verfahren sichergestellt, dass »das Versorgungsmanagement und die dazu erforderliche Übermittlung von Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen darf« (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Die Konzeption wurde inzwischen in die Regelversorgung der mitwirkenden Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Weissenhof übernommen. Die Sekretariate der Kliniken entschlossen sich, die Funktion des AKOS-Büros auf der Grundlage der erarbeiteten Materialien und etablierten Ablaufmodalitäten gemeinsam fortzuführen. Zur Berechnung der erforderlichen Büro-Arbeitszeit konnte der sich bislang ergebende durchschnittliche Zeitbedarf von vier Arbeitsstunden pro Fall herangezogen werden. In Anbetracht der im Verhältnis zur Modellregion etwa halb so großen regionalen Versorgungszuständigkeit beider Kliniken entsprach der errechnete Stellenanteil von 0,3 VK Bürokraft der voraussichtlichen Inanspruchnahme durch bis zu 100 Vermittlungsanfragen/Jahr. In den letzten Kooperationskonferenzen der Modellprojektphase waren die Kooperationspartner zu der Entscheidung gekommen, dass auch die Sitzungen des Kooperationsverbundes mit Bezug auf die Versorgungsregion fortbestehen soll. Der im Modellprojekt mit der stellvertretenden Projektleitung betraute Leitende Psychologe der beteiligten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie wird die Kooperationskonferenzen zweimal jährlich einberufen. Als Ausdruck der weiterbestehenden Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit des interdisziplinären Kooperationsverbundes wurde die auf den Modellzeitraum befristete Kooperationsvereinbarung zur Fortführung des interdisziplinären Regionalen Krisenmanagements für die Zukunft fortgeschrieben.

Prävention – Initiativen einer Krankenkasse

Waldemar Radtke

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention werden erfahrungsgemäß verstärkt von Personen in Anspruch genommen, die eine geringere gesundheitliche Gefährdung verbunden mit einem höheren sozialen Status aufweisen. Deshalb gilt es auch ein Leistungsangebot für Zielgruppen zu konzipieren, die selbst weniger aktiv für ihre Gesundheit werden und für die der Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen erschwert ist. Erfolgreiche Gesundheitsförderung holt die Menschen in ihrem Lebensumfeld ab – den sogenannten Settings. Bei Erwachsenen sind es Vereine und natürlich der Arbeitsplatz, bei Kindern und Jugendlichen sind das vor allem Kitas, Schulen und Vereine.

Insgesamt gab die AOK für Primärprävention im Setting-Ansatz, im individuellen Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung 96 Mio. Euro aus. Das entspricht etwa 31 Prozent der GKV-Gesamtausgaben im Bereich der Prävention. Im Schnitt waren das 4,05 Euro pro Versichertem; damit lag die Gesundheitskasse deutlich über der vom Gesetzgeber empfohlenen Richtgröße von 2,82 Euro.

Ein Drittel des Betrags entfällt auf Setting-Angebote (hauptsächlich für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern). Bei der AOK Rheinland/Hamburg wurden ca. 3 500 Einrichtungen, 290 000 Kinder und Jugendliche, 12 000 Pädagogen und 150 000 Eltern erreicht. Wir haben das Projekt *Netzwerk starke Kids*, in dem wir uns als AOK oder zusammen mit kompetenten Partnern in der Region mit zahlreichen Maßnahmen und Aktionen dafür engagieren, die Kinder- und Jugendgesundheit zu verbessern. Regionale Aktivitäten rund um Gesundheit werden gezielt gebündelt und neue, gemeinsame Projekte entwickelt:

- Fachtagungen
- Kindertheater »Henrietta in Fructonia«
- Rauschdisco
- Förderpreise

In dem kurzen Filmeinspieler[1] *»Mit dem U-Boot auf Gesundheitskurs«* zeige ich Ihnen ein erfolgreiches Projekt, das räumlich bei unserer Zentrale in Düsseldorf angesiedelt ist. Dabei werden Elemente der Vorsorgeuntersuchungen in einem maritimen Kontext spielerisch dargestellt. Verschiedene Spielstationen haben eine inhaltliche Verbindung zu den Elementen der Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9.

TigerKids – Kindergarten aktiv ist ein bundesweit erfolgreiches Programm zur Bewegungs- und Ernährungserziehung in den Kitas. Unsere Projektziele für eine bewegte Kinderwelt:

- Verhaltensänderung der ganz Kleinen, um ein gesundes, aktives Erwachsenwerden zu ermöglichen

1 http://www.aok.de/kids/rh/u-boot/index.php

- Förderung regelmäßiger Bewegung, die Spaß macht
- Gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken
- Handlungsorientiertes Erleben und Einüben eines gesunden Lebensstils

Im Rahmen des Projektes *Gesund macht Schule* erhalten Schulen Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Schulalltag. Das Konzept besteht aus einzelnen Bausteinen, wie Ärzte-Schulpatenschaften, Medien für den Unterricht, Fortbildungen und weiteren Angeboten, die nach Bedarf und Profil der Schule unterschiedlich genutzt werden können.

Bei *Schule in Bewegung* geht es um Bewegungsförderung in den 7. bis 12. Schulklassen aller Schulformen. Ziel ist es, Lehrkräften, Eltern und Schüler für die Risiken von Bewegungsmangel zu sensibilisieren, die Motivation zu mehr Sport zu steigern und Freude und Spaß an Sport und Bewegung zu vermitteln.

Freude und Spaß sind bei allen unseren Maßnahmen außerordentlich wichtig. Wenn wir mit Kindern oder Jugendlichen arbeiten, wollen wir so arbeiten, dass der Spaß, die Freude im Vordergrund steht. Spaß und Freude insofern, dass man den erhobenen Zeigefinger möglichst überhaupt nicht benutzt. Das gelingt in den allermeisten Fällen und es führt dann dazu, dass die erforderliche Nachhaltigkeit erzielt wird.

Fit durch die Schule – eine interessante Variante, die wir zusammen mit dem Schulministerium umsetzen. Ein wichtiger Ergänzungsbaustein zu den vorher genannten Aktivitäten, weil er den außerschulischen Bereich betrifft. Wir wollen hier Schulen dazu animieren, Kooperationen mit Sportvereinen einzugehen.

Be smart don't start – das kennen Sie – ist ein internationaler Wettbewerb, um Schülern einen Anreiz zu geben, nicht mit dem Rauchen anzufangen.

Ich möchte noch einmal auf die Individualförderung zurückkommen. Wir haben den berühmten § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V, mit dem wir in den 90er-Jahren bedauerliche Rückschläge erleben mussten. Das holen wir so schnell nicht wieder auf.

Erst 1998 wurde wieder begonnen, diesen Bereich professionell fortzuentwickeln. Wir bieten unseren Versicherten bei erfolgreicher Teilnahme an Maßnahmen der Primärprävention Kostenbeteiligungen an. Zur Verfügung steht ein umfängliches, qualitätsgesichertes Kursprogramm externer, zertifizierter Leistungsanbieter in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressreduktion und Suchtmittelgebrauch. Angebote für übergewichtige Kinder werden besonders unterstützt. Hinzu kommen Online-Programme wie »Abnehmen mit Genuss«, »Laufend in Form«, »Ich werde Nichtraucher«.

Integrierte Versorgung ist eine neue »sektorenübergreifende« Versorgungsform im Gesundheitswesen. Als Beispiel einer Erfolg versprechenden integrierten Versorgung möchte ich ein Projekt anführen, dass wir zusammen mit der Vereinigten IKK in Düren initiieren. Eine flächendeckende Ausdehnung auf das Rheinland ist geplant. Kernelemente des Vertrags sind ein qualifiziertes Patientenschulungsprogramm sowie die konsequente Einbindung der Kinderärzte in die Versorgung adipöser Kinder. Teilnehmen können Kinder im Alter von 6 bis 16 Jahren mit extremer Adipositas.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet durch das St. Marien-Hospital Düren und die Deutsche Sporthochschule Köln. Dabei wurde u. a. der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen körperlicher Fitness und allgemeiner psychischer Belastung und psychischen Auffälligkeiten vor und nach einer zwölfmonatigen ambulanten Intervention besteht. Das erste Teilergebnis liegt vor und sagt eigentlich, was wir alle vermutet hatten: Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten reduzierte sich signifikant in der Interventionsgruppe um 13,2 %, in der Kontrollgruppe stieg sie um 6,3 %. Die depressive Symptomatik reduzierte sich ebenfalls signifikant um 6,3 %. In der Kontrollgruppe stieg die Zahl auffälliger depressiver Werte um 17 %.

Die Schlussfolgerungen aus dieser Untersuchung lauten:

- Eine verbesserte körperliche Fitness und ein reduzierter BMI-SDS[2] wirken sich positiv auf psychische Auffälligkeiten und Depressivität aus.
- Im Erwachsenenbereich gibt es zahlreiche Befunde, die den positiven Effekt von Sport und Bewegung auf die psychische Gesundheit nachweisen. Körperliche Aktivität gilt dabei als ein wesentlicher Einflussfaktor zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und zum Erhalt der Lebensqualität.
- Dabei verbessern Sport und Bewegung das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl, sie reduzieren Angst, Depression, Stress und Belastungserleben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Krankenkassen mit dem niederschwelligen Ansatz zur Bewegungsförderung in unterschiedlichen Bereichen (Schule, Kita, Vereine) und der Intervention bei übergewichtigen/adipösen Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Beitrag zur psychischen Gesunderhaltung dieser Zielgruppe leisten. Oder ebenso schlicht wie treffend: Vorbeugen ist besser – und billiger – als heilen.

2 Der Body-Mass-Index (BMI), auch Körpermassenindex genannt, errechnet sich nach folgender Formel: BMI = Gewicht [kg]/Größe [m]^2 und ist ein Maß für das Körperfett. Die statistische Kenngröße SDS_{LMS} (Standard Deviation Scores) verdeutlichen, wie viel (ein Wievielfaches) ein individueller BMI-Wert unter (negativer Wert) bzw. über (positiver Wert) dem alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Median liegt. Dieser Wert erlaubt einen individuellen BMI-Wert noch genauer in die Referenzgruppe einzuordnen (Quelle: http://www.labor-limbach.de/BMI-Perzentile-und.549.0.html)

Prävention und Hilfen für Menschen mit Ess-Störungen in Nordrhein-Westfalen

Maria Spahn

Das Land Nordrhein-Westfalen hat das Thema Ess-Störungen in das Landesprogramm/Landeskonzept gegen Sucht aufgenommen und in einem eigenen Exkurs behandelt. In der Folge wurde im Jahr 2003 der Fachbereich Ess-Störungen bei der Landeskoordination Integration NRW eingerichtet, um die Weiterentwicklung der Prävention und der Hilfen für Menschen mit Ess-Störungen konzeptionell und koordinierend zu begleiten. Die Landeskoordination ist tätig im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Gesundheitsziele NRW

2005 wurden die Ess-Störungen aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung und des Handlungsbedarfs in die Reihe der Gesundheitsziele NRW aufgenommen unter dem Titel: »Präventions- und Hilfeangebote für Menschen mit Ess-Störungen mit dem Fokus auf Anorexia nervosa und Bulimie verbessern« (http://www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheit/gesundheitsziele2005-10.pdf).

Die folgenden Ausführungen bilden die fachlich-strategische Ausrichtung der Arbeit des Fachbereichs Ess-Störungen der Landeskoordination ab.

Grundlagen

Unter dem Begriff »Ess-Störungen« werden im Wesentlichen die Krankheitsbilder »Anorexia nervosa«, »Bulimia nervosa« und die »Binge-Eating-Störung/psychogene Adipositas« subsumiert. Übergewicht und Adipositas werden hier nicht behandelt, da sie nicht zwangsläufig zu den Ess-Störungen im engeren Sinne gehören.

Die Ursachen von Ess-Störungen sind vielschichtig und umfassen biologische, soziokulturelle, familiäre und persönlichkeitsbedingte Faktoren. Gemeinsam ist diesen Krankheitsbildern eine Tendenz zu chronischen Verläufen mit fortschreitender Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zu lebensbedrohlichen Krisen. Von der Anorexia Nervosa und der Bulimie sind zu 90 – 95 % Frauen und Mädchen betroffen. Der Gipfel des Erkrankungsbeginns liegt in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter.

Zuverlässige epidemiologische Daten zu Ess-Störungen liegen nicht vor. Nach Schätzungen gibt es in Deutschland etwa 490 000 Menschen mit Anorexia nervosa und etwa 1,4 Millionen Menschen mit Bulimia nervosa. Für NRW ist demnach von etwa 100 000 Anorexie- und etwa 300 000 Bulimie-Kranken auszugehen. Noch nicht erfasst sind dabei die sogenannten atypischen bzw. »Nicht näher bezeichneten Ess-Störungen (NNB)«, die einen großen Anteil der Ess-Störungen ausmachen. Hiermit werden Ess-Störungen beschrieben, bei denen nicht alle Diagnosekriterien erfüllt sind. Die Schwere der Erkrankung kann jedoch ebenso ausgeprägt sein. In dieser Kategorie

gewinnt die Binge-Eating-Störung zunehmend an Bedeutung. Hierbei treten wiederkehrende Essanfälle auf, ohne dass gegensteuernde Maßnahmen wie z. B. Erbrechen erfolgen. Die Binge-Eating-Störung führt daher häufig zu Übergewicht. Im Gegensatz zur Anorexia Nervosa und zur Bulimie sind nach bisherigen Forschungsergebnissen Jungen und Männer häufiger – vermutlich bis zu 40 % – betroffen. Retrospektive Untersuchungen lassen darauf schließen, dass Essanfälle nicht selten bereits im Alter von neun bis zwölf Jahren oder sogar früher auftreten.

Spezifische Problemlagen

Gefährdung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ess-Störungen beginnen typischerweise in der Pubertät und Adoleszenz. Die Erkrankungen beeinträchtigen die körperliche, seelische und soziale Entwicklung junger Menschen in einer sensiblen Lebensphase. Prävention und Hilfeangebote müssen daher insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie deren Angehörige und Bezugspersonen erreichen. Die Prävention muss die krankheitsspezifischen Besonderheiten und die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und deren Familien einbeziehen.

Geschlechtsspezifische Ausprägung

Ess-Störungen sind in besonderem Maße geschlechtsspezifisch ausgeprägt und kommen am häufigsten bei Mädchen und jungen Frauen vor. Es erkranken jedoch auch Jungen und Männer. Über das Ausmaß der Betroffenheit von Jungen und Männern und mögliche Besonderheiten ist wenig bekannt. Da Ess-Störungen als typisch weibliche Phänomene gelten, ist es für Jungen und Männer noch schwieriger, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Es ist zu vermuten, dass die Diagnose bei Jungen und Männern mit geringerer diagnostischer Sensitivität gestellt wird als bei Mädchen und Frauen. Bei Prävention und Hilfen müssen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Den spezifischen Bedingungen weiblicher Lebenszusammenhänge und den damit verbundenen Belastungen und Konflikten ist Rechnung zu tragen. Ess-Störungen bei Jungen und Männern müssen verstärkt in den Blick genommen werden.

Später Zugang zu Hilfen

Ess-Störungen bestehen häufig schon über einen sehr langen Zeitraum, bevor Hilfen aufgesucht werden und haben eine Tendenz zur Chronifizierung mit erheblichen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Im Verlauf der Erkrankung kommt es häufig zu Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit, sodass die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, eine Ausbildung abzuschließen oder einen Beruf auszuüben. Ess-Störungen führen zum Teil zu völliger sozialer Isolation. Die hohe Mortalität bei der Anorexia

Nervosa ist besorgniserregend. Durch den späten Zugang zum Hilfesystem werden chronische Krankheitsverläufe begünstigt. Die frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen muss daher gefördert werden. Hilfen müssen kurzfristig, niederschwellig und ortsnah zugänglich sein.

Bedeutung von Transparenz, Vernetzung und Kooperation

Bei Ess-Störungen ist nicht von einer Alleinkompetenz einzelner Fachrichtungen auszugehen. Transparenz, Vernetzung und Kooperation zwischen verschiedenen Bereichen des Hilfesystems, zwischen verschiedenartigen Einrichtungen und Hilfen sowie insbesondere die interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit sind von grundsätzlicher Bedeutung. Prävention und Hilfen müssen die Besonderheiten des Krankheitsverlaufs bei Ess-Störungen berücksichtigen. Mit allen Beteiligten sind integrierte komplexe Modelle zur Prävention, Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Betreuung zu erarbeiten und abzustimmen.

Prävention bei Ess-Störungen

Primäre Prävention

Ess-Störungen müssen auch im Zusammenhang mit soziokulturellen Bedingungen gesehen werden. Bei der Krankheitsentstehung spielen unbewältigte Ängste und Widersprüche im Zusammenhang mit familiären und gesellschaftlichen Zwängen und Erwartungen eine Rolle.

Lebensphasenspezifische Faktoren sind offenbar von besonderer Bedeutung. Die Anforderungen und Belastungen der Pubertät und Adoleszenz gehen gerade für Mädchen und junge Frauen häufig mit einer erheblichen Verunsicherung einher. Diese Verunsicherung wird durch problematische gesellschaftliche Einflüsse wie z. B. ein übertriebenes Schlankheitsideal und widersprüchliche Weiblichkeitsnormen verstärkt. Primäre Prävention muss vorherrschende weibliche und auch männliche Körperideale und Geschlechtsrollenstereotype hinterfragen.

Aufgrund der weitreichenden Ursachenzusammenhänge bei der Entstehung von Ess-Störungen sind Programme, die lediglich das gesunde Essen zum Hauptthema wählen, unzureichend. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass auch Vorgehensweisen, die hauptsächlich auf die Gefahren gestörten Essverhaltens hinweisen, ungeeignet sind und Gefährdete sogar zur Nachahmung anregen können.

Besonderes Gewicht sollte darauf gelegt werden, protektive Faktoren zu fördern. Dafür sind Ansätze zur Stärkung des Selbstbewusstseins und zur Förderung eines gesunden Bezugs zum eigenen Körper sinnvoll. Es geht um die Unterstützung konstruktiver Bewältigungsstrategien bei Konflikten und Entwicklungsstress – insbesondere im Hinblick auf die spezifischen Entwicklungsaufgaben in der Pubertät und Adoleszenz – sowie um die Stärkung familiärer Ressourcen und elterlicher Erziehungskompetenz.

Sekundäre Prävention

Spezifischer sind die Anforderungen an die sekundäre Prävention von Ess-Störungen. Hierbei geht es um die Senkung der Prävalenz und eine Verbesserung der Heilungschancen dank Früherkennung und frühzeitiger Vermittlung von Hilfen als Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen.

Ess-Störungen entwickeln sich zunächst als Lösungsversuche bei schwerwiegenden psychischen Konfliktlagen. Die Wahrnehmungsfähigkeit der Körpersignale wie Hunger und Sättigung ist beeinträchtigt, Figur und Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Es besteht eine krankhafte Furcht davor, dick zu werden, wobei die Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts verzerrt ist. So erklärt sich unter anderem die mangelnde oder fehlende Krankheitseinsicht, die ein zentrales Problem im Hinblick auf eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen darstellt. Vorbehalte und Ambivalenzen gegenüber Hilfeangeboten gehören zum Krankheitsbild. Es ist daher besonders wichtig, durch gezielte Aufklärung und Information über Hilfeangebote diejenigen zu erreichen, die gefährdet sind, eine Ess-Störung zu entwickeln bzw. sich in einer frühen Phase der Erkrankung befinden. Da bei Ess-Störungen die Angst vor Kontrollverlust sowie Scham- und Schuldgefühle eine große Rolle spielen, ist eine Vorgehensweise nötig, welche die Hemmschwellen bei Betroffenen wie auch bei Angehörigen und Bezugspersonen aktiv senkt.

Grundvoraussetzung wirksamer Präventionsarbeit bei Ess-Störungen ist die Vernetzung und Kooperation mit Angeboten qualifizierter Erstberatung und weiterer Hilfen vor Ort. Sekundäre Prävention muss gemeindenah, lebensweltorientiert und unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes angelegt sein. Sie braucht notwendigerweise Anlaufstellen, die es ermöglichen, schnell und unbürokratisch Hilfe zu bekommen. Hierbei müssen die örtlichen/regionalen Gegebenheiten und die spezifische Kompetenz der verschiedenen Hilfeeinrichtungen vor Ort berücksichtigt und genutzt werden.

Handlungsbedarf

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die komplexen Hintergründe und Erscheinungsformen von Ess-Störungen und Bewusstmachung krankmachender gesellschaftlicher Normen
- Weiterentwicklung von Konzepten zur primären Prävention von Ess-Störungen mit dem Schwerpunkt persönlichkeitsstärkender und geschlechtsspezifisch reflektierter Ansätze
- Ausbau settingbezogener Maßnahmen zur Verbesserung der Früherkennung und Frühintervention unter Einbeziehung von Elternhaus und Schule/Ausbildung
- Verbesserung der Vernetzung und Kooperation präventiver Aktivitäten mit qualifizierter Erstberatung und mit weiteren Hilfeangeboten in der Region
- Entwicklung innovativer Ansätze zur Erleichterung des Zugangs zum Hilfesystem für besonders gefährdete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- Sensibilisierung und Qualifizierung aller relevanten Berufsgruppen

Hilfen bei Ess-Störungen

Verschiedenste Bereiche des medizinischen und psycho-sozialen Hilfesystems sind mit der Problematik von Ess-Störungen konfrontiert: psychosoziale Beratungsstellen (Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Erziehungs-, Familien-, und Jugendberatungsstellen, Ehe- und Lebensberatungsstellen), niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und -therapeuten. Etwa zwei Drittel der Frauenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen weisen Hilfen zum Problembereich Ess-Störungen aus. Suchtberatungsstellen sind mit Ess-Störungen eher in Verbindung mit Suchterkrankungen konfrontiert. Die Selbsthilfe kann für Menschen mit Ess-Störungen und für Angehörige ein wichtiges Element bei der Bewältigung der Krankheit sein.

Die stationäre Behandlung von Menschen mit Ess-Störungen findet hauptsächlich in psychotherapeutischen/psychosomatischen Spezialkliniken oder in psychosomatischen Rehabilitationskliniken statt. Darüber hinaus werden die Erkrankten in kinder- und jugendpsychiatrischen und allgemeinpsychiatrischen Fachkliniken oder in internistischen Abteilungen behandelt. Vereinzelt gibt es teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten. Einzelne Krankenhäuser und Universitätskliniken bieten offene Sprechzeiten speziell für Ess-Störungen an. In den letzten Jahren sind bundesweit und auch in Nordrhein-Westfalen pädagogisch-therapeutisch betreute Wohngruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen entstanden.

Im Internet gibt es eine Reihe kompetenter Informations- und Beratungsangebote. Sie gelten aufgrund der Anonymität als wichtiges niederschwelliges Hilfeangebot für gefährdete und betroffene Menschen und für Angehörige. Sie sind zur Vermittlung in weiterführende Hilfen auf regionale Adressenpools angewiesen.

Entwicklungsbedarf

In Nordrhein-Westfalen ist eine Vielfalt von Ressourcen vorhanden, die für die Hilfen bei Ess-Störungen eine wichtige Rolle übernehmen. Dennoch ist festzustellen, dass Beratung und Behandlung oft zu spät einsetzen, die Übergänge zwischen den verschiedenen Behandlungsabschnitten oft nicht gelingen oder Hilfen nicht in flankierende Maßnahmen eingebettet werden, sodass nachhaltiger Erfolg gefährdet ist. In der Ausdifferenzierung ambulanter Hilfen und in der Förderung regionaler Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten wird deshalb großer Entwicklungsbedarf gesehen.

Bei Betroffenen und Fachkräften besteht vielerorts erhebliche Orientierungslosigkeit dahingehend, wo Hilfen bei Ess-Störungen zu finden sind. Es fehlt an flächendeckend zugänglichen niederschwelligen Anlaufstellen, die explizit Beratung bei Ess-Störungen anbieten. Besonders gravierend ist dieser Mangel im ländlichen Raum.

Die frühzeitige Beratung wird durch die krankheitsbedingte Ambivalenz, Hilfe zu suchen, erheblich erschwert. Dies unterstreicht umso mehr die Notwendigkeit, aus-

reichend Angebote zur Beratung vorzuhalten und diese gut erkennbar auszuweisen. Im Hinblick auf Themen, die mit Abgrenzung und Autonomie zusammenhängen, ist Eigenständigkeit beim Zugang zu Hilfen für Jugendliche und junge Erwachsene besonders wichtig. Hier fehlt es an wohnortnahen Angeboten, die Jugendliche ausdrücklich zu diesem Thema ansprechen. Hilfeangebote, die sich auch an Jungen und Männer mit Ess-Störungen richten, sind derzeit noch kaum vorhanden.

Menschen mit Ess-Störungen sind in vielen Lebensbereichen gravierend beeinträchtigt. Für die Behandlung wird ein abgestuftes, störungsspezifisches, methodenübergreifendes Vorgehen empfohlen. Das Zusammenwirken multimodaler Behandlungsansätze ist am ehesten in der stationären, ggf. teilstationären Behandlung gewährleistet. Erhebliche Defizite bestehen im ambulanten Bereich. Erschwerend wirkt sich die häufig fehlende Transparenz bestehender Hilfen aus. Es fehlt an regional verfügbaren Adressenpools und an fachlichen Kontakten, die eine Kooperation und Weitervermittlung erleichtern würden. Bei Ess-Störungen ist nicht von der Alleinkompetenz eines bestimmten Fachbereichs der Hilfen auszugehen. Es handelt sich vielmehr um eine Querschnittsaufgabe, mit der die verschiedensten Bereiche konfrontiert sind und sich ihrer Zuständigkeit bzw. Aufgabe bewusst sein müssen. Kooperationen, Übergänge und Verzahnung zwischen verschiedenartigen Einrichtungen und Hilfen gestalten sich jedoch brüchig. Sektorenübergreifende Verbindungen – z. B. zwischen stationären und ambulanten Hilfen – sind oft unzureichend. Da die Gefährdung und das Suizidrisiko bei nicht gelingenden Übergängen erhöht ist, müssen Schnittstellenprobleme durch umfassende Vernetzungsbemühungen behoben werden.

Handlungsbedarf

- Sensibilisierung und Qualifizierung aller mit Ess-Störungen befassten Berufsgruppen
- Weiterentwicklung und Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Anlaufstellen zur qualifizierten Beratung von Menschen mit Ess-Störungen
- Verbesserung der Transparenz bestehender Hilfen
- Aufbau eines landesweiten Netzes von Vernetzungsinitiativen zur Verankerung interprofessioneller und sektorenübergreifender Kooperation
- Weiterentwicklung und Absicherung fachlicher Standards und multimodaler Therapiekonzepte insbesondere im ambulanten Bereich

Schwerpunkte der Arbeit des Fachbereichs

Im Folgenden wird beispielhaft auf bewährte und aktuelle Maßnahmen des Fachbereichs Ess-Störungen eingegangen, die zur Weiterentwicklung und Koordination der Prävention und Hilfen in Nordrhein-Westfalen beitragen.

»INFO-Börse Ess-Störungen NRW«

In der »INFO-Börse Ess-Störungen NRW« sammeln wir kontinuierlich Informationen zu bestehenden Hilfen und Angeboten in Nordrhein-Westfalen. Wir erfassen Angaben zu stationären und ambulanten Hilfen, Psychotherapie- und Beratungsangeboten, medizinischen und psychosozialen Hilfen, spezialisierten Wohngruppen und Betreutem Wohnen; ferner Präventionsprojekte und Präventionsmaterialien wie zum Beispiel Werkkoffer für Schulen, Aktionstage, Fachtagungen, Fortbildungsangebote, Ausstellungen im Bereich der Prävention und »Beispiele guter Praxis«. Diese Informationen geben wir im Dialog an Fachkräfte und Einrichtungen weiter sowie an Hilfe suchende Betroffene und Angehörige, die sich an uns wenden. Wir bieten damit eine Kommunikationsplattform, die landesweit zur Verbesserung von Transparenz und Vernetzung beiträgt.

»Landkarte Vernetzungsinitiativen Ess-Störungen in NRW«

Die Initiierung und Unterstützung regionaler Arbeitskreise und »Vernetzungsinitiativen Ess-Störungen« ist ein Schwerpunkt der Arbeit des Fachbereichs. Ziel ist es, landesweit die Zusammenarbeit verschiedenster Fachkräfte, Einrichtungen und Dienste auf kommunaler und regionaler Ebene anzuregen und nachhaltig zu verankern.

In achtzehn Kommunen und Kreisen in Nordrhein-Westfalen haben sich in den letzten Jahren bereits solche Arbeitsgruppen und Initiativen gegründet. Diese erfreuliche Entwicklung findet ihren Niederschlag aktuell in der Veröffentlichung unserer Landkarte, in der wir erstmals eine Übersicht regionaler »Vernetzungsinitiativen Ess-Störungen« für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte benutzerfreundlich präsentieren können. Die in der Landkarte verzeichneten Initiativen mit ihren jeweiligen Kontaktadressen geben gute Beispiele, wie auf regionaler Ebene Zugangswege geebnet und vorhandene Potenziale genutzt und optimiert werden können (http://www.lk-integration.de/ess-stoerungen/#landkarte).

Fortbildung und Qualifizierung

Fachpersonen werden in den verschiedensten medizinischen, psychotherapeutischen und psycho-sozialen Arbeitsfeldern mit der Problematik der Ess-Störungen konfrontiert, können jedoch dem Thema in der breiten Palette ihrer Aufgaben oft nur einen Teil ihrer Aufmerksamkeit widmen. Viele wünschen sich eine Erweiterung ihrer Kompetenzen im Umgang mit Ess-Störungen und eine Erleichterung des fachlichen Austauschs.

In unseren zweitägigen Grundlagenseminaren »Ess-Störungen im Beratungsalltag«, die wir kontinuierlich als Standardangebot durchführen, geben wir auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse einen Überblick über die Erscheinungsformen und Entstehungsbedingungen von Ess-Störungen sowie über Beratungs- und Behandlungsansätze (Fokus: Anorexia Nervosa/Bulimie). Einen Schwerpunkt bilden

die komplexen Anforderungen in der Beratung und Begleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Familien. Aufbauend auf die Grundlagenseminare bieten wir in unserem »Qualitätszirkel« in regelmäßiger Folge interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Grundlagenseminare Gelegenheit, spezielle Themen und Fragen aus der Praxis zu vertiefen. Unsere Fortbildungsangebote zeigen Wirkung auf mehreren Ebenen:

- Qualifizierung der Fachkräfte und Vermittlung der Fortbildungsinhalte in die Einrichtungen (Qualifizierung der Einrichtungen als Multiplikationseffekt).
- Die Teilnehmenden – und damit die betreffenden Einrichtungen und Träger – werden angeregt und ermutigt, sich dem Problembereich Ess-Störungen zuzuwenden und Hilfs- und Präventionsangebote für Menschen mit Ess-Störungen auszubauen bzw. neu zu etablieren.
- Austausch und Vernetzung der Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen des Hilfesystems während der Fortbildungstage.
- Der Fachbereich erhält direkten Einblick in die Problemlagen der Praxis.

Beratung und Begleitung von Projekten

Ein aktuelles Beispiel unserer Projektberatung ist die Wanderausstellung »Klang meines Körpers – kreative Wege aus der Ess-Störung©«. Diese Ausstellung wurde als regional und überregional wirksames Präventionsprojekt im vergangenen Jahr nach intensiver Vorbereitung von einem großen Trägerverband auf den Weg gebracht. Der Fachbereich unterstützte den Trägerverband in der Vorbereitungsphase bei der Erarbeitung der Konzeption. Unser Fokus lag dabei insbesondere auf der Verzahnung von Prävention und Hilfen und einer engen Kooperation mit den örtlichen Vernetzungsinitiativen. Die fachliche Begleitung durch den Fachbereich ist im Gesamtkonzept des Modellprojekts auch für die Zukunft kontinuierlich vorgesehen.

Newsletter der Landeskoordination Integration NRW

Die Landeskoordination Integration NRW veröffentlicht mehrmals jährlich einen elektronischen Newsletter, der gezielte Fachinformationen aus den jeweiligen Bereichen aufbereitet und an die Fachöffentlichkeit weitergibt. Hiermit trägt der Newsletter wichtige Impulse zur Fachdiskussion und Qualitätsentwicklung im Bereich Ess-Störungen bei (http://www.lk-integration.de/newsletter/).

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Dagmar Barteld-Paczkowski

Was bedeutet Prävention für Kinder von psychiatrisch diagnostizierten Eltern?

Prävention versucht durch vorbeugende Maßnahmen die Eigenverantwortung zu stärken und zur Selbsthilfe anzuregen. Bei vielen Erkrankungen gibt es Schutzimpfungen zur Prävention. Bei psychischen Erkrankungen ist eine Schutzimpfung nicht möglich, auch eine dauerhafte Pharmakotherapie ist kein dauerhafter Schutz und es ist fraglich, ob sie sinnvoll ist.

Bei der Vorsorge im Bereich der psychischen Erkrankungen wäre ein Belastungs-Check-Up empfehlenswert. Durch ein entsprechendes Selbstwert- und Selbstachtungstraining kann frühzeitig interveniert werden. So ein Training kann schon im Kindergarten und sollte spätestens in der Schule beginnen. Selbstachtung und ein gutes Selbstwertgefühl zu haben, sind sehr wichtig. Wer sich selbst nicht achtet, gibt allen anderen einen Freibrief für die Nichtachtung seiner Person. Das ist besonders für Kinder psychisch belasteter und erkrankter Eltern wichtig. Sie haben keinen Grund, sich zu schämen und/oder zu verstecken, weil eines ihrer Elternteile seelisch instabil ist.

Die geforderte Bewusstseinsbildung in Artikel 8 in der UN-Behindertenrechtskonvention ist vergleichbar mit universeller Prävention. Bewusstseinsbildende Maßnahmen kommen der ganzen Bevölkerung zugute und sind auch Aufklärungskampagnen über seelische Erkrankungen und deren Auswirkungen. Bewusstseinsbildung fördert nicht nur die Achtsamkeit gegenüber Menschen mit schon definierter Behinderung, sondern sie fördert auch allgemeine Lebenskompetenzen. Das sind Fertigkeiten, die es Menschen ermöglichen, die alltäglichen Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und das eigene Leben entsprechend den eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Prävention ist eng verbunden mit der menschlichen Fähigkeit, soziale Regeln, erworbene Lebensfertigkeiten und erlerntes Wissen situations- und sachgerecht einzusetzen. Dadurch werden Menschen, Kinder und auch Erwachsene, in die Lage versetzt, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu handeln und zu leben. Die Achtung der eigenen Person, sich selbst zu kennen und auch sich mit all seinen Schwierigkeiten zu mögen, ist der wichtigste Teil von Prävention.

Dann ist Kommunikation möglich. Die Eltern können dann auf empathische Art Beziehungen führen. Eltern und Kinder dürfen kritisch, aber auch kreativ denken und handeln. So ist es möglich, erfolgreich Probleme zu lösen und die eigenen Gefühle und den Stress zu bewältigen. So können Entscheidungen getroffen werden, die nicht durch Stress und negative Gefühle beeinflusst werden.

Bis heute erleben Kinder psychisch erkrankter Eltern die Situation so, dass die starken Eltern mehr oder wenig plötzlich zusammenbrechen oder dass die Eltern schon immer anders lebten als die Eltern im Freundeskreis. Es ist nichts mehr so wie es war. Kinder haben Angst um die Eltern und geben sich oftmals auch die Schuld für die desolaten Familienverhältnisse. Es ist allerdings auch möglich, dass sie sich

für nichts mehr verantwortlich fühlen. Sie weisen dann jede Verantwortung zurück und »klinken« sich aus. In beiden Fälle kann nur noch begrenzt von Prävention, von Vorbeugung und Verhinderung gesprochen werden.

Solche Familiensituationen erfordern ein vielseitiges und vielfältiges Netz von Hilfen, Unterstützung und Begleitung. Dann ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Situationen gefordert, je nach Alter der Kinder. Es können Krippe, Kindergarten und Schule sein, die mit der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten müssen, damit Kinder nicht aus ihrem Umfeld herausgerissen werden und nicht in alle möglichen Betreuungseinrichtungen verortet werden. Kinder benötigen eine Hülle, die Schutz und Sicherheit bietet. Schutz vor den Eindrücken, die sie zur Genüge kennen durch die Eltern mit den verschiedensten Diagnosen und Ausprägungen. Die Lebenssituationen der Eltern sind ja sehr unterschiedlich. Es gibt alleinerziehende Elternteile, die durch das Alleinerziehen schon stärker belastet sind als Eltern, die in einer Partnerschaft leben. Obwohl in den Partnerschaften das Zusammenleben nicht immer unbelastet ist und unproblematisch ist. In guten Partnerschaften ist aber noch ein Erwachsener da, an dem sich Kinder in Gesprächen entlasten können und die zu Gesprächen zwischen den Erwachsenen führen. Ich weiß, dass das absolut nicht immer der Fall ist, aber es ist möglich. Deshalb ist es für betroffene Eltern auch präventiv, wenn sie sich in Selbsthilfegruppen organisieren.

In Selbsthilfegruppen können sie sich austauschen, sich gegenseitig unterstützen und Hilfestellung geben. Dort treffen sich Menschen, die gleiche oder ähnliche Lebenssituationen aus eigener Erfahrung kennen. Da wird so mancher Entlastungstipp ausgetauscht und oftmals auch spontan geholfen, wo eigentlich das Jugendamt zuständig wäre, oftmals aber nicht bereit ist, den Wünschen des Hilfeersuchen stattzugeben. Oft sind die Ämter auch nicht in der Lage, Hilfen für die Kinder in ausreichender Form und Umfang zu organisieren. Manchmal sind sie auch zu träge und/oder ihnen fehlen die finanziellen Kapazitäten.

Kinder, die nicht in amtlich angeordneten Pflegefamilien untergebracht sind, haben keinen Anspruch auf 24-Stunden währende abrufbare Hilfe und Kinderbetreuung. In der Selbsthilfe übernimmt oftmals ein anderes Mitglied die Aufgaben der Betreuung, unentgeltlich auf eigene Kosten.

In einer meiner Gruppen hatte eine alleinerziehende Mutter die Möglichkeit, eine Teilzeitbeschäftigung zu bekommen. Doch musste sie zuvor ein vierwöchiges Assessment durchlaufen. Einen Kindergartenplatz hatte sie allerdings nur für einen halben Tag, weder die ARGE noch das Arbeitsamt waren in der Lage, für diese vier Wochen finanziell die Betreuung zu unterstützen, geschweige denn einen Ganztagsplatz im Kindergarten zu organisieren. Als die Mutter davon in der Gruppe berichtete, sagte eine andere spontan zu, das Kind nachmittags zu betreuen. Nach den vier Wochen hatte die Mutter dann einen Teilzeitjob und war aus den Bezügen der ARGE, dem ALG II, heraus. Sie konnte für sich selbst arbeiten und fiel dem Steuertopf nicht mehr zur Last, sondern sie zahlte wieder etwas ein.

Wenn Eltern in Krisensituationen vor der Frage stehen, wo sie ihre Kinder lassen können, wenn es ihnen schlecht geht, wenn sie in eine Klinik oder eine Tagesklinik

müssen, sind sie oft allein gelassen. Sie fühlen sich verraten und verkauft. Besonders verkauft fühlen sich Eltern, die nicht in Bezug von Eingliederungshilfe fallen, die nicht mal vermögend, sondern nur in relativ gut situierten Verhältnissen leben. Sie zahlen nämlich alles aus eigenen Mitteln. Das führt oftmals zur Verschlimmerung der gesamten Situation. Das Damoklesschwert der Kinderentziehung und des Sorgerechtsverlust schwebt über ihnen.

Da ist es gleich, ob es sich um Partnerschaften oder Ein-Elternfamilien handelt. Das Problem der Kinderbetreuung in Krisensituation bleibt bestehen. In welcher Beziehung mit einer seelischen Belastungssituation sind alle Beteiligten so fit, dass sie keinerlei begleitenden Hilfen benötigen? Mir ist keine Familie bekannt, in der es keinen Hilfebedarf gibt.

Das Jugendamt fühlt sich nicht zuständig, wenn es um die Unterstützung der Eltern geht und die Kinder noch nicht stark auffällig geworden sind. Die Eingliederungshilfe ist nicht für alle Eltern zuständig, besonders dann nicht, wenn sie noch Eigenmittel haben, sei es ein Einkommen oder eine Lebensversicherung. Dann haben Eltern keinen Anspruch auf staatliche Hilfe. Im schlimmsten Fall kommt es dann zu der Unterbringung in einer Pflegefamilie. Nicht unbedingt in einer Pflegefamilie, die Verständnis für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen hat. Es gibt das Modell der Patenfamilien in wenigen Regionen der Republik. In unserem Landkreis sitzen seit sieben Jahren Frauen aus psychosozialen Einrichtungen und dem Krankenhaus zusammen, um ein Konzept für solche Patenfamilien zu erarbeiten. Man darf die Konzepte anderer Initiativen nicht übernehmen, man muss es neu schreiben. Ich weiß nicht, was ich davon halten soll – jedenfalls nichts Gutes und Hilfreiches. Da ist so manche mögliche Patenschaft schon den Bach runtergegangen. Ich kenne Eltern (Mütter), die dann in ein Mutter-Kind-Heim ziehen, weil sie sich dort umfassendere Hilfe erhoffen. Was das alles kostet, da werden die Heimunterbringung und parallel dazu auch noch die Wohnung gezahlt. Oftmals im Falle einer vorherigen Trennung, dann auch noch die Wohnung für den zurückbleibenden Partner. Viele weitere Kosten folgen für die mögliche Nachhilfe und Therapien. Das sind oft unterschiedliche Sozialgesetzbücher, aber letztendlich sind es dann Kosten, die aus Steuergeldern finanziert werden müssen und das bei immer mehr gesundheitlich so stark belasteten Arbeitnehmern, die dann nicht mehr voller Beschäftigung nachgehen können.

Es ist sehr wichtig, in den Hilfeplangesprächen und Hilfeplankonferenzen die Vernetzung aller beteiligten Ämter und Kostenträger herzustellen. Es ist unmöglich, Hilfebedarfe ohne Rücksicht auf die gesamte Lebenssituation zu beschreiben und Hilfen zu gestalten. Die Ganzheitlichkeit wird häufig außer Acht gelassen und die Gesamtheit in der Planung nicht berücksichtigt. Das ist absolutes Schubladendenken. Ich könnte auch sagen, da werden Trennungen ausgeführt, die gar nicht angedacht waren. Da werden Kosten verursacht, die so nicht geplant und sinnvoll sind. Da wird aus lauter guter Absicht, aber durch Unachtsamkeit oder auch Unverständnis eine Kinderseele beschädigt oder gar zerstört.

Warum gibt es keine national, kommunal und landesweit geförderten Präventionsprogramme? Bei Sucht- und Suizidprävention fragt niemand mehr. Da gibt es solche

Programme schon längst. Ich halte staatlich geförderte Präventionsprogramme für sehr sinnvoll. Dagegen finde ich durch die Pharmaindustrie gesponserte Prävention wenig hilfreich. Die Intention ist gravierend anders. Die Medikalisierung der Prävention ist wenig sinnvoll, besonders bei seelischen Beeinträchtigungen. Staatliche Prävention würde sich rentieren, besonders wenn der Artikel 8 der Behindertenrechtskonvention umgesetzt würde. Menschen mit seelischen Erkrankungen können auch behindert werden und gehören somit zu den Adressaten der Konvention.

Prävention und Bewusstseinsbildung sind in diesem Fall eng miteinander verknüpft. Wenn Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten nicht mehr mit Misstrauen und Vorurteilen begegnet würde, wären auch die Ängste vor solchen möglichen Erkrankungen nicht mehr so groß. Weder in der Nachbarschaft noch bei sich selbst würde die Stigmatisierung so groß sein. Die Kinder würden sich nicht fürchten, ebensolche Schwierigkeiten zu entwickeln und dadurch selbstsicherer und mit einem guten Selbstwertgefühl aufwachsen. Schon in Kinderkrippen sollte allgemeine Bewusstseinsbildung betrieben werden. Kinder aus Familien mit psychosozialen Auffälligkeiten haben häufiger das Schicksal mit Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen leben zu müssen. So schließt sich dann wieder der Kreis – aus Kindern werden Erwachsene und die bekommen dann wieder Kinder und so geht es weiter. Da werden dann Hilfen für Jugendliche aus der Jugendhilfe und später wieder für Ältere, aus der Altenhilfe geleistet.

Doch wo bleiben die Hilfeprogramme für die Erwachsenen, mit oder ohne Kinder? Es kann nicht ausreichen, dass privat- und ehrenamtlich organisierte Präventionsprogramme die einzigen sind, die Schule machen und aufklären. Wenn wir alle die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention ernst nehmen, ist die Prävention für Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten und Behinderungen gesichert. Dann werden die Verantwortungen nicht mehr zwischen den Ämtern hin- und hergeschoben werden können.

Dann treten diese betroffenen Eltern endlich selbstbewusst auf und geben dadurch den Kindern eine enttabuisierte und entstigmatisierte Kindheit. Dann ist eine freiere und gesündere Entwicklung für Kinder von Eltern mit seelischen Schwierigkeiten möglich.

VII Die Weichen werden früh gestellt – Chancen und Problematik früher Hilfen

Einleitung

Jörg Michael Fegert

Der Titel dieser Tagung »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!« macht uns auf den Schutz- und Förderbedarf dieser Gruppe aufmerksam, die nur bedingt für sich selbst sprechen kann. In diesem Symposium haben wir uns mit der Unterstützung einer gelingenden frühen Entwicklung, mit den ersten Lebensjahren eines Kindes, beschäftigt.

Obwohl gerade dieses Lebensalter durch die nun in vielen Bundesländern mehr oder weniger verbindlichen U-Untersuchungen medizinisch relativ gut in den Blick genommen wurde, kommt es immer wieder zu Situationen, in denen Kinder nur mangelhaft geschützt sind. Dem treten Institutionen, Projekte und Anlaufstellen mit Frühen Hilfen entgegen, dabei ist es das Ziel, durch primäre Hilfen und Unterstützung zu vermeiden, dass restriktive Reaktionen nötig werden. Trotz des großen Engagements gibt es in diesem Bereich noch Potenzial für mehr Vernetzung und niedrigschwellige Angebote.

Mit Mechthild Paul ist es uns gelungen, die Leiterin des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen für einen Vortrag zu gewinnen. Diese Einrichtung unterstützt Prävention und frühen Kinderschutz durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe, u. a. durch die Evaluation von Studien zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Risikogruppen. Sie gibt einen Überblick über Frühe Hilfen in Deutschland.

Dieter Fischer vertritt eine der Anlaufstellen in Baden-Württemberg, die in das Bund-Länder-Modellprojekt »Guter Start ins Kinderleben« eingebunden ist, sowie den Bereich Jugend und Familie des Landratsamts Ostalbkreis. Er hat von der Umsetzung des Modellprojekts zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen in seinem Landkreis und den Erfahrungen »an der Front« berichtet.

Prof. Dr. Ute Ziegenhain leitet eine Sektion an der Schnittstelle zur Jugendhilfe und zur frühen Entwicklung an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm, die sie dort auch aufgebaut hat. Frau Ziegenhain leitet das Projekt »Guter Start ins Kinderleben«, das passgenaue und lückenlose Angebote durch Optimierung und gegebenenfalls Ergänzung bestehender Angebotsstrukturen bereitstellt, interdisziplinäre Kooperationsformen entwickelt und erprobt, Vernetzungsstrukturen aufbaut und Weiterbildungskurse und Workshops anbietet. Sie ist im dritten Vortrag des Symposiums auf präventive und interdisziplinäre Ansätze Früher Hilfen eingegangen.[1]

1 Die Vorträge von Dieter Fischer und Prof. Dr. Ute Ziegenhain sind nicht in diesem Tagungsband abgedruckt (s. Präsentationen auf der Internetseite der APK http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=11)

Frühe Hilfen: Ein Überblick

Mechthild Paul

Einleitung

Kinder brauchen wirksamen Schutz vor Vernachlässigung und Misshandlung. Deshalb wurde von den regierungsbildenden Parteien auf Bundesebene im Jahr 2005 eine Initiative zur nachhaltigen Verbesserung des Kinderschutzes gestartet – auch mit dem Ziel, das Wohl von Kindern stärker in den Fokus der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken. Im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 zwischen CDU, CSU und SPD hieß es dazu: »Kinder mit sozialen und gesundheitlichen Risiken brauchen Förderung von Anfang an. Dazu müssen Hilfen für sozial benachteiligte und betroffene Familien früher, verlässlicher und vernetzter in der Lebenswelt bzw. dem Stadtteil verankert werden.«[1]

Besonders der Schutz von Kindern aus belasteten Familien sollte durch Prävention verbessert werden, indem die Erziehungskompetenz der Eltern möglichst frühzeitig gestärkt wird. Dies sollte u. a. durch eine intensivere Verzahnung gesundheitsbezogener Leistungen und Jugendhilfeleistungen geschehen. 2006 wurde daraufhin vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme«[2] auf den Weg gebracht. Länder und Kommunen initiieren gleichzeitig eigene Programme und Maßnahmen zu Frühen Hilfen und diverse Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) unterstrichen ebenfalls die Notwendigkeit einer Stärkung des Kinderschutzes durch den Aufbau präventiver gesundheitsbezogener und psychosozialer Hilfen sowie den Bedarf nach einer stärkeren systematischen Vernetzung und Zusammenarbeit der beiden Systeme.[3]

Auch im aktuellen Koalitionsvertrag der regierungsbildenden Parteien (2009) wird neben der Schaffung eines Kinderschutzgesetzes auf die Fortführung der Strategie gesetzt, die Prävention v. a. durch niedrigschwellige Angebote (wie z. B. durch Elternbildung, Familienhebammen, Kinderschwestern) im Kinderschutz zu stärken und dabei die Schnittstelle zum Gesundheitssystem für den Zugang zu belasteten Familien zu nutzen. Frühe Hilfen wurden auf diese Weise und durch die hohe gesellschafts- und sozialpolitische Aufmerksamkeit als neuer Hilfetypus auf den Weg gebracht. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat den

1 Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005. abrufbar unter:www.cdu.de/doc/pdf/05_11_11_Koalitionsvertrag.pdf, 98

2 Vgl. www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119200.html

3 Vgl. GMK-Beschluss vom 29./30.06.2006; JMK-Beschluss vom 12./13.05.2005; JMK-Beschluss vom 24.11.2006; JFMK-Beschluss vom 31.5./01.06.2007

Auftrag erhalten, durch eine möglichst wirksame Vernetzung von in erster Linie Hilfen des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch weiterer relevanter Akteure, Säuglinge und Kleinkinder früher und besser vor Gefährdungen zu schützen und die Frühen Hilfen in Deutschland systematisch und wissensbasiert auszubauen.[4]

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen

Im März 2007 wurde im Rahmen des vorgenannten Aktionsprogramms das NZFH eingerichtet. Sein Ziel ist es, die vielfältigen Aktivitäten zu Frühen Hilfen in den Ländern und Kommunen zu bündeln und den wechselseitigen Austausch sicherzustellen. Durch die Generierung von Wissen und dessen Transfer in die Praxis und die Öffentlichkeit soll das NZFH dazu beitragen, den wissenschaftlichen Diskurs zu Frühen Hilfen anzuregen, Frühe Hilfen systematisch in der Fachpraxis zu verankern und sie als wirksames, präventives sowie dauerhaftes Unterstützungsangebot für (werdende) Eltern und ihre Kinder nachhaltig zu etablieren. Hierbei steht besonders die Weiterentwicklung und Vernetzung der vorhandenen Angebote des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe im Vordergrund. In der Organisationsform der doppelten Trägerschaft des NZFH durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) wird bereits die Zielrichtung deutlich, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Systeme – allen voran das Gesundheitssystem und die Jugendhilfe – die verschiedenen Angebote für Familien effektiver und aufeinander bezogener zu gestalten.



Abb. 1: Struktur und Aufgaben des NZFH

4 Koalitionsvertrag: 2009: www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/Koalitionsvertrag/koalitionsvertrag.html

Auf Grundlage eines gemeinsamen Beschlusses der Konferenz der Regierungschefs der Länder und der Bundeskanzlerin (MPK)[5] wurde zudem neben dem Ziel, die Frühen Hilfen bundesweit voranzubringen, im April 2009 durch das NZFH der Projektbereich »Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen« auf den Weg gebracht. Ziel ist der Aufbau einer »Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch« (MPK-Beschluss 2008, 3). Diese Plattform soll den Aufbau einer offenen und reflexiven Fehlerkultur im Kinderschutz unterstützen und es gleichzeitig ermöglichen, aus problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen für die Prävention und die Qualitätsentwicklung im Gesamtsystem der Hilfen und des Kinderschutzes zu lernen.[6]
Die Aufgaben des NZFH im Überblick:

- Forschung: Forschungslücken identifizieren, Wissen generieren und für die Praxis nutzbar machen
- Transfer: gute Praxis unterstützen, weiterentwickeln und übertragen
- Qualifizierung: Kompetenzen stärken und interdisziplinäres Lernen ermöglichen
- Kommunikation: Öffentlichkeit herstellen und für Frühe Hilfen werben
- Kooperation: Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Fachpraxis in Gremien

Frühe Hilfen: frühzeitige, rechtzeitige, niedrigschwellige und vernetzte Hilfen

Bei der Ausgestaltung des Aktionsprogramms stand zunächst die Frage im Mittelpunkt, wie Frühe Hilfen zu verstehen sind. Um sie besser verorten und qualitätsgesichert entwickeln zu können, war daher eine Begriffsbestimmung als gemeinsame Orientierungshilfe für die Wissenschaft und Fachpraxis notwendig. Zusammen mit dem Wissenschaftlichen Beirat und mit Unterstützung des Fachbeirates des NZFH wurde folgende Begriffsbestimmung[7] erarbeitet:

> Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

5 Ergebnisprotokoll der Konferenz der Regierungschefs der Länder am 12. Juni 2008 in Berlin.
6 Die folgenden Ausführungen werden sich aber auf die Frühen Hilfen konzentrieren.
7 Vgl. www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/. Die Begriffsbestimmung wurde auf der 4. Sitzung vom Wissenschaftlichen Beirat des NZFH verabschiedet. Sie wurde von ihm gemeinsam mit dem NZFH erarbeitet und mit dem Fachbeirat des NZFH besprochen. Die Begriffsbestimmung spiegelt den derzeitigen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen wider (September 2009).

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen.
Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.
Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Frühe Hilfen: frühzeitig und rechtzeitig

Gemäß dieser Begriffsbestimmung umfassen die Frühen Hilfen sowohl *primärpräventive* Hilfen, die für alle Familien gedacht sind, als auch *sekundärpräventive* Hilfen, die insbesondere für belastete Familien infrage kommen. Frühe Hilfen sind daher im Vorfeld von Hilfen im Kontext von Kindeswohlgefährdung angesiedelt. Dennoch ist es wichtig, dass die Frühe-Hilfen-Anbieter die Schwellen zur Kindeswohlgefährdung erkennen und notwendige Schritte zum Kindeswohl einleiten können, auch wenn sie diese nicht selbst erbringen. Diese Auffassung wird auch von der Fachpraxis geteilt. So stimmten die Mehrzahl der Gesundheits- und Jugendämter in der vom NZFH durchgeführten bundesweiten Bestandsaufnahme kommunaler Praxis Früher Hilfen in Deutschland (NZFH 2010) zu, dass es sich bei Frühen Hilfen um primärpräventive Hilfen – beginnend in der Schwangerschaft – für Familien mit Kindern bis drei Jahren handelt sowie um sekundärpräventive Hilfen für Familien in Problemlagen. Dass Frühe Hilfen ein Instrument des intervenierenden Kinderschutzes sind, fand auch bei den Ämtern weniger Zustimmung.

Kennzeichnend für die Frühen Hilfen ist zudem, dass mit »früh« ein biografisch *frühzeitiger* Zeitpunkt gemeint ist. Je eher Hilfen angeboten werden können, desto eher kann sich eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung aufbauen und die Kompetenzen der Eltern in Richtung einer guten und verlässlichen Versorgung ihrer Kinder entwickeln. Denn Versorgungsmängel werden in der frühen Altersphase der Kinder nicht so schnell offensichtlich, da sie sich hauptsächlich in der Obhut ihrer Eltern und nicht in anderen Betreuungseinrichtungen befinden. Frühzeitig heißt also hier, möglichst

schon in der Schwangerschaft mit den Unterstützungsleistungen zu beginnen. Diese Konzentration der Frühen Hilfen auf die Zielgruppe der Säuglings- und Kleinkinder (bis ca. drei Jahre) erklärt sich auch aus den aktuellen Fällen von Kindesvernachlässigung und -missbrauch (Münder et al. 2000). Deren Auswirkungen auf den Entwicklungs- und Gesundheitszustand von Kindern sind erheblich, umso früher sie von den Kindern erlebt werden. Entwicklungsstörungen, mangelnde Bindungs- und Beziehungsfähigkeit sowie erhöhtes Risikoverhalten sind häufig die Folgen. In diesem Alter sind die Kinder durch eine besondere Schutzlosigkeit und daher Vulnerabilität gekennzeichnet. Deshalb sind sie in besonderer Weise auf die zuverlässige Versorgung und die Fürsorge ihrer Eltern bzw. anderer Pflegepersonen angewiesen.

»Früh« bedeutet aber ebenso auch *»rechtzeitig«*, das heißt, bevor sich eine Krise manifestiert und präventiv abgewendet werden kann. Diese Auslegung impliziert aber, dass Belastungskonstellationen auch rechtzeitig erkannt werden, um frühzeitig auf sie reagieren und Hilfen anbieten zu können.

Frühe Hilfen: vernetzt und niedrigschwellig

Wie die Begriffsbestimmung bereits nahe legt, finden die Frühen Hilfen immer in einem vernetzten System unterschiedlicher Anbieter statt. In Deutschland gibt es bereits ein weitverzweigtes ausdifferenziertes Angebot von Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Familien, aber »einzelne Modelle für sich alleine können keine gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten gewährleisten. Dies gelingt nur in einem umfassenden und differenzierten Netzwerk Früher Hilfen (Helmig et al. 2006). Nur stehen diese Hilfen häufig unverbunden nebeneinander und bauen nur selten aufeinander auf. Insbesondere die Angebote des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sind oftmals nicht miteinander vernetzt und systematisch aufeinander bezogen. Dabei bieten sich gerade hier viele Möglichkeiten synergetischen Handelns, um Kindesvernachlässigung und -misshandlung möglichst frühzeitig, also bevor es überhaupt dazu kommt, wirksam zu begegnen.

Das Gesundheitssystem verfügt durch seine breite Angebotspalette[8] über vielfältige Zugangswege insbesondere auch zu belasteten Familien. Seine Unterstützungsangebote werden von vielen Eltern – ganz im Gegensatz zur Jugendhilfe – als nicht stigmatisierend erlebt und daher eher akzeptiert – gerade auch bei jungen Eltern in der Zeit rund um die Geburt. Hierdurch wird ein frühzeitiger Zugang zu den Familien mit hohem Hilfebedarf ermöglicht. Die Akteure des Gesundheitswesens können dazu beitragen, gesundheitliche Risiken, Entwicklungsverzögerungen von Kindern und auch Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion frühzeitig zu erkennen, auf Hilfe- und Unterstützungsangebote hinzuweisen und Eltern zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu motivieren. Aber auch andere Akteure, wie z. B. die Schwangerschaftsberatungsstellen, können schon sehr früh Kontakt zu Schwangeren in besonders belasteten Lebenssituationen herstellen.

8 Dies sind z. B. Gynäkologie, Hebammenhilfe, Geburtskliniken, Kinderkliniken, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Pädiater.

Die Jugendhilfe hingegen verfügt über vielfältige familienunterstützende, sozialpädagogische und psychosoziale Angebote, um gerade besonders belasteten Eltern passgenaue Hilfen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation und zu einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern anzubieten. Eine stärkere Verschränkung dieser beiden Bereiche sollte daher das Ziel sein.

Insbesondere Eltern, die nicht über die Zugangswege zu den Hilfeangeboten informiert sind und die auch nicht über die Ressourcen zur eigenen Hilfesuche verfügen, sollte der Weg zu den vielfältigen bestehenden Angeboten geebnet werden.

Bei der *Vernetzung* kommt es aber darauf an, sichere Übergänge von einem System in das andere zu gewährleisten.

Förderlich ist außerdem der Ausbau von leicht zugänglichen *niedrigschwelligen* Angeboten (z. B. Elternbildung, Familienhebammen, Kinderschwestern, Müttercafés, aufsuchende Familienhilfe etc.). Wichtig ist außerdem, belasteten und schwer erreichbaren Familien den Zugang zu erleichtern.

Fazit: Frühe Hilfen sind nur als komplexe Systeme beschreibbar, die durch die Koordination von unterschiedlichen Hilfen vielfältiger Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen vor Ort aktiv initiiert und nachhaltig implementiert werden müssen (Sann 2010).

Modellprojekte Früher Hilfen

In allen Ländern wurden zur Erprobung unterschiedlicher Ansätze Früher Hilfen Modellprojekte auf den Weg gebracht. Die Förderung ihrer wissenschaftlichen Begleitung wurde vom NFZH übernommen. Das Aktionsprogramm »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme« formuliert dabei sieben Qualitätsanforderungen an Frühe Hilfen. Diese stellen Strategien dar, um Familien in Belastungslagen bei der Bewältigung ihrer Alltags- und Erziehungsanforderungen sinnvoll zu unterstützen. Sie sind handlungsleitend für die im Rahmen des Aktionsprogramms initiierten Projekte und Maßnahmen.

Die sieben Qualitätsanforderungen im Überblick:

1. Systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe finden
2. Belastungen und Risiken frühzeitig erkennen
3. Familien zur Annahme von Hilfen motivieren
4. Passgenaue Hilfen entwickeln
5. Kontinuierliches Monitoring
6. Implementierung ins Regelsystem
7. Vernetzung und verbindliche Kooperation von Akteuren

Die Forschungsfragestellungen der Modellprojekte umfassten u. a.:

- die Evaluation geeigneter Zugänge zu schwer erreichbaren Familien mit schwierigen Problemkonstellationen,
- den Einsatz von niedrigschwelligen aufsuchenden Angeboten wie z. B. der Einsatz von Familienhebammen,

- die wissenschaftliche Erprobung von speziellen hochdosierten Angeboten zur Entwicklung der elterlichen Feinfühligkeit und einer gelingenden Eltern-Kind-Bindung (STEEP und entwicklungspsychologische Beratung),
- Bedingungsfaktoren gelingender Netzwerkarbeit bis hin zur Evaluation und von Angeboten für Zielgruppen mit spezifischen Problemlagen wie psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen.

Obwohl die Begleitforschung vieler Projekte noch nicht gänzlich abgeschlossen ist, können dennoch erste Ergebnisse zu zentralen Fragestellungen im Kontext Früher Hilfen berichtet werden. Darüber hinaus hat das NZFH eine projektübergreifende Auswertung der Ergebnisse entlang der Qualitätsdimensionen vorgenommen (Renner et al. 2010, Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH] 2010/2). Die Datengrundlage dieser Auswertung bezieht sich auf 1 829 Familien.



Abbildung 2

Ergebnisse der Modellprojekte im Überblick

Zugang zur Zielgruppe finden

Den Zugang zur Zielgruppe der Frühen Hilfen ermöglichten als Kooperationspartner der NZFH-Modellprojekte insbesondere die Jugendämter, gefolgt von den niedergelassenen Ärzten, das Personal in Geburtskliniken, Hebammen und Beraterinnen aus Schwangerschaftsberatungsstellen. Generell zeigt sich, dass die Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft am schwierigsten zustande kam. Die Gründe hierfür liegen allerdings nicht in einem mangelnden Engagement der Ärzte, sondern an den fehlenden strukturellen Voraussetzungen, um kooperieren zu können. Für die Kooperation mit den Angeboten der Jugendhilfe fehlen sowohl Zeit- als auch finanzielle Ressourcen. Die umfassenden Beratungsgespräche mit betroffenen Eltern werden einerseits nicht ausreichend vergütet, andererseits fehlt ein finanzieller Ausgleich für die Netzwerkarbeit. Die Kooperation mit Geburtskliniken funktioniert unter der Voraussetzung gut, dass sie vertraglich geregelt ist. Bis diese oftmals qualitativ hochwertigen verbindlichen Kooperationen stehen, erfordert es einen hohen zeitlichen Aufwand. Mit dem Jugendamt, den Hebammen und den Schwangerschaftsberaterinnen ist die Kooperationsqualität und auch der Zugang zu den Familien sehr gut.

Belastungen und Risiken frühzeitig erkennen

Von den meisten Modellprojekten wurden Instrumente zur Belastungseinschätzung eingesetzt. Generell wird der Einsatz dieser Instrumente befürwortet, da durch sie eine objektivierte Entscheidungsgrundlage erreicht werden kann. Skepsis hingegen besteht gegenüber der Diagnosequalität der bislang eingesetzten Instrumente. Bei 60 % der Familien wurde der Hilfebedarf richtig eingeschätzt, hingegen bei jeweils 20 % über- oder unterschätzt.

Familien zur aktiven Teilnahme motivieren

Es zeigte sich projektübergreifend, dass Familien zur Hilfeannahme motiviert werden konnten, wenn ihnen die Hilfen niedrigschwellig und nicht-stigmatisierend angeboten werden. Förderlich war es, wenn die Annahme der Angebote freiwillig erfolgte, die Hilfen frühzeitig und zeitnah angeboten wurden und vor allem kostenlos waren. Besonders positiv gestaltete sich die Bereitschaft, wenn die Hilfen durch Netzwerkpartner, zu denen die Familien bereits Vertrauen aufgebaut haben, vermittelt wurden. Informations- und Werbematerial hatten allenfalls eine flankierende, aber keine zentrale Wirkung. Insgesamt konnten Dreiviertel der Eltern zur Annahme der Hilfe motiviert werden, ein Viertel der Eltern mit Hilfebedarf konnten in den Modellprojekten nicht erreicht werden.

Hilfen an den Bedarfen anpassen

Zur spezifischen und fortlaufenden prozessbegleitenden Hilfeanpassung haben sich in den Projekten diagnostische Instrumente bewährt. Diese bezogen sich zum größten Teil auf die Feststellung mütterlicher Kompetenzen und die Überprüfung der Interventionsziele bei den Kindern. Förderliche Faktoren waren darüber hinaus, eine partizipative Hilfegestaltung, bei welcher die Wünsche der Familien mit einbezogen wurden und eine flexible Rahmengestaltung hinsichtlich Ort und Häufigkeit der Besuche. Auf Helferinnenebene wurde die Wichtigkeit von Reflexionsmöglichkeiten durch kollegialen Austausch über das Fallgeschehen oder Fallsupervisionen deutlich. Nur so können »blinde« Flecken in der konkreten Fallarbeit erkannt und diesen begegnet werden.

Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung

Damit belastete Familien nicht zwischen den Systemen verloren gehen, ist es wichtig, sichere Übergänge zu schaffen. Dazu gehört, dass die Kontaktübergänge von einem in das andere Angebot durch die Hilfeanbieter persönlich geschehen. Eine Überweisung, wie sie beispielsweise im Medizinsystem üblich ist, reicht nicht aus. Ein gutes Fallmonitoring bedarf auch Ressourcen hinsichtlich der Koordination von unterschiedlichen Hilfen.

Verankerung im Regelsystem

Um langfristig wirken zu können, müssen die Frühen Hilfen den Status von Modellprojekten verlassen und im Regelsystem verankert werden. Einigen Projekten ist es gelungen, in der Projektphase erfolgreiche Teilelemente ihres Projekts durch eine Regelfinanzierung abzusichern (z. B. Finanzierung der Familienhebammen). Allerdings zeigt sich auch, dass es bislang für alle Projekte schwer war, feste Finanzierungszusagen als Regelleistungen zu erhalten.

Vernetzung und verbindliche Kooperation von Akteuren (Ziegenhain 2010)

Systemübergreifende Vernetzung unterschiedlicher Hilfeangebote ist wie bereits dargestellt ein Kernstück für das Gelingen der Frühen Hilfen. Daher werden die Bedingungen für eine gelingende Vernetzung an dieser Stelle ausführlicher dargestellt:

- *Kommunale Rahmenbedingungen*
  Viele Initiativen zu den Frühen Hilfen wurden von der Praxis hervorgerbracht, denn hier wird am deutlichsten, woran es mangelt, um den Familien mit einem erhöhten Hilfebedarf adäquate Hilfen anbieten zu können. Um aber dauerhaft abgesichert und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet zu sein, sollten die Frühen Hilfen als Top-down-Prozess in einer Kommune installiert wird. Nur dann ist eine umfassende Implementierung gewährleistet und die Frühen Hilfen können auf Dauer angelegt werden.

- *Strukturelle Verankerung*
  Gelingende Netzwerkarbeit bedarf klarer Verantwortungsstrukturen und idealerweise einer Koordinierungsstelle.
- *Ressourcen*
  Netzwerke Früher Hilfen bedürfen Zeit und Geduld und müssen auf Kontinuität angelegt sein. Durch regelmäßige Kontakte zwischen den Netzwerkpartnern entsteht ein gegenseitiges Verstehen der jeweils anderen System- und Professionslogiken. Dafür müssen ausreichende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden – sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Jugendhilfesystem. In einem Netzwerk Früher Hilfen müssen für die verschiedenen Bedarfe der Familien unterschiedliche Angebote von unspezifischen (für alle Familien) und spezifischen Hilfen (für Familien mit spezifischen Problemlagen) vorgehalten werden. Ziel sollte hier die Vermittlung von passgenauen Hilfen sein. Zu dieser Passgenauigkeit gehört zudem, dass in einem Netzwerk unterschiedliche Kompetenzen gebündelt werden, daher sollten sie interdisziplinär und interprofessionell angelegt sein.
- *Konzeptionelle und kooperative Zusammenarbeit*
  Netzwerke Früher Hilfen brauchen eine aktive und kooperative Zusammenarbeit mit transparenten und nachvollziehbaren Handlungs- und Entscheidungsprozessen. Solide Grundlage für die Netzwerkarbeit sind gemeinsam erarbeitete, verbindliche Kooperationsvereinbarungen und ein gemeinsames Konzept mit fest vereinbarten Zielen. Dies führt nach Aussage der Gesundheits- und Jugendämter vor allem zu einer besseren Vernetzung auf der Ebene der betroffenen Familien. (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH] 2010/1). In diesen Vereinbarungen findet darüber hinaus eine Verständigung über das gemeinsame Fallverstehen statt und ein Bewertungsrahmen für Fälle wird vereinbart.
  Grundvoraussetzung einer verbindlichen Zusammenarbeit ist aber jenseits von Trägerinteressen die grundsätzliche Bereitschaft und der Wille zur Kooperation, die von einer inneren Haltung der gegenseitigen Wertschätzung und des Respekts getragen ist.
- *Qualitätssicherung*
  Netzwerkarbeit ist nicht statisch, sondern ein dynamischer Prozess, der sich immer wieder neuen Gegebenheiten anpassen sollte. Eine begleitende Evaluation der Netzwerkarbeit ist wichtig für die Weiterentwicklung und Reflexion der Arbeit und dient somit der Qualitätssicherung. Gemeinsame träger- und professionsübergreifende Fortbildungen fördern die gemeinsame professionelle Weiterentwicklung und vor allem auch das gegenseitige Verstehen des professionellen Selbstverständnisses der Netzwerkpartner. Kooperation findet auf Augenhöhe statt.

Perspektiven und zukünftige Herausforderungen

In der Laufzeit des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« von 2006 bis 2010 ist in der Zusammenarbeit mit den Ländern, den Kommunen und den freien Trägern viel auf den Weg gebracht wor-

den und Frühe Hilfen konnten in vielen Kommunen installiert werden. So geben 96 % der Jugendämter und fast 79 % der Gesundheitsämter an, in ihren Kommunen aktiv im Bereich Frühe Hilfen zu sein und 73 % der Jugendämter und fast 59 % der Gesundheitsämter sagen, dass in ihren Kommunen ein Netzwerk Früher Hilfen existiert. Des Weiteren bestätigen sie, dass Frühe Hilfen Wirkung zeigen hinsichtlich der Verbesserung der Früherkennung von Problemlagen in Familien (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH] 2010/1). Aber es sind noch viele Aufgaben zu bewältigen, um Frühe Hilfen dauerhaft etablieren und verstetigen zu können. Auch muss ihr Profil noch geschärft und Wissenslücken müssen geschlossen werden. Nachfolgend werden deshalb einige ausgewählte Herausforderungen an die zukünftige Weiterentwicklung der Frühen Hilfen skizziert:

Strukturentwicklung

Zur dauerhaften Verstetigung brauchen die Frühen Hilfen eine gesetzliche Verortung. Der derzeitige Referentenentwurf des Bundeskinderschutzgesetzes sieht für die Frühen Hilfen eine Verankerung im § 16 Sozialgesetzbuch (SGB) VIII vor. Hier bleibt abzuwarten, ob die Soll-Bestimmung ausreichend ist, um die Frühen Hilfen dauerhaft im Regelsystem abzusichern. Damit verbunden ist eine regelhafte Finanzierung, v. a. auch der Netzwerkaktivitäten. Diese kann nicht nebenher geleistet werden kann, wenn sie erfolgreich sein will. Auch für die koordinierende Arbeit sind sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen notwendig. Bei vertiefter Analyse bisheriger Aktivitäten kann man feststellen, dass die Vernetzung bislang eher systemimmanent und noch nicht systemübergreifend stattfindet. Die sich über Jahrzehnte entwickelte Versäulung der Systeme braucht Zeit und Geduld, um neue systemübergreifende Strukturen herauszubilden. Insbesondere die Schaffung struktureller Voraussetzungen für die Mitarbeit der niedergelassenen Ärzteschaft wird höchste Priorität haben, da deren Zugänge zu belasteten Familien nicht ungenutzt bleiben dürfen. Hier kann der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) für die Ärzteschaft eine wichtige Scharnier- und Koordinationsfunktion zu Frühe-Hilfen-Netzwerken übernehmen.

Ebenfalls müssen Fragen des Datenschutzes eindeutig geklärt werden, damit Ärzte bei der Kooperation mit der Jugendhilfe möglicherweise ihre Schweigepflicht als Berufsgeheimnisträger nach § 203 StGB nicht verletzen. Hierauf wurde bereits mit dem Entwurf zum neuen Kinderschutzgesetz reagiert, in dem für die Ärzteschaft mit einer Befugnisnorm mehr Rechtssicherheit geschaffen werden soll.

Forschungsbedarf

Generell gibt es in Deutschland einen hohen Bedarf an statistischen Daten. So auch hinsichtlich der Datenlage, wie viele Eltern Frühe Hilfen im engeren Sinne, das heißt von ihrem Belastungsstatus her, benötigen. Auf Grundlage dieser Daten könnte eine genauere Bedarfsplanung und Kostenabschätzung erfolgen. Aus einigen Kommunen liegen bereits erste Daten dazu vor, aber bundesweite Daten fehlen bislang. Damit

einhergehend fehlt es auch an validen Instrumenten der Belastungseinschätzung. Das NZFH fördert derzeit eine Validierungsstudie des Anhaltsbogens (Kindler et al. 2007), der in Geburtskliniken eingesetzt wird. Verlässliche Einschätzungshilfen – insbesondere für die niedergelassenen Ärzte – müssen noch entwickelt und auf ihre Verlässlichkeit hin überprüft werden.

Des Weiteren bedarf es noch an Längsschnittstudien zu den Wirkfaktoren Früher Hilfen. Hier stellt sich aber ein forschungsmethodologisches Problem: reine Kontrollgruppendesigns stoßen im Kontext Früher Hilfen und Kinderschutz an ihre ethischen Grenzen. Weitere Herausforderungen liegen auch in der Betrachtung spezifischer Fragestellungen, z. B. die sich auf bestimmte Zielgruppen beziehen. So benötigen wir mehr Wissen über den Einfluss von Vätern auf den Hilfeprozess im Rahmen der Frühen Hilfen. Auch wurden bislang in den Frühen Hilfen nur wenige Familien mit Migrationshintergrund erreicht. Hier stellt sich die Frage, wie die Zugänge zu den Frühen Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund besser gestaltet werden können, so dass sie auch teilhaben können.

Praxisentwicklung

Nachdem durch die Modellprojekte und durch viele andere Praxisprojekte wichtige Erfahrungen für das Gelingen Früher Hilfen gemacht haben, steht nun die Aufgabe im Fokus, diese wertvollen Erkenntnisse für die Praxis aufzubereiten und daraus Qualitätskriterien und -standards gemeinsam mit der Praxis zu entwickeln. Damit einher geht auch der Wunsch, die bewährten Arbeitsansätze und Projekte transparent zu gestalten, damit möglichst viel Akteure daran partizipieren und von den guten Beispielen lernen können.

In der Netzwerkarbeit hat sich gezeigt, wie wichtig gemeinsame interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen sind. Sie ermöglichen eine qualitative Weiterentwicklung des Gesamtnetzwerks und fördern gleichzeitig auch das gemeinsame professionsübergreifende Verständnis. Bislang finden Fort- und Weiterbildungen noch weitgehend innerhalb der Systeme und nicht übergreifend statt. Hier bedarf es interdisziplinärer Konzepte und deren systemübergreifender Finanzierung.

Abschlussbemerkung

Dies sind nur einige Herausforderungen, die sich im Kontext der Frühen Hilfen für die nahe Zukunft stellen. Das NFZH wird durch die Weiterförderung des BMFSFJ für weitere vier Jahre zusammen mit Wissenschaft und Praxis einige dieser Aufgaben aufgreifen. Aber auch die Frühen Hilfen sind nur ein Bestandteil, um v. a. belastete Familien zu unterstützen. Die genannten Maßnahmen müssen eingebettet sein in einen größeren gesamtgesellschaftlichen Kontext, bei dem es grundsätzlich um die Schaffung eines familienfreundlichen Klimas für alle Familien geht und wo die Armutsbekämpfung – vor allem bei Familien mit Kindern – zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und Verantwortung wird. Sie sollte an erste Stelle stehen.

Literatur

Helming, E. et al. (2006): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern – Abschlussbericht. Deutsches Jugendinstitut (Hg.), München.

Kindler, H. (2007): Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt »Guter Start ins Kinderleben«, München.

Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln im Kindeswohlverfahren, Münster.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.) (2010/1): Bestandsaufnahme. Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Köln.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.) (2010/2): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung Köln.

Renner, I./Sann, A. (2010): Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln.

Sann, A. (2010): Voneinander wissen – miteinander vernetzt Hilfen anbieten. Unveröffentlichter Vortrag beim NZFH-Bundeskongress »Von Anfang an. Gemeinsam.«

Ziegenhain, U. et al. (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg.), Köln.

VIII 15 000 Stunden Lebenszeit … Schule als Entwicklungsraum

Einleitung

Renate Schepker, Paul-Otto Schmidt-Michel

Schule ist für Kinder und Jugendliche ein wesentlicher Lebens- und Sozialraum, in dem in einem Kinderleben 15 000 Stunden verbracht werden (Sir Michael Rutter). Schwere seelische Störungen machen sich hier bemerkbar, Pädagogen und die Gleichaltrigengruppe stellen bedeutsame außerfamiliäre Bezugspersonen dar, die einen fördernden oder auch belastenden Einfluss haben können. Darüber hinaus prägt die Schule Grundhaltungen der Schüler, sie soll neben Wissensvermittlung Lebenskompetenzen entwickeln, Neugier, Offenheit und ein kritisches Bewusstsein fördern und sie soll implizite Vorurteile abbauen. Was liegt also näher, als die Kinder- und Jugendpsychiatrie »an die Schulen zu bringen«? Das vorgestellte Symposium schildert dazu eindrückliche innovative Möglichkeiten.

Scholastika Sandra Dienger aus Pforzheim stellt den Schulsozialdienst in der Modellregion Pforzheim dar, der durch die Besonderheit der nachhaltigen Tätigkeit und der guten Vernetzung mit einem Präventionspreis ausgezeichnet wurde und sich insbesondere um die Integration multikultureller Schüler bemüht, d. h. auch einen Beitrag zur präventiven Einwirkung auf häusliche Lebenswelten seitens der Schule leistet.

Jana Metzelaars aus Essen beschreibt aufsuchende Schulsprechstunden in zehn ausgewählten Schulen aller Schulformen mit dem Ziel, die Schwelle des Kontakts zum Kinderpsychiater zu senken und nötige Behandlungen anzubahnen. Die Besonderheit ist hier auch der direkte Einbezug der Lehrer.

Angela Urban vom Projekt »Irre menschlich Hamburg e. V.« – selbst betroffene Mutter – stellt die Organisation von Projekten zum Thema psychischer Erkrankungen an Hamburger Schulen dar. Dazu wird Material für Unterrichtseinheiten zur Verfügung gestellt, bevor eine persönliche Begegnung von Projektmitarbeitern und Schülern erfolgt – ein Beitrag zur Entstigmatisierung und zur Prävention, der jährlich 1 000 Schüler erreicht.

Multikulturelle Schulen mit integrativen Ansätzen am Beispiel der Jugendsozialarbeit an Schulen in Pforzheim

Scholastika Sandra Dienger

Der hohe Anteil sozial benachteiliger Kinder und Jugendlicher an den Innenstadtschulen in Pforzheim hat Konsequenzen auf die Ausrichtung der Arbeit von Schule und Jugendhilfe. Neue Problemstellungen und Bedarfe sind entstanden, die erkannt und gemeinsam sowie ganzheitlich innerhalb und außerhalb der Schule aufgearbeitet werden. An Pforzheimer Schulen mit einer besonderen pädagogischen und erzieherischen Aufgabe sind Jugendsozialarbeiter und Jugendsozialarbeiterinnen eingesetzt, die auf der Grundlage des § 13 Sozialgesetzbuch (SGB) VIII arbeiten. Das Sachgebiet Jugendsozialarbeit an Schulen ist beim Jugend- und Sozialamt der Stadt Pforzheim, in der Abteilung Soziale Dienste angesiedelt und umfasst fünf Arbeitsbereiche: die *Jugendsozialarbeit an Schulen*, die *Jugendberufshilfe*, das ESF-Schulverweigerprogramm *»Die 2. Chance«*, die *Kreativprojekte* sowie die *Gewaltpräventionsoffensive »Konflikt-Kultur«*. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sachgebiets arbeiten an 16 verschiedenen Schulen (Berufliche Schulen, Förderschulen, Grund- und Hauptschulen sowie Werkrealschulen). Die Jugendsozialarbeit an Schulen leistet pädagogische Arbeit durch sozialpädagogische Fachkräfte in der Institution Schule und deren Umgebung mit einem eigenständigen und präventiven Auftrag der Jugendhilfe. Sie hat zum Ziel, junge Menschen in ihrer individuellen, sozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung zu fördern. Sie arbeitet darauf hin, Bildungsbenachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Erziehungsberechtigte und Lehrer bei der Erziehung und beim erzieherischen Kinder- und Jugendschutz zu beraten und zu unterstützen sowie zu einer schülerfreundlichen Umwelt beizutragen.

Aufgaben und Inhalt der Jugendsozialarbeit an Schulen:

- Beratung und Begleitung von Schülerinnen und Schülern
- Arbeit mit Eltern und Sorgeberechtigten
- Kooperation mit der Schulleitung
- Beratung von und mit Lehrkräften
- Gruppenarbeit
- Kooperation mit Behörden, sozialen Einrichtungen und Beratungsstellen
- Schulentwicklung
- Teilnahme am Schulleben
- Integration in den Sozialraum
- Öffentlichkeitsarbeit
- Qualitätsmanagement

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sachgebiets kooperieren in passgenauer gegenseitiger Ergänzung mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Sozialpädagogischen Betreuung an Ganztagsschulen, die beim Amt für Bildung und Sport angegliedert sind.

Aufgaben und Inhalte der Sozialpädagogischen Betreuung an Ganztagesschulen:

- Sozialpädagogische Betreuung, Beschäftigung und Beaufsichtigung der Schüler und Schülerinnen im Rahmen der Ganztagesschulkonzeption
- Aufsicht und organisatorische Mithilfe bei der Essensausgabe
- Mitwirkung bei der Organisation des Freizeitbereichs
- Anleitung der Schüler und Schülerinnen zur selbstständigen, sinnvollen Freizeitbeschäftigung
- Mitwirkung im sozialen Gestaltungsfeld der Schule und bei der Weiterentwicklung des Schulprofils
- Beratung und Unterstützung der Schulleitung und Lehrkräfte bei unterrichtsergänzenden Maßnahmen

Ergänzt werden diese Bereiche an Haupt- und Förderschulen durch das ESF-Programm »Schulverweigerung – Die 2. Chance«. Ziele sind die Integration von jährlich 38 Schülern und Schülerinnen mit schulverweigernder Haltung in das Regelschulsystem, die Senkung der Zahl der Schulabbrecher und die Weiterentwicklung kommunaler Strukturen auf der Systemebene. Das ESF-Programm »Schulverweigerung – Die 2. Chance« ist Bestandteil der Initiative »Jugend Stärken« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Zielgruppe des Projekts sind Schüler und Schülerinnen ab dem 12. Lebensjahr der Schulen mit Jugendsozialarbeit, die ihren Abschluss durch aktive oder passive Schulverweigerung gefährden und überwiegend aus Schulen mit Jugendsozialarbeit kommen.

Das Projekt »Die 2. Chance« umfasst neben der Beratung und Begleitung der Schüler und Schülerinnen Einzel- und Gruppenangebote, schulische Förderung, die Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrkräften und die Zusammenarbeit und Vernetzung mit bestehenden Angeboten der Jugendhilfe- und Bildungseinrichtungen in Pforzheim.

Ein wesentlicher und besonderer Bestandteil der Jugendsozialarbeit an Schulen in Pforzheim ist die »Kreativprojektarbeit«. Sie ist innerhalb des Schulbetriebs eine an den heutigen Problematiken und Konflikten ausgerichtete Form der sozialen Gruppenarbeit ohne förmliche Einzelentscheidung. Die Kreativprojektarbeit wird von Künstlern, die als Honorarkräfte bei der Stadt Pforzheim beschäftigt sind, durchgeführt. Die angebotenen Projekte haben ihren Schwerpunkt im kreativ-gestalterischen, darstellenden und musischen Bereich. Sie erschließen durch den sehr praktischen Handlungsansatz präventive Wirkungsfelder und sind somit eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zur Jugendsozialarbeit. Das Ziel der Kreativprojektarbeit ist es, über ein anderes Medium einen niederschwelligen Zugang zu Schülern und Schülerinnen zu finden, die im Schulalltag wenige Möglichkeiten zur Äußerung ihrer Bedürfnisse haben.

Seit 2005 wird intensiv im Themenfeld Gewaltprävention gearbeitet. Eine flächendeckende Einführung an Schulen mit Jugendsozialarbeit begann 2008 mit dem bundesweit anerkannten Präventionsprogramm »Konflikt-Kultur«. Das Ziel der Gewaltpräventionsoffensive Konflikt-Kultur ist es, der Gewaltentwicklung an den Schulen mit einem geeigneten Konzept zu begegnen und die Gewalt zu verrin-

gern. Bei der Gewaltpräventionsoffensive »Konflikt-Kultur« werden Lehrkräfte und die jeweiligen Jugendsozialarbeiter und Jugendsozialarbeiterinnen darin geschult, Schülern und Schülerinnen soziale und emotionale Kompetenzen zu vermitteln. Zudem wird an den Schulen an einem festen Regelsystem gearbeitet. Dadurch wird vermieden, dass Schüler und Schülerinnen zu Opfern werden und mögliche Täter werden gestoppt. Grenzsetzungen und Werteorientierung spielen dabei eine große Rolle.

Die Arbeit an den Berufschulen wird über die Jugendberufshilfe abgedeckt mit dem Ziel, die berufliche Integration von 200 benachteiligten Jugendlichen im Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) und im Berufseinstiegsjahr (BEJ) zu verbessern. Die Jugendberufshilfe setzt am Übergang zwischen Schule und Beruf an und motiviert die Jugendlichen, Verantwortung für die eigene Existenzsicherung und Lebensplanung zu übernehmen. Die Jugendberufshilfe unterstützt die Jugendlichen durch eine individuelle Bedarfsanalyse, durch Beratung in Einzelgesprächen oder im Klassenverband, in der Entwicklung von Zielen sowie durch Zielvereinbarungen und in der Begleitung von Maßnahmen. Sie bietet Hilfe bei der Kontaktaufnahme zur Agentur für Arbeit, zu möglichen Ausbildungsbetrieben, zu potenziellen Arbeitgebern sowie zu sonstigen Anschlussmaßnahmen und Netzwerkpartnern. Außerdem unterstützt sie die Jugendlichen in der Berufsfindung, bei der Praktikumsakquise sowie bei der Praktikumsvor- und Nachbereitung und bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen. Die Berufsorientierung wird unter dem Ansatz des Gender Mainstreamings durchgeführt, in dem z. B. über geschlechtsuntypische Berufe informiert wird und Exkursionen in Betriebe stattfinden.

Pforzheimer Schulen mit Jugendsozialarbeit (Stand Januar 2011):

- Arlinger Hauptschule
- Bohrain-Förderschule
- Brötzinger Ganztagsgrund- und Werkrealschule
- Buckenberg-Hauptschule
- Haidach-Werkrealschule
- Insel-Grundschule (Deutscher Präventionspreis 2009, Halbtagsgrundschule, 3. Preis)
- Insel-Ganztagswerkrealschule
- Karl-Friedrich-Hauptschule
- Nordstadt-Ganztagsgrund- und Werkrealschule (Deutscher Präventionspreis 2010)
- Osterfeld-Grundschule
- Schanz-Hauptschule
- Südstadt-Grund- und Hauptschule
- Weiherberg- Grund- und Ganztagswerkrealschule
- Alfons-Kern-Berufsschule
- Johanna-Wittum-Berufsschule

»Aufsuchende Schulsprechstunden« der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVA-Klinikums Essen

Jana Metzelaars

Das Projekt umfasste die Planung und Durchführung von aufsuchenden Sprechstunden in zehn Essener Schulen (Zeitplan des Projekts siehe Abbildung 1). Das Projekt wurde vom Gesundheitsamt der Stadt Essen unterstützt und vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) gefördert. Ziel des Projekts war die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Schülern, um langfristig die Integration dieser Jugendlichen in den Arbeitsmarkt zu erleichtern.

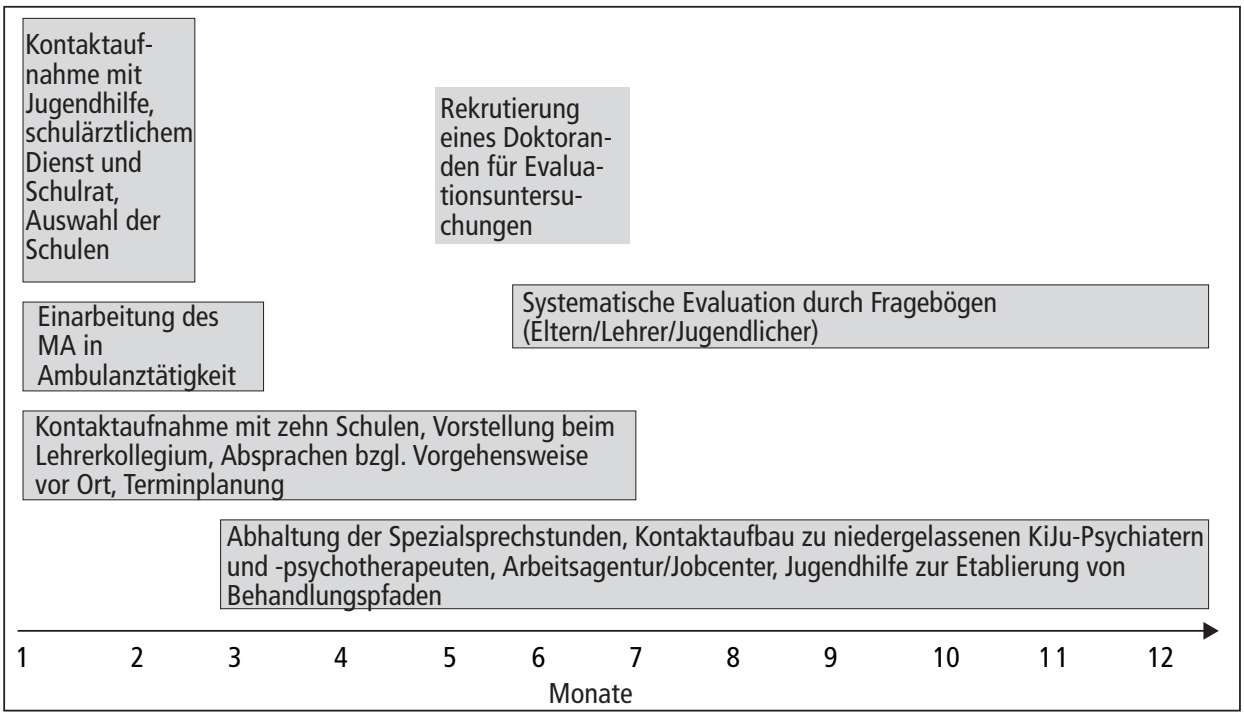


Abb. 1: Vorgesehener Zeitplan des Projekts

Insgesamt wurden jeder Schule fünf bis sechs Sprechstundentage angeboten. Manche Schulen sagten jedoch Termine mangels Anmeldung von Schülern ab, sodass in jeder Schule drei bis sechs Termine stattfanden (Auslastung der Sprechstunden siehe Tabelle 1). An den Sprechstundentagen fanden Erstgespräche mit dem betreffenden Schüler und mindestens einem sorgeberechtigtem Elternteil statt. Darüber hinaus wurde eine 45-minütige Lehrersprechstunde angeboten, in der Lehrern die Gelegenheit zu einer Beratung gegeben wurde. Der Ablauf der Schulsprechstunde ist in Abbildung 2 dargestellt. Insgesamt wurden 86 Schüler (38 Mädchen, 48 Jungen) in der Sprechstunde vorgestellt. Bei 82 dieser Schülern wurden psychiatrische Verdachtsdiagnosen gestellt (Darstellung des Spektrums der Primärdiagnosen [Verdachtsdiagnosen] siehe Tabelle 2). Bis zur Vorstellung in der Sprechstunde nicht psychiatrisch/psychotherapeutisch vorbehandelt waren 51 der vorgestellten Schüler. Entsprechend waren 35 der Schüler

Tab. 1: Auslastung der Schulsprechstunde

Schule	Anzahl der Sprechstundentermine	Anzahl der vorgestellten Schüler	Anzahl der Lehrerberatungen
Albert-Liebmann-Schule (Förderschule Sprache)	5	12	20
Theodor-Fliedner-Schule (Förderschule LB)	5	8	10
Hauptschule Bärendelle	5	8	6
Hauptschule Marienschule	4	8	2
Hauptschule Adelkampstraße	4	6	4
Hauptschule Lohstraße	6	12	4
Gesamtschule Holsterhausen	4	11	6
Gesamtschule Nord	5	11	9
Helene-Lange-Realschule	3	3	1
Mädchengymnasium Borbeck	4	7	6

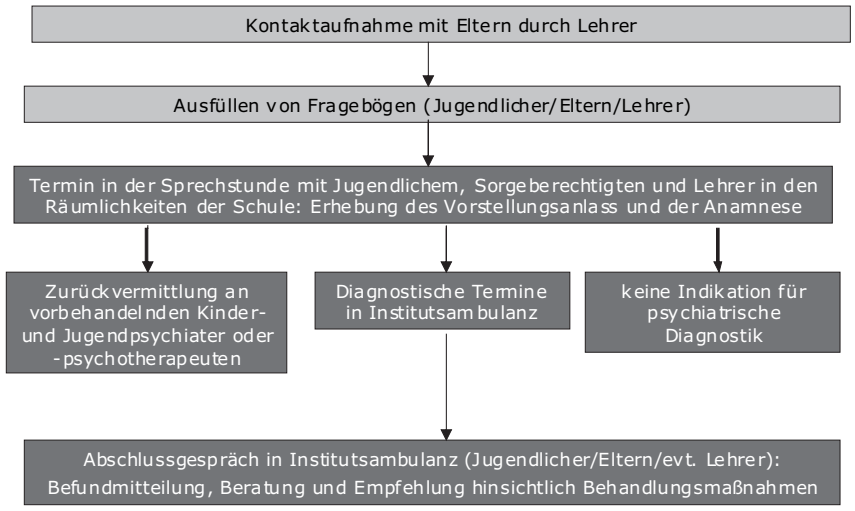


Abb. 2: Ablauf der Schulsprechstunde

schon in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung, bei 27 war diese Behandlung aber abgeschlossen, sodass sich nur acht der vorgestellten Schüler aktuell noch in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung befanden. Die Schüler, die sich zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Schulsprechstunde noch in Behandlung befanden, wurden in die vorbehandelnden Praxen zurückvermittelt. Bei 63 der vorgestellten Schülern wurde von der Psychologin eine Diagnostik empfohlen, sechs davon lehnten eine Diagnostik ab, sodass mit insgesamt 57 Familien Termine zur Diagnostik und Beratung in der Institutsambulanz vereinbart wurden. Zu den testpsychologischen Terminen erschienen 18 der Familien nicht, ohne die Termine abzusagen.

Das Standardprogramm der psychologischen Diagnostik umfasste folgende Verfahren: CFT-20-R (Intelligenzdiagnostik), Angstfragebogen für Schüler (AFS), Depressionsinventar für Kinder- und Jugendliche (DIKJ), Child-Behavior-Check-List (CBCL), Youth-Self-Report (YSR), Teacher-Report-Form (TRF). Bei entsprechender

Tab. 2: Spektrum der Verdachtsdiagnosen (Primärdiagnosen)

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	12
Störung des Sozialverhaltens	9
ADHS	8
Emotionalstörung	15
komb. Störung des Sozialverhaltens und Emotionen	16
Störung mit sozialer Ängstlichkeit	4
Anpassungsstörung	6
Ticstörung	1
Zwangsstörung	1
Anorexia nervosa	1
Somatisierungsstörung	1
Insomnie	1
Depression	3
Panikstörung mit Agoraphobie	1
Lese- und Rechtschreibstörung	1

Indikation wurde die Standarddiagnostik erweitert (z. B. zusätzlicher Angstfragebogen, ausführliche Intelligenzdiagnostik, Aufmerksamkeitsdiagnostik, Teilleistungsdiagnostik, fachtherapeutische Diagnostik). Die Mittelwerte, Minimum- und Maximumwerte der Ergebnisse der diagnostischen Verfahren sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tab. 3: Ergebnisse der Diagnostik

	Mittelwert	Minimum	Maximum
IQ (Standardwert)	90,21	69	122
DIKJ (T-Wert)	54,97	33	80
AFS Prüfungsangst (T-Wert)	50,56	31	76
AFS Manifeste Angst (T-Wert)	52,18	34	80
AFS Schulunlust (T-Wert)	57,15	34	79
AFS Soziale Erwünschtheit (T-Wert)	54,18	39	80
CBCL Internalisierende Störung (T-Wert)	61,57	44	87
CBCL Externalisierende Störung (T-Wert)	61,75	42	82
CBCL Gesamtwert (T-Wert)	63,46	46	86
YSR Internalisierende Störung (T-Wert)	57,14	33	89
YSR Externalisierende Störung (T-Wert)	57,33	42	90
YSR Gesamtwert (T-Wert)	59,71	46	90
TRF Internalisierende Störung (T-Wert)	61,39	38	76
TRF Externalisierende Störung (T-Wert)	64,97	46	86
TRF Gesamtwert (T-Wert)	65,11	48	82

Bei 45 der Schüler wurde entweder auf Basis von Vorbefunden oder aufgrund der in der Ambulanz durchgeführten Diagnostik eine gesicherte psychiatrische Diagnose gestellt (Darstellung des Spektrums der gesicherten Primärdiagnosen siehe Tabelle 4).

Nach den diagnostischen Untersuchungen wurden die Familien ausführlich über die Ergebnisse der Diagnostik informiert. Darüber hinaus wurden die Eltern und Schüler hinsichtlich der aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht zu empfehlenden

Tab. 4: Spektrum der gesicherten Diagnosen (Primärdiagnosen)

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	6
Störung des Sozialverhaltens	6
ADHS	4
Emotionalstörung	8
komb. Störung des Sozialverhaltens und Emotionen	6
Störung mit sozialer Ängstlichkeit	4
Anpassungsstörung	4
Zwangsstörung	1
Anorexia nervosa	1
Cannabismissbrauch	1
Depression	1
Panikstörung mit Agoraphobie	1
Generalisierte Angststörung	1
Dyskalkulie	1
Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	1

Behandlung beraten. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Art und die Häufigkeit der ausgesprochenen Empfehlungen.

In den Fällen, in denen Schweigepflichtsentbindungen gegenüber der Schule vorlagen, konnten die Lehrer die Ergebnisse der Diagnostik bei der Psychologin erfragen und über den weiteren Umgang mit dem Schüler/der Schülerin beraten werden.

Tab. 5: Empfehlungen

Keine Indikation für weitergehende Maßnahmen	8
Anbindung bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychotherapeuten	17
stationäre/teilstationäre Behandlung	10
medikamentöse EInstellung	4
Anbindung an Institutsambulanz	8
Wiedervorstellung bei Bedarf	2
heilpädagogische Tagesgruppe	1
heilpädagogische Einzelförderung	1
Jugendhilfemaßnahmen	4
Erziehungsberatung	1
Schulwechsel	3
schulische Förderung	2
Vorstellung bei der Arbeitsagentur	1

Um die Zufriedenheit der am Projekt teilnehmenden Eltern, Schüler und Lehrer zu erheben, wurden ab April 2009 Evaluationsfragebögen nach den Abschlussgesprächen ausgeteilt. Um auch die bis zu diesem Zeitpunkt schon abgeschlossenen Fälle und die Familien, die keine Termine zur Diagnostik erhielten oder zu den vereinbarten Terminen nicht erschienen, in die Evaluationsuntersuchung einschließen zu können, fanden telefonische Befragungen statt. Insgesamt erhielten wir von 34 Eltern und 34 Schülern Rückmeldungen sowie von 36 Lehrern. Insgesamt beurteilten sowohl die Eltern und Schüler als auch die Lehrer die Schulsprechstunde positiv, sodass die Schulsprechstunde über den Projektzeitraum hinaus fortgesetzt wurde.

Vom einzelnen Schulprojekt zur breiten Prävention – Erfahrungen von Irre menschlich Hamburg e. V.

Angela Urban

Der Verein »Irre menschlich« besteht seit gut zehn Jahren, 1. Vorsitzender ist Professor Dr. Thomas Bock, ich selbst bin seit ca. acht Jahren ehrenamtlich bei »Irre menschlich« aktiv. Ich bin Mutter einer psychisch kranken Tochter. Das Motto unserer Initiative ist: »Es ist normal verschieden zu sein« (Richard von Weizsäcker).

Inhalte:

Wir organisieren Projekte zum Thema »psychische Erkrankung – seelische Gesundheit« vor allem an Hamburger Schulen. Die Betonung liegt auf der Begegnung von Menschen, die Psychiatrieerfahrung haben. Dabei geht es um ganzheitliche Information und um die Möglichkeit

- des offenen Umgangs mit dem Thema psychische Erkrankung,
- der konstruktiven Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten,
- Lebensvielfalt zu erfahren,
- Förderung der Akzeptanz gegenüber sich selbst und anderen.

Unser Angebot an Schulen:

- Zunächst bieten wir dem Lehrer ein Beratungsgespräch an,
- gleichzeitig stellen wir das von uns entwickelte Lehrerbegleitheft »Irre« zur Verfügung,
- wir geben unsere Medien (Filme, Bücher – ganze Klassensätze) zur Vorbereitung aus,
- erst dann folgt der Besuch von »Irre menschlich«.

Dabei richten wir es, wenn möglich, so ein, dass die Menschen den Besuchstermin gestalten, die Bezug haben zu dem von der Klasse behandelten Thema. Das ist nicht immer einfach einzurichten, bietet aber die Chance, dass manchmal am Ende der Veranstaltung von einzelnen Schülern eine direkte Peerberatung (SSV, Essstörungen) gewünscht wird.

Unsere Ziele sind:

- Abbau von Vorurteilen
- Zuwachs an Toleranz und Sensibilität im Umgang mit sich selbst und anderen
- Auseinandersetzung mit Krankheit, Lebenszielen und -konflikten

Das bedeutet natürlich auch für die Referenten Teilhabe und Zuwachs an Selbstbewusstsein.

Altersgemäße Ziele:

Natürlich müssen wir uns an das Alter der Schüler halten. Unser Lehrerbegleitheft bietet Hilfestellung bei der Auswahl an Themen und Materialien für jede Altersgruppe.

- Für die Unterstufe:
  Gibt es spannende und vor allem hoffnungsvolle Geschichten mit direktem und indirektem Bezug. Wichtig ist der Erhalt von Selbstverständlichkeit.
- Für die Mittelstufe:
  Bieten wir die direkte Auseinandersetzung mit Vorurteilen und den Bezug zu eigenen Themen an. Wichtig: Vermittlung von Toleranz und Sensibilität.
- In der Oberstufe:
  Erfolgt die fächerübergreifende Auseinandersetzung mit Bezug zum eigenen Leben, zur Weltliteratur, zur Geschichte, zur Religion.

Die verschiedenen Themenbereiche:

Für die Unterrichtsprojekte stehen zur Auswahl:

- Extremer Eigensinn, Stimmenhören (Psychosen)
- Gute Zeiten, schlechte Zeiten (Bipolare Störungen)
- Drogen und Psychosen (insbesondere Cannabis und Alkohol)
- Selbstverletzendes Verhalten (Grenzgänger, Borderline)
- Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- Berühmte Menschen mit psychischer Erkrankung
- Historisches (NS-Psychiatrie, Gegenwart)
- Lebensziele, -krisen

Andere Anlässe:
Es gibt auch akute Anlässe, die zu einer Begegnung führen:

- wenn Schüler von einer bestimmten Problematik betroffen sind
- wenn sie als Angehörige betroffen sind
- wenn besondere Intoleranz zwischen den Schülern besteht
- Mobbing
- wenn Schüler behinderte Personen hänseln
- als Vorbereitung auf eigene Lebenskrisen

Schüler in eigener psychischer Not:

- Unspezifische Reaktionen
- ADHS
- Selbstverletzendes Verhalten
- Essstörungen
- Depression, Erschöpfung (auch als Problem der Lehrer)
- Ängste, Zwänge
- Suchtverhalten

Ein Beispiel: Das Buch »Die Bettelkönigin« von Hildegard Wohlgemuth über ihr Leben, ihre 23 Kinder, ihre Malerei und ihr Anderssein ist immer wieder aktuell für Kinder in der Unterstufe. Das Anderssein dieser Frau mit so viel Wärme und Selbstverständnis ist, wie an der Wandtafel zu sehen ist, von den Kindern sehr treffend wiedergegeben worden.

Präventive Aspekte – Ziele für Schüler:

Entängstigung und Auseinandersetzung mit eigenen Krisen, Lebenszielen und -konflikten ist durch den Abbau von Vorurteilen der eigentliche Sinn unserer Arbeit. Mehr Wissen über psychische Erkrankungen soll die Schwelle senken, sich Hilfe zu holen.

Mehrjährige Schulprojekte:

Bislang haben wir mit zwei Schulen einen sog. Schwerpunktvertrag abgeschlossen. Er beinhaltet

- regelmäßige abgestimmte Unterrichtsprojekte (Biologie, Religion/Ethik, GMK/Psychologie)
- Infoveranstaltungen für Eltern
- Fortbildung für Lehrer zu ausgewählten Themen
- kulturelle Angebote (Ausstellungen, Filme)
- Peerberatung

Evaluation aus der Sicht gefährdeter Schüler:

Aus den anonymen Fragebogenauswertungen haben wir die häufigsten Bewertungen von Schülern zusammengestellt:

- Reduktion von (Selbst-)Stigmatisierung
- Enttabuisierung (indirekt)
- Mehr Selbstverständnis im Umgang
- Mehr Chancen für Selbstreflexion
- Entlastung durch ermutigendes Beispiel
- Konfrontation mit möglichen Auswirkungen (indirekt)
- Infos über mögliche Hilfen

Andere Info- und Begegnungsprojekte:

Neben den Schulprojekten gehen wir an

- Hochschulen (allgemeine und Fachbereiche)
- Betriebe (allgemein, Personalleiter, Betriebsräte): lange Vorbereitungszeiten
- Kirchen (Jugendgruppen, Konfirmanden)
- Kultur (Theater, Filme, Ausstellungen): Fotodokumentation »Erfahrungsschatz«
- Allgemeine Öffentlichkeit: Website, Hörfunkspot, Newsletter

Trialogische Fortbildung bieten wir auch an für Journalisten, Gesundheitsberufe, Jugendhilfeeinrichtungen, für Pastoren (workshop im März 2011 in Arbeit) und für die Polizei.

Mit der Wohnungswirtschaft sind wir im regen Austausch und manchmal mit der ARGE.

Es gibt, meist im November, den »Tag der offenen Tür« im Universitätsklinikum Eppendorf. »Irre menschlich« trifft ca. 1000 Schüler!

RehaAspekte – Gewinn für Referenten:

Die unmittelbare Anerkennung, der Status als »Lebenslehrer«, der Zuwachs an Selbstbewusstsein und die Integration in ein soziales Netz sind ein Gewinn für die Referenten. Die meisten von ihnen haben das einjährige Training bei EX-IN absolviert.

Patenschaften:

Wir haben zwölf berühmte Paten! Auf einer kürzlich erst fertiggestellten Patenkarte sind die Menschen aus den Bereichen Politik, Kultur und Wissenschaft abgebildet, die uns unterstützen.

Schlusswort:

Dass diese einzelnen Schulprojekte von »Irre menschlich« zur breiten Prävention führen, ist ein Wunsch von uns an die im Januar beginnende Kampagne »Gesundheitsmetropole Hamburg – Netzwerk Psychische Gesundheit«. Wir sind mehrfach involviert und freuen uns auf eine fruchtbare Zusammenarbeit mit vielen unterschiedlichen Einrichtungen, Behörden, Firmen. Die Arbeit geht über vier Jahre, wir sind sehr gespannt.

IX Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Matthias Rosemann

Aus Sicht eines gemeindepsychiatrischen Hilfesystems ergeben sich vielfältige Fragen an die psychiatrischen und psychosozialen Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien. Dabei stehen die Handlungsmöglichkeiten der verschiedenen Akteure und ihre Bezüge zu den anderen Beteiligten im Hilfesystem im Mittelpunkt. In den regionalen Beispielen zeigen sich sowohl Spielräume für Initiativen, aber auch kommunale Gestaltungsmöglichkeiten – immer unter der bundesweit einheitlichen Gesetzgebung!

Eine zentrale Herausforderung ist die der Zugänglichkeit von Hilfen. Wie gelingt es, nicht nur Angebote zu entwickeln, sondern zugleich Sorge zu tragen, dass die notwendigen Hilfen die Adressaten tatsächlich erreichen? Wie ist die notwendige Vernetzung zwischen den Jugendlichen bzw. den Familien mit den verschiedenen Akteuren tatsächlich zu erreichen? Welche Möglichkeiten können sich entwickeln, um bestehende Grenzen des jeweiligen Leistungserbringers zu überwinden und zu einer Gesamtsicht der Problemlagen und Hilfen zu kommen?

Maik Herberhold (Bochum) zeigt die Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der in niedergelassener Praxis tätigen Kinder- und Jugendpsychiater, Christoph Pewesin (Berlin-Reinickendorf) zeichnet die Handlungsmöglichkeiten eines kommunalen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes nach und Christopher Haas (Mainz) schildert anschaulich die Erfahrungen eines freien Trägers mit kreativen Ideen, um Jugendliche in geeigneter Form anzusprechen und zu erreichen.

Bemerkenswert an der Diskussion ist, dass sie aus Sicht des psychiatrischen Hilfesystems geführt ist, nicht aus Sicht der Jugendhilfe. Im Symposium wurden von den Teilnehmern auch Beispiele geschildert, in der die Jugendhilfe in der aktiven Rolle Regelversorgungsangebote für Kinder/Jugendliche und ihre Eltern entwickelt (z. B. Leipzig). Aus allen Beiträgen ist zu lernen, dass

- die geltende Rechtslage viele Optionen enthält und möglich macht,
- diese abhängig vom Kooperationswillen der beteiligten Akteure sind,
- eine kommunale Verwaltung in die Verantwortung genommen werden muss,
- meist eine Initiative erforderlich ist, die sich Bündnispartner suchen muss und
- diese Aufgabe oft einen langen Atem erfordert.

Die Diskussion lehrt auch, dass es zu diesen Initiativen keine Alternative geben kann. Die Zeit, in der sich alle Beteiligten in ihren jeweiligen Bereichen einrichten, ist endgültig vorbei. Eine verantwortliche Sozial- und Gesundheitspolitik erwartet vonseiten der Leistungsträger ebenso wie vonseiten der Leistungserbringer erkennbare Aktivitäten, tradierte Zuständigkeitsgrenzen zu überwinden und im Sinne von Prävention und Frühintervention gemeinsam für die Kinder, Jugendlichen und Familien zu handeln.

Es wird in der Zukunft zu erörtern sein, wie sich psychiatrisches Fachwissen in die Kinder- und Jugendhilfe einspeisen lässt, ohne die eigentliche Hilfe zu sehr zu psychiatrisieren. Dazu werden zwischen den psychiatrischen Verbundsystemen (alle Referenten sind in Regionen tätig, in denen sich Gemeindepsychiatrische Verbünde gebildet haben) und den Hilfen für Kinder und Jugendliche geeignete Kooperationsstrukturen entwickeln müssen, die den spezifischen Anforderungen des jeweiligen Feldes genügend Raum lassen, aber im Einzelfall zu einer gelingenden Kooperation führen – und das ggf. auch zeitlich schnell und möglichst unbürokratisch. In der Zukunft des psychiatrischen Hilfesystems, aber auch in der Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe werden diese Kooperationsstrukturen an Bedeutung gewinnen.

Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – die Versorgungslage im Überblick

Maik Herberhold

Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien weist ein äußerst inhomogenes Bild sowohl im Hinblick auf Verteilung und Art geeigneter Versorgungseinrichtungen als auch auf die Versorgung leistenden Berufsgruppen auf. Im Folgenden soll nur die Situation im Gesundheitssystem betrachtet werden. Natürlich stellen Psychologische Beratungsstellen der Kommunen und Kirchen wichtige erste Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen, bzw. deren Eltern dar, außerdem wird auch die Jugendhilfe sehr häufig mit diesen Fragestellungen konfrontiert. Nach erster Beratung und häufig auch hilfreichen Interventionen bleibt aber eine nicht geringe Anzahl ernsthafter psychisch gestörter (»erkrankter«) Kinder und Jugendlicher, die einer intensiveren, fachgerechten medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Die Klage über ein Fehlen von Behandlungsplätzen wird gerade durch die Fachleute der nicht-medizinischen Hilfesysteme oft nachdrücklich erhoben. Eine (begrüßenswerte) größere Sensibilität sowohl vieler Eltern als auch der Fachleute aus Medizin, Erziehung, Schule, Jugendhilfe gegenüber psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen scheint eine wichtige Rolle dabei zu spielen, dass häufiger als früher Abklärungsbedarf gesehen wird. Dies wird auch durch die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys *(KiGGS)* der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch-Institut [Hg.] 2007) gestützt: danach werden 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen von ihren Eltern als verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig bewertet.

In der vertiefenden *BELLA-Studie* (Ravens-Sieberer et al. 2007) wurde eine repräsentative Unterstichprobe im Umfang von 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7 – 17 Jahren zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten mittels Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) und weiterer standardisierter Screening-Verfahren untersucht. Insgesamt zeigen 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Am häufigsten treten Ängste (bei 10,0 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen) auf, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %), Depressionen (5,4 %) und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (2,2 %).

Personale, familiäre und soziale Ressourcen sind bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker vorhanden. Vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status erweisen sich in der Studie hingegen als bedeutsame Risikofaktoren für das Auftreten einer psychischen Störung. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist deutlich eingeschränkt. Die derzeitige Ausbildung eines »abgehängten« sozialen Prekariates mit *überdauernder relativer Armut*, meist in Kombination mit einem niedrigen Bildungsstand der Eltern begünstigt also das Zustandekommen psychischer (und körperlicher) Störungen der Nachkommen. Der glücklicherweise inzwischen geschärfte Blick auf

die psychisch beeinträchtigten Kinder lässt dann den Bedarf an Behandlungsplätzen rasch deutlich werden. An dieser Stelle muss aber festgehalten werden, wie sich aus dem oben Gesagten ergibt, dass die Behandlung leider häufig genug an den wirklichen Ursachen der psychischen »Auffälligkeit« nichts ändern kann.

Nichtsdestotrotz, bzw. gerade deshalb erleben wir einen erheblich steigenden Bedarf an Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, der trotz deutlich steigender Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in den letzten Jahren nicht gedeckt werden kann. Sorgenvoll ist zu bedenken, dass fehlende oder nicht ausreichende Behandlung aufgrund der Chronifizierung der Störungen ein erhebliches – nicht nur volkswirtschaftliches, sondern insbesondere auch soziales, kriminologisches und kulturelles – Problem unserer (überalternden) Gesellschaft darstellen wird:

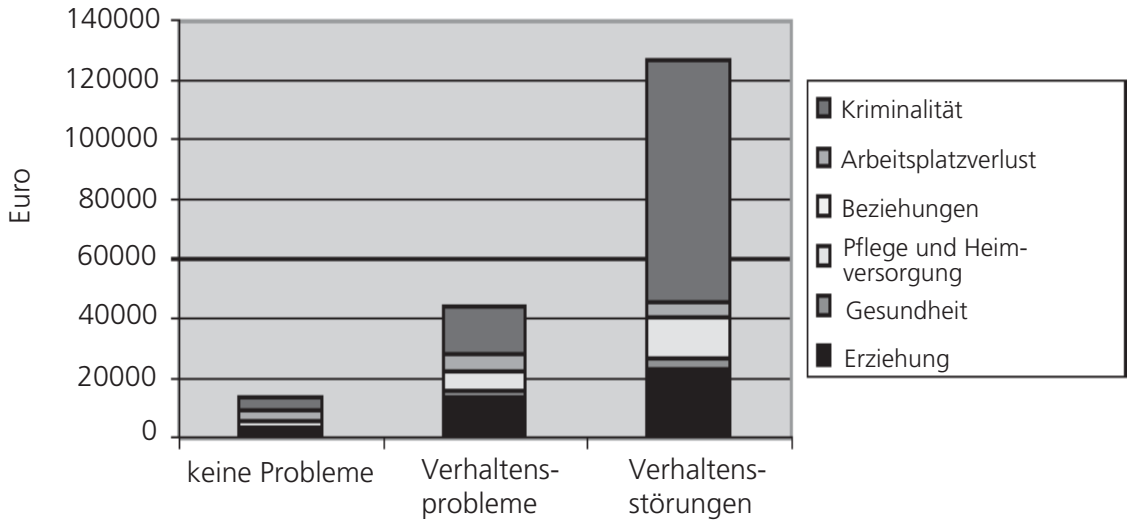


Abb. 1: Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit-Follow-up von Kindern mit und ohne Verhaltensstörungen und psychischen Störungen. Aus: Scott, S. et al. (2001)

Entwicklung der Gesamtzahl der berufstätigen Kinder- und Jugendpsychiater

Während es noch 1993 in Deutschland nur 648 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gab, waren 2009 schon insgesamt 1 587 Ärzte als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten tätig. Dabei ist der Frauenanteil im Vergleich zu anderen Facharztgruppen mit über 55 % überproportional hoch.

Die Entwicklung der Anzahl Kinder und Jugendlicher je berufstätigem Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) im Bundesgebiet – ohne Berücksichtigung von im Folgenden dargestellten regionalen Unterschieden – spiegelt diese erfreuliche Entwicklung aus anderer Perspektive wider: Kamen im Jahre 1993 noch 24 445 Kinder und Jugendliche auf einen KJPP, so sank diese Zahl kontinuierlich auf schließlich 10 072 im Jahre 2007 (Quelle: Bundesärztekammer/Statistisches Bundesamt).

Versorgungsdichte

Geht man von der vorsichtigen Schätzung aus, dass 6–7 % der Minderjährigen von einer dringend behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung betroffen sind (Hurrelmann et al. 2003), ergibt sich auf der Grundlage der derzeitigen Einwohnerzahl in Deutschland eine Anzahl von mehr als einer Million Kindern und Jugendlichen. Für 15–20 % besteht fachlicher Abklärungsbedarf, was einer Anzahl von 2,4–3,2 Millionen entspricht. Die Anzahl der tatsächlich pro Jahr Behandelten betrug aber nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer Antwort auf eine Anfrage der Bundesregierung im Jahre 2008 nur etwa 210 000. Insofern zeigt die seit Jahren zu beobachtende stärkere »Nachfrage« nach Behandlung keine Zunahme der Prävalenz, sondern die aus den oben aufgeführten Gründen nachdrücklicher eingeforderte Schließung einer Versorgungslücke.

Welche Versorgungsdichte steht kinder- und jugendpsychiatrisch bundesweit zur Verfügung? Dazu kann die folgende Versorgungslandkarte eine erste Übersicht geben:

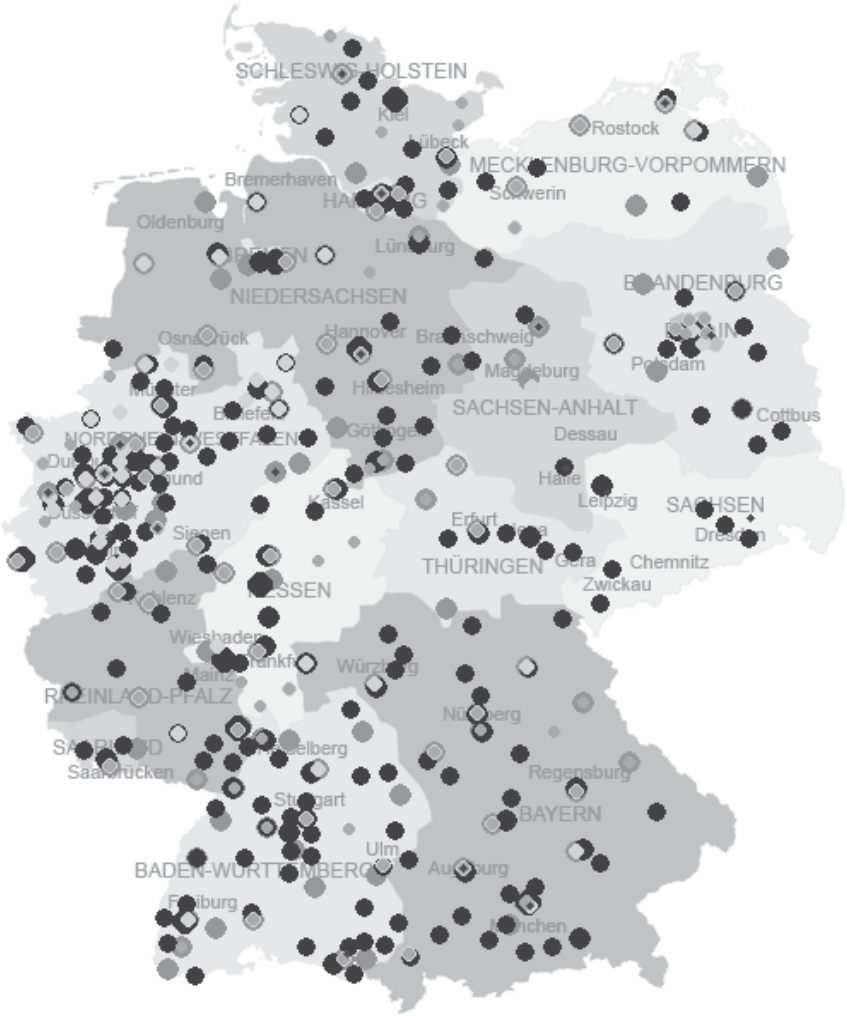


Abb. 2: Versorgungslandkarte Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (Quelle: www.bkjpp.de)

Deutlich wird ein allgemeines Versorgungsgefälle von Süd-West nach Nord-Ost. Festzuhalten ist darüber hinaus ein (geschichtlich begründeter) Unterschied in der ambulanten Versorgung zwischen einer im Westen vor allem durch Niedergelassene, im Osten hingegen eher durch Klinik-Ambulanzen geprägten Versorgungsstruktur.

Der Hauptanteil (etwa 90 %) der wohnortnahen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutischen Versorgung wird von niedergelassenen Fachärzten erbracht.

Sozialpsychiatrie

Ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung einer zeitgemäßen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung war 1994 die Schaffung der »Sozialpsychiatrie-Vereinbarung« (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. 2005 und Moik 2000). Das sozialpsychiatrische Versorgungsmodell bietet die optimalen Voraussetzungen für eine zeitoptimale, effiziente Vernetzung aller für die seelische Gesundung von Kindern und Jugendlichen nötigen Behandlungen und Hilfen, insbesondere unter Einbindung von nichtmedizinischen Bereichen wie Pädagogik, Jugend- und Sozialhilfe (Roosen-Runge 2000). Die hohe Qualität wurde von 2004 bis 2006 in einem Modell-Forschungsprojekt einer Arbeitsgruppe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg in Kooperation mit neun Modellpraxen aus der ganzen Bundesrepublik evaluiert und bestätigt (Mattejat et al. 2006).

Mehr als die Hälfte der derzeit ambulant tätigen 757 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Stand Ende 2009; Quelle: KBV) arbeitet inzwischen nach dem sozialpsychiatrischen Versorgungsmodell. Dabei stellt ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammen mit angestellten nichtärztlichen Therapeuten (Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen, ...) die Versorgung in Kooperation mit den umliegenden, auch gesundheitssystem-externen Hilfestrukturen sicher.

Die sozialpsychiatrische Struktur ist insofern optimal geeignet, eine

- *flexible,*
- *multimodale und interdisziplinäre,*
- *mit Schnittstellen kooperierende,*
- *insbesondere für schwerer und komplex Erkrankte geeignete,*
- *nicht-richtlinienpsychotherapeutische*

Behandlungsform zur Verfügung zu stellen

Die flächendeckende und ausreichende Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wird sowohl aufgrund der zu beobachtenden steigenden Fallzahlen nur interdisziplinär zu gewährleisten sein, dies gilt auch gerade beim Übergang ins Erwachsenenalter. Und die Kinder psychisch kranker Eltern verdienen sicher auch größere Beachtung als häufig bislang.

Art und Auftrag von Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Unterschied zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der »Psychiatriebericht 2007« der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007) stellt in Bezug auf (pädagogische oder psychologische) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und (fachärztliche) Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten fest: »Die beiden unterschiedlichen Anbieter im ambulanten Bereich sind in ihrem Behandlungsangebot nur begrenzt deckungsgleich und deshalb auch nicht austauschbar.«

Die inhaltlich-fachliche und strukturelle Ausrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterscheidet sich hinsichtlich der Behandlungsklientel und der verwandten Behandlungsverfahren vor allem in folgenden Punkten von der auf die Durchführung von Richtlinien-Psychotherapie festgelegten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:

- Niedrigschwelligkeit des Angebots (in der Richtlinienpsychotherapie erfolgt häufig eine positive Selektion von Mittel-/Oberschichtpatienten)
- An das Störungsbild angepasste Therapiefrequenzen
- Notfallbehandlung/Akutsituationen
- Behandlung von komplexer und schwerer psychisch Erkrankten, die nicht »richtlinienpsychotherapiefähig« sind (z. B. psychosenahe oder psychotische Zustände, komplexe Komorbiditäten)
- Anwendung eines flexiblen Behandlungsinstrumentariums unter Integration verschiedener (abgestufter und störungsspezifischer) Psychotherapietechniken mit psychosozialen Interventionen und ggf. Psychopharmakotherapie (Methodenintegration)
- Regelhaft Einbeziehung der Eltern in die Behandlung, Kooperation mit Hilfesystemen (statt Einzelfallbehandlung)
- Multiprofessioneller Ansatz

Dieser unterschiedliche Ansatz wird auch in den Behandlungszahlen deutlich, die sich etwa um den Faktor zehn unterscheiden: so beträgt z. B. die Anzahl der jeweils durch eine durchschnittliche Praxis versorgten Kinder und Jugendlichen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ca. 40 – 50/Quartal, für eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis mit Sozialpsychiatrie über 450.

Es ergibt sich nicht nur in Bezug auf die Versorgungsrelevanz hinsichtlich der Fallzahlen, sondern insbesondere hinsichtlich eines deutlich unterschiedlichen Versorgungsauftrags, sichtbar in der unterschiedlichen Behandlungsklientel, eine klare Differenzierung der beiden Fachrichtungen zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Deshalb ist die fortbestehende regionale Unterversorgung im Bereich der psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen nicht durch die vermehrte Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu lösen, wie dies seitens des gesellschaftlich-medialen Diskurses und politischen Absichtserklärungen oft verkannt wird.

Allerdings: 65 % aller Aufwendungen für psychische Erkrankungen fließen für die Versorgung von ca. 28 % der Patienten in die ambulante Richtlinienpsychotherapie, hingegen gehen weniger als 2 % der Gesamtausgaben an Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Melchinger 2008 und Melchinger et al. 2006). Hart formulierte diesbezüglich bereits 1971 das »Inverse Care Law«: *»The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.«* (Hart 1971)

Fast um dieses Gesetz nicht nur hinsichtlich der aufgewandten Geldmittel, sondern auch hinsichtlich der strukturellen Vorgaben zu bestätigen, schränkt die seit letztem Jahr geänderte aktuell gültige Sozialpsychiatrievereinbarung den oben beschriebenen, theoretisch eigentlich vorhandenen therapeutischen Freiraum für angepasste, niedrigschwellige, kooperative Therapie unnötig ein. Es werden strikte Vorgaben hinsichtlich Therapiehäufigkeiten gemacht und die Einbeziehung der Eltern und anderer Bezugspersonen in die Behandlung strukturell erschwert. Die Folge ist »Medianisierung« der Behandlungsfrequenzen auf strukturell und wirtschaftlich erzwungene mindestens und maximal drei Kontakte im Quartal (wohingegen in den vergangenen zehn Jahren eine flexible Gestaltung der Behandlungsfrequenzen mit im Bedarfsfall z. B. wöchentlicher Therapiefrequenz möglich war).

Eine zusätzliche Problematik ergibt sich seit diesem Jahr durch die Begrenzung der pro Patient/Familie möglichen Gesprächsleistungen durch Budgetregelungen, die ebenfalls eine bedarfsgerechte Therapieplanung erschweren. Es bleibt zu hoffen, dass im Sinne eines inversen »inverse care« diese unsinnigen Beschränkungen fallen und die Behandlungsleistungen der fachärztlichen Sozialpsychiatrie den Richtlinien-Psychotherapieleistungen analog bewertet werden.

Kooperationen

Trotz der oben erwähnten Schwierigkeiten wird glücklicherweise Kooperation in und durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gelebt. In einer gemeinsamen Umfrage der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)* und des *Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)* unter den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Praxen wurden im Jahre 2009 Bedingungen für gelingende Kooperationen erfragt und existierende Modellprojekte erhoben:

Was ist aus ihrer Sicht für die Kooperation förderlich?

- Zeit
- Geduld
- Interessengleichheit
- Austausch
- Transparenz
- »Schauen über den Tellerrand«
- Kooperative Haltung

- »kleine Lösungen«
- zeitnahe Erledigung von Anfragen und Aufträgen (!)
- strukturierter Informationsübergang (s. Rotenburger Kooperationsstandard)
- gemeinsames strukturiertes Vorgehen
- regelmäßige Treffen mit Fachdienstleitern der Jugendämter
- Regelmäßigkeit der Treffen (nicht nur im Konfliktfall)
- schriftliche Vereinbarungen
- gemeinsame Fortbildungen

Was ist für die Kooperation hinderlich?

- Abgrenzungen
- Profilierungsbestrebungen
- Kompetenzgerangel
- Verdeckte Aufträge
- Verschiebung von Problemfällen
- Abwehr von Austausch – Befürchtungen, den Patienten zu verlieren (aus gut versorgtem Gebiet)
- häufige Wechsel der Ansprechpartner auf beiden Seiten
- Bürokratie
- große Betriebseinheiten
- zu geringe Ressourcen (finanziell, personell, zeitlich),
- kassenärztliche Vereinigung
- unterschiedliche Finanzierungen

Genannt wurden explizit »Leuchtturmprojekte« zu folgenden psychischen Störungen:

Störungsspezifische Netzwerke:

- ADHS (Müritz, Regensburg, Berlin, Leipzig, Neuwied, Dortmund, Bochum, Lüdenscheid, Rostock, Köln, Herdecke, Weinsberg, Brandenburg, Magdeburg, Marsberg ...)
- Autismus (ZfP Weissenau, Charité, Bayreuth, ANT-Erfurt)
- Essstörung (Charité, Dortmund, München mit verbindlichen Vereinbarungen – ANAD),
- Geistige Behinderung (Fulda)
- Gewaltprävention (Wesel)
- HALT-Projekt (Müritz)
- Hochbegabung (Datteln, Lüdenscheid)
- Intensivtäter (Klinikum Nürnberg)
- Kinder psychisch kranker Eltern (LU, Berlin KEH, Weissenau im Werden)
- Kindeswohlgefährdung/Frühe Interaktionsstörungen/Prävention (Ückermünde, Düsseldorf, Leipzig, Merseburg, Fulda, Ganderkesee. München PM, Offenburg, Marsberg, Herdecke)
- Legasthenie (Offenburg)

- Psychosen-Früherkennung (Charité), Eingangsuntersuchungen (Marsberg, Herdecke)
- Psychosomatik (Leipzig)
- Sex, Missbrauch (Neuwied, Weissenau, Dortmund, Bremen, Brandenburg)
- Sucht (Weissenau, Fulda, Weinsberg, Brandenburg, ev. Marsberg)
- Suizid (Calw, Weinsberg)
- Traumatherapie (Nürnberg, Offenburg)

Über den beschriebenen engen Rahmen des Gesundheitssystems hinaus konnten folgende gemeinsam finanzierte Strukturen mit der Jugendhilfe geschaffen werden:

Finanzielle Vereinbarungen mit der Jugendhilfe

- Konsiliardienst Jugendhilfe (Eltville, Düsseldorf, HH Wilhelmstift, Rostock, Halle, Riedstadt, Ellwangen)
- Fallberatung/Supervision Jugendhilfe (Weinsberg, Offenburg, Marsberg)
- Fachleistungsstunden in Jugendhilfe (Ückermünde)
- Fortbildung Jugendamt und Jugendhilfepersonal (Klinikum Nürnberg, Regensburg, Düsseldorf, Merseburg, Leipzig, Datteln, Lübeck, Wesel, Rostock, Köln)
- Teilnahme HPG Jugendamt (Regensburg)
- Begutachtung Jugendamt (Lübeck, Lüdenscheid, HH Wilhelmstift, Stuttgart, Weinsberg, Bremen, Offenburg)

Besonders erwähnenswert sind folgende Projekte:

- Frühinterventionen (zusammen mit den Gesundheitsämtern): Leipzig, Düsseldorf, Marsberg, Herdecke)
- »Guter Start ins Kinderleben« mit breiter Vernetzung (TK Ludwigshafen, Rh.-Pfalz; Düsseldorf mit Gesundheitsamt)
- GPV Bodenseekreis: Projekt für den Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen, in Koordination aller Hilfen und Mischfinanzierung
- Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie (Hessen, Sozialministerium und FH Wiesbaden)
- JUST Weissenau: Mischfinanzierung Jugendhilfe/GKV/DRV Land
- Kinder psychisch kranker Eltern: ISM Mainz (Klinikum LU); Landesstiftung BaWü, Uni Ulm, Weissenau
- KITA-Gewaltprävention: Wesel (mit Jugendamt)
- »Kooperationskonferenz« Magdeburg und Vorbereitungen für ein KJPP-Regionalbudget Sachsen-Anhalt (mit Niedergelassenen)
- Kooperation Jugendhilfe-Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Thüringer Sozialministerium und externe Begleitung FH Erfurt/Nordhausen
- Trauma-Ambulanzen NRW (mit Versorgungsämtern)

Es bleibt zu hoffen, dass diese Auswahl von Modellprojekten in der nächsten Zeit durch viele weitere Kooperationsprojekte ergänzt werden kann. Dazu müssen aber die Wichtigkeit der fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen, insbesondere auch in Form des sozialpsychiatrischen Praxismodells, weiter ins gesellschaftliche

und (gesundheits- und sozial)politische Bewusstsein vordringen und sektoren- und hilfssystemüberschreitende Kooperationsstrukturen ermöglicht werden. Dazu bedarf es intelligenter Finanzierungsregelungen genauso wie der Flexibilisierung von Rahmenvorgaben. Erst dann kann ein der jeweiligen Störung angepasstes, oder besser: dem jeweiligen Kind, Jugendlichen, der Familie angepasstes Vorgehen entwickelt werden, das nicht aus jeder psychischen Befindlichkeitsstörung eine behandlungsbedürftige Krankheit macht, aber ernsten psychischen Erkrankungen ausreichende Behandlungsplätze und flexible Behandlungsformen zur Verfügung stellen kann.

Literatur

Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Psychiatrie in Deutschland (Hg.) (2007): Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (bkjpp) (2005/4). Themenheft »10 Jahre Sozialpsychiatrie-Vereinbarung«. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; 2–49.

Hart, J. T. (1971): The Inverse Care Law. Lancet, 1: 405–412.

Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W. et al. (2003): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

Mattejat, F./Trosse, M./John, K. et al. (2006): kjp-Qualität – Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Abschlussbericht. Marburg: Görich und Weiershäuser.

Melchinger, H. et al. (2006): Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006; 77: 73–80.

Melchinger, H. (2008): Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten. Dtsch Arztebl 2008; 105 (46): A 2457–2460.

Moik, C. K. D. (2000): Sozialpsychiatrie-Vereinbarung: Geschichtliche Entwicklung, gesetzliche Grundlagen, Versorgungsmöglichkeiten, vertragliche Verpflichtungen und wirtschaftliche Folgen sozialpsychiatrischer Versorgung im Rahmen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Tätigkeit. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; 2: 27–39.

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Robert Koch-Institut (Hg.). Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz; 50: 871–878.

Robert Koch-Institut (Hg.)(2007): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch -Gesundheitsschutz; 50 [2].

Roosen-Runge, G. (2000): Praxis und Theorie der Sozial-Psychiatrischen Versorgungsform (SPV) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.; 2: 40–77.

Scott, S./Knapp, M./Henderson, J./Maughan, J. (2001). Financial costs of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. British Medical Journal, 323, 191–196.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in Berlin

Christoph Pewesin[1]

Als ich nach dem Medizinstudium Ende 1977 meine Facharztausbildung in der Klinik Wiesengrund in Berlin-Hermsdorf begann, lernte ich eine jener für diese Zeit typischen psychiatrischen »totalen Institutionen« kennen. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Großklinik mit mehreren hundert »Betten« am Rande der Stadt, nahezu die einzige für ganz West-Berlin. Schlafsäle mit bis zu zehn Kindern und Jugendlichen, die daneben lediglich noch einen »Tagesraum« hatten, kaum Platz für Persönliches. Die Klinikaufnahme bedeutete sechs Wochen Diagnostik, »Beobachtung« weit weg von den Familien, die teilweise eine stundenlange Anreise hatten.

Die »heilpädagogische« Abteilung versammelte eine große Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit sehr unterschiedlichen Auffälligkeiten oft über Jahre in der Klinik, die mir vom Ausdruck her alle irgendwie ähnlich erschienen: emotional verarmt, »lernbehindert« oder mit MCD, der »minimalen cerebralen Dysfunktion«, wie man damals sagte. Sie hielten sich im Wesentlichen in den beiden ihnen zur Verfügung stehenden Räumen auf, besuchten die Klinikschule oder waren im »Hof« oder im umgebenden Wald unterwegs. Das Verhältnis zwischen Lehrern und Erziehern war gespannt, Visiten gab es kaum, die Psychologen testeten, ein Kinder- und Jugendlichentherapeut kam auf 200 Kinder, es gab Logopädie, Krankengymnastik und Beschäftigungstherapie, im Wesentlichen aber »Heilpädagogik« von zum Teil unausgebildeten Erziehern.

Wir, die jungen engagierten Kollegen, »öffneten die Klinik« für Außenstehende, machten Führungen, beschrieben den Hospitalismus und gründeten 1980 eine der ersten therapeutischen Wohngemeinschaften aus der Klinik heraus, kämpften gegen einen Neubau, der das System festschreiben würde.

Es war die Zeit des Beginns der Psychiatrie-Reformbewegung, die »Psychiatrieenquete« listete die gravierenden Mängel der Versorgung auf, die wir täglich beobachten konnten, und schlug eine wohnortnahe, regionalisierte kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung vor, deren Credo »ambulant vor stationär« war, also eine Umkehrung der damaligen Praxis, es sollten kleine klinische Einheiten in den Versorgungsregionen geschaffen werden mit einem Netz von Beratungsstellen und ambulanten Hilfen. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater gab es damals vier in ganz West-Berlin. An die Klinik angeschlossen gab es eine Ambulanz, aus der sich der erste Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst entwickelte.

In den nächsten 25 Jahren änderte sich die Berliner Versorgungslandschaft nach den Vorgaben der Enquete-Kommission, die in hohem Maße umgesetzt wurden, grundlegend. Heute hat Berlin in seinen zwölf Bezirken eine regionale psychosoziale gemeindenahe Versorgung mit jeweils einem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD), dem regionalisierten Jugendamt, mit seinen wohnortnah organi-

1 Unter Mitarbeit von Dipl. Psych. Ronald Schmidt.

sierten psychosozialen Trägern, die eine Vielzahl von ambulanten und auch stationären Hilfen anbieten. Je nach Bezirk gibt es eine regional sehr unterschiedliche Anzahl von Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die auf die Mittelschichtbezirke konzentriert sind. Jeweils zwei Bezirke bilden eine Region mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik, deren Bettenzahl begrenzt ist auf derzeit 24 stationäre und 24 teilstationäre Plätze, die Aufenthaltsdauer in der Klinik ist aufgrund des Belegungsdruckes vergleichsweise kurz.

Reinickendorf ist der nördlichste Bezirk Berlins mit 240 000 Einwohnern, davon sind 36 000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (15 %), die Sozialstruktur ist sehr heterogen, neben Problembezirken mit einem hohen Anteil von prekären Lebensverhältnissen finden sich auch Ortsteile mit gutbürgerlichen Milieus und Villengegenden. Reinickendorf ist insofern typisch für die Berliner Sozialstruktur. Niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychiater gibt es lediglich drei, die Versorgung mit Kinder- und -Jugendlichenpsychotherapeuten ist begrenzt. Gemeinsam mit dem Bezirk Pankow bilden wir die »Region Nord« mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen (KJP)-Klinik in Berlin-Buch.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) als Fachdienst des regionalen Gesundheitsamtes stellt ein wichtiges sozialpsychiatrisches Element in der Leistungskette der Versorgung seelisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher dar. Wie jeder der zwölf Berliner Bezirke verfügen wir über eine Dienststelle, die mit zwei Fachärzten, zwei Diplompsychologen, zwei Sozialarbeitern und zwei Verwaltungskräften besetzt ist. Wir arbeiten grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch, ergänzend zur Klinik und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxen und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Zuständig sind wir für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene des Bezirks, schwerpunktmäßig für die mit – wie man heute sagt – »komplexem fachübergreifendem Hilfebedarf«, also Kindern und Jugendlichen, die Probleme in verschiedenen Bereichen haben, bei denen ein großer Bedarf an Zusammenarbeit mit anderen Institutionen besteht, oder die schwer zu erreichen sind. Die Aufgaben und des KJPD beinhalten auch hoheitliche amtsärztliche Aufgaben nach dem Ländergesetz für Psychisch Kranke (PsychKG).

Aufgabenbeschreibung

1. Diagnostik und Beratung

Die Hauptaufgabe der Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht in der fachspezifischen ärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen Untersuchung und Beratung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien, die Auffälligkeiten oder Störungen ihrer psychischen Gesundheit aufweisen, kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Verhaltensstörungen zeigen, geistig behindert sind oder von diesen Krankheitsbildern oder Störungen bedroht sind. Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit neurologischen, psychosomatischen und anderen

körperlichen Erkrankungen gehört ebenso zu unserem Aufgabengebiet, wenn diese Erkrankungen Auswirkungen auf die psychische oder geistige Gesundheit haben.

Jede Untersuchung umfasst eine fachgerechte Befunderhebung und mehrdimensionale Diagnosestellung einschließlich der Anamnese und einzuholender Vorbefunde. Sie berücksichtigt alle störenden und schützenden Einflüsse in der Vorgeschichte und im unmittelbaren Lebensumfeld des Kindes/Jugendlichen (d. h. das Familiensystem, das gesellschaftliche und schulische Umfeld, soziale und wirtschaftliche Risikofaktoren) im Hinblick auf den individuellen körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklungsstand (Entwicklungspsychopathologie). In der Regel sind zur Problemanalyse und Diagnosestellung mehrere Termine erforderlich, um die Probleme aus unterschiedlichen Perspektiven beurteilen zu können.

Jede Untersuchung wird mit einer anschließenden ausführlichen Beratung der Kinder/Jugendlichen und deren Familien verbunden. Die Beratung enthält neben der ausführlichen Information über die erhobenen Befunde und Diagnosen Vorschläge für Veränderungs- und Hilfemöglichkeiten individueller und systemischer Art (der Familie und des Lebensumfelds). Sind weitergehende Hilfen erforderlich, erarbeiten wir ein individuelles, meist multi-modales Handlungskonzept gemeinsam mit der Familie. Hierbei spielt die Motivationsarbeit insbesondere bei bildungsfernen Bevölkerungsgruppen eine große Rolle, damit die vorgeschlagenen Hilfen auch angenommen werden können.

In regelmäßigen Abständen führen wir Nachuntersuchungen durch (u. a. bei der Fortschreibung von Hilfen). Als fachliche Begleitung überprüfen wir die Durchführung der eingeleiteten Maßnahmen (Qualitätssicherung), insbesondere bei seelischen Störungen/Behinderungen nach § 35 a SGB VIII.

Kurz- oder selten auch längerfristige Betreuungen und Behandlungen durch den KJPD sind bei den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern erforderlich, die im bestehenden Regelangebot nicht ausreichend versorgt werden können, in Praxen und Psychotherapien nicht »ankommen«. Es handelt sich oft um Jugendliche mit komplexen Problemlagen, zunehmend um Jugendliche mit Suchtgefährdung, Jugendliche mit nicht ausreichender Motivation zu einer ambulanten Psychotherapie in einer Praxis oder Jugendliche, die sich nicht woanders hin vermitteln lassen. Es sind nicht selten junge Menschen mit sehr unklaren Zukunftsperspektiven, mangelnden Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt.

2. Krisenintervention

Eine weitere Aufgabe des KJPD sind Kriseninterventionen bei Notfällen, akuten seelischen Krisen, insbesondere bei Jugendlichen, häufig verbunden mit latenter oder akuter Suizidalität, Drogenkonsum oder im Rahmen von Identitätskrisen und psychotischen Störungen. Es stellen sich die Fragen: Gibt es Beistand in der eskalierenden Situation? Ist eine Herausnahme des Kindes oder Jugendlichen aus der Situation zur Abwendung von Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig, oder: Welchen Beistand gibt es bei der Bewältigung alltäglicher Situationen, besonders

bei psychisch kranken Angehörigen? Gelegentlich sind sofortige Interventionen, z. T. mit Inobhutnahmen bei Kinderschutzfällen oder Unterbringungen, auch nach dem PsychKG, in Kliniken notwendig, die wir dann einleiten, wir werden auch auf Anforderung der Klinik hoheitlich tätig.

Im Rahmen von Kriseninterventionen sind Gespräche vor Ort, häufig auch Hausbesuche, erforderlich, ein Notfalldienst besteht tagsüber, nach Dienstschluss ist der regionale Krisendienst zuständig und 24 Stunden erreichbar. Bei Verdacht auf Verstöße gegen das Kindeswohl werden Maßnahmen zur Sicherstellung des Kindeswohls in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, dem dortigen Kinderschutzteam, und den Familiengerichten eingeleitet, hier werden wir als Fachdienst hinzugezogen.

3. Hilfeplanung

Nach der Diagnostik und Beratung folgt in einem nächsten Schritt die Einleitung der notwendigen medizinischen, psychologischen, sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Hilfen. Diese erfolgen oft im Rahmen eines Gesamthilfeplans in enger Kooperation mit dem Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes oder anderen entsprechenden Leistungs- und Rehabilitationsträgern. Es kommen sowohl Hilfen zur Erziehung (§ 27 Sozialgesetzbuch [SGB] VIII) als auch Eingliederungshilfen (§ 35 a SGB VIII und § 53 SGB XII) infrage sowie Hilfen bei jungen Volljährigen (§ 41 SGB VIII). In gemeinsamen Hilfeplangesprächen, in die idealerweise alle Beteiligten einschließlich der Eltern einbezogen sind, werden Möglichkeiten besprochen und es wird geschaut, auf was die Eltern sich einlassen können, was wünschenswert und was machbar ist. Das klappt aus unserer Sicht mit den sozialpädagogischen Diensten überwiegend gut, mit dem Schulbereich mit seiner noch einmal völlig anderen Organisationsstruktur ist noch viel Kooperationsarbeit zu leisten. Zur Einleitung der Hilfemaßnahmen sind immer gutachterliche Stellungnahmen erforderlich. Hierzu gehören amtsärztliche Stellungnahmen mit der Zuordnung zu den in den Gesetzen definierten Personenkreisen mit besonderen Leistungsansprüchen.

In Zusammenarbeit mit der regional zuständigen Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstützen wir diese dabei, die Versorgungskette nach der Klinikbehandlung im ambulanten Bereich sicherzustellen. Von uns empfohlene kassenrelevante Leistungen werden in Absprache über mitbehandelnde niedergelassene Ärzte verordnet.

4. Kooperation und Vernetzung

Eine geregelte Zusammenarbeit des regionalen Hilfesystems für Kinder und Jugendliche ist ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit. Zum regionalen Hilfesystem gehört für den KJPD der regionale Sozialpädagogische Dienst mit dem Bereich Kinderschutz, die Träger der Jugendhilfe mit ihrem differenzierten Angebot, der Schulpsychologische Beratungsdienst, die regionale KJP-Klinik und in Einzelfällen andere Spezialeinrichtungen, mit denen das Hilfeplanverfahren abgestimmt wird.

Zur Begleitung von Hilfen, die im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung eingeleitet wurden, gehört auch die Fachberatung von Mitarbeitern anderer psychosozialer Einrichtungen (z. B. Sonderkindertagesstätten, Integrationsinstitutionen, Förderschulen, Heime), Gespräche mit Lehrern, Erziehern und anderen Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen sowie der Austausch mit beteiligten ärztlichen, psychologischen, psychotherapeutischen, sozialpädagogischen Kollegen. Dieser Austausch bildet einen Kern des sozialpsychiatrischen Denkens und Handelns. Absprachen über die Zuständigkeit und gemeinsame Verantwortung mit der EFB und dem Schulpsychologischen Beratungszentrum der Region sind notwendig, um Doppel-Untersuchungen und -Betreuungen zu vermeiden.

Zur notwendigen Kooperation und Sicherstellung von Hilfen der verschiedenen am Hilfeprozess Beteiligten ist die Mitwirkung in relevanten bezirklichen und überbezirklichen Gremien wichtig, um dem komplexen Hilfebedarf unserer Klientel sicherzustellen sowie um Mängel, Lücken und Versorgungsengpässe im Hilfesystem zu erkennen und diese zu schließen. Hierzu gehören z. B. die Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), in den Kiezrunden, im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Regionalverbund (AG Nord), im Präventionsrat gegen Gewalt, in der Steuerungsrunde der Schulpsychologie mit den Abteilungen Jugend und Gesundheit, in den Gesprächsrunden mit dem Jugendamt und weiteren relevanten Gremien. Zweimal jährlich treffen sich die Fachdiagnostischen Dienste.

Hierzu ein Beispiel: Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeitern des Jugendamtes, des KJPD, des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene und Freien Trägern der Jugendhilfe, der Suchthilfe und der Sozialhilfe für Erwachsene hatte sich längere Zeit damit beschäftigt, eine Vereinbarung zu erstellen, wie der Übergang von der Jugendhilfe zur Betreuung im Erwachsenenbereich gestaltet werden sollte. Dabei sollte der »Schwelle« entgegenwirkt werden, die vielen Jugendlichen beim Übergang ins »junge Erwachsenenalter« begegnet und koordinierte Hilfen durch Zuständigkeitsgerangel behindert, teilweise auch unmöglich macht. Die Jugendlichen können so »zwischen Baum und Borke« hängen bleiben. Kernpunkt der Vereinbarung neben den gemeinsamen Fallbesprechungen waren eine bleibende Zuständigkeit für solche jungen Erwachsenen, die über die Jugendhilfe finanziert wurden und bei denen sich die Frage stellte, ob ab 18 eine Hilfe über das Sozialamt erfolgen sollte oder ob noch »Entwicklungsbedarf« besteht und damit eine Hilfe für junge Erwachsene nach § 41 SGB VIII im Rahmen der Jugendhilfe fortgeführt werden sollte.

Als diese Vereinbarung fertig und von allen Dienststellen abgesegnet war, suchte sich die AG eine neue Aufgabe und wandte sich dem Thema: »Kinder psychisch kranker Eltern« zu. Wie in keinem anderen Bereich sind mit diesen Familien viele Helfer im Kontakt, die nichts voneinander wissen, sehr unterschiedliche Blickwinkel haben und deshalb auch oftmals kaum kooperieren. Inhaltlich setzte sich die Arbeitsgruppe zwei Schwerpunkte:

- In einem ersten Schritt wollten wir erforschen, wie das regionale Netzwerk der Institutionen, die sich um Familien mit psychisch kranken Eltern kümmern, in Reinickendorf gestrickt ist, eine Bestandsaufnahme erstellen, Kommunikation

untereinander herstellen mit dem Ziel der verbesserten Zusammenarbeit der Hilfesysteme in diesem speziellen Problemfeld.
- Im Rahmen dieses Prozesses wollten wir die Fachöffentlichkeit in Reinickendorf für dieses Thema sensibilisieren, einen Austausch über die unterschiedlichen Blickwinkel ermöglichen, mehr Wissen und Erfahrungen austauschen mit dem Ziel, angemessene Hilfsangebote für diese Familien bereitzustellen. Motto: Sensibilisieren, Informieren, gemeinsam handeln.

Die schon vorhandene Arbeitskultur und Struktur der AG erleichterte dieses Vorhaben erheblich. Die Erforschung der Angebote erfolgte per Fragebogen und Diskussionen in den beteiligten Institutionen. Es wurde schnell deutlich, dass die unterschiedlichen Blickwinkel der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie, gegenseitige Vorbehalte, Unkenntnisse über die jeweiligen Arbeitsweisen, Inhalte und Philosophien ein bedeutsamer Hemmschuh für die Zusammenarbeit darstellt. So organisierten wir im Sommer 2010 einen dienststellenübergreifenden ganztägigen Fachtag, an dem insgesamt 80 Mitarbeiter der verschiedenen Dienststellen aus dem Jugend- und Erwachsenenbereich teilnahmen (die freien Träger waren zunächst ausgeschlossen). In Kleingruppen, bestehend aus Mitarbeitern unterschiedlicher Dienste wurden exemplarische Fälle diskutiert, über unterschiedliche Herangehensweisen gesprochen und Wege der Zusammenarbeit ausgelotet. In den gemeinsamen Pausen fanden die lebhaftesten Diskussionen statt von Kollegen aus den verschiedenen Bereichen.

Dieser begonnene Prozess wird nun vertieft, weitere Ziele sind Information für die niedergelassenen Ärzte mit Hinweisen auf Hilfsmöglichkeiten in der Region, später an Schulen. Im Zentrum steht jetzt ein koordiniertes Hilfesystem, Zusammenarbeit der Dienste, Kooperation von Trägern der Jugendhilfe und des Erwachsenenbereichs, beide Hilfsperspektiven »in einer Hand« zu etablieren, gemeinsame Fortbildungen, Fallbesprechungen und Supervision der Beteiligten zu gestalten.

Kooperation wird in allen Diskussionen über die Versorgungslage der Kinder- und Jugendlichen mit seelischen Auffälligkeiten in den Mittelpunkt gestellt. Dies geschieht möglicherweise deshalb, weil man bei den steigenden Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen, psychischen und psychosomatischen Problemen etwas tun will, ohne mehr Geld für Ressourcen auszugeben. Dabei sollen Synergieeffekte erzeugt werden, was auch tatsächlich geschieht. Es gibt noch große Mängel in der Kooperation. Im Jahr 2003 wurde in Berlin eine Broschüre der Senatsverwaltung mit Vorschlägen zur »Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule« erstellt, die großen Anklang fand. Außerdem wurde ein Modellprojekt »Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule in der Region Berlin-Südwest 2005 – 2008«, durchgeführt, in dem Kooperationsmodelle exemplarisch erprobt wurden. Im August 2009 erschien der Abschlussbericht, in dem beschrieben wird, unter welchen Bedingungen gute Zusammenarbeit gelingen kann (Herausgeber Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales).

Resümee

1. Der KJPD ist ein wichtiges Glied in der Leistungskette der Versorgung seelisch kranker, behinderter und von Behinderung bedrohter junger Menschen, besonders bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die besonders große Probleme haben (machen), in verschiedenen Bereichen auffällig und problematisch werden, die einen »fachübergreifenden komplexen Hilfebedarf« haben, bei denen es besonders wichtig ist, dass die Beteiligten kooperieren, gleichzeitig die Familien schwer zu erreichen und zu motivieren sind. Der KJPD kann die Arbeit der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und -Psychotherapeuten ergänzen, jedoch nicht ersetzen. Durch Änderung des Abrechnungssystems der Krankenkassen sollte effektive Kooperation auch für die niedergelassenen Kollegen möglich werden.
2. Der KJPD kann neben der Betreuung der beschriebenen Klientel als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes und seinen Kooperationsaufgaben auch Aufgaben der Bedarfsermittlung bei strukturellen Veränderungen der Krankheitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen übernehmen, Vorschläge machen und seine Arbeit subsidiär in diese Richtung entwickeln.
3. Wenn wir von den Bedürfnissen der betroffenen Kinder- und Jugendlichen und deren Familien ausgehen, geht es nicht um Zuständigkeit. Kooperation bedeutet dann einen gemeinsamen Betreuungs- und Behandlungsprozess, in dem die verschiedenen Kooperationspartner gemeinsam handeln mit ihren jeweils aus den spezifischen Blickwinkeln gewonnenen Einschätzungen. Sie haben einen gemeinsamen Auftrag, eine Verantwortungsgemeinschaft, die vom Gesetzgeber so gewollt ist. Dieses Ziel gilt es weiter voranzutreiben.

unplugged – Das Beratungscafé – Angebote für junge psychisch kranke Menschen – unsere Erfahrungen

Christopher Haas

Von der Idee zum Café

Im Jahr 2004 wurden die jungen Menschen vermehrt Thema in unserem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Im Fokus der Betrachtungen lagen hier ältere Jugendliche und junge Erwachsene (16–27 Jahre). Übereinstimmend wurde festgestellt, dass in dieser Personengruppe in Mainz die jungen Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen zunahmen. Verschiedenste Bereiche wie die Werkstatt, die Psychiatrische Klinik, das Wohnheim, die niedergelassenen Fachärzte bestätigten diesen Trend, der sich auch mit den bundesweiten Erfahrungen deckte. Weiter wurde jedoch festgestellt, dass die beschriebenen jungen Menschen die bestehenden Unterstützungsangebote weitestgehend nicht in Anspruch nahmen und die Angebote als für sich unpassend eher ablehnten.

Mainz hat ca. 200 000 Einwohner und verfügt über ein gut ausgebautes Netz von Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Es gab in Mainz Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und auf der anderen Seite auch zahlreiche Hilfen für chronisch psychisch kranke Erwachsene. Nur für die jungen Erwachsenen, die in ihrer Entwicklung zwischen diesen Hilfesystemen stehen, und Elemente aus beiden Bereichen benötigen, fehlten passende Angebote. Die traditionellen gemeindepsychiatrischen Angebote waren auf Erwachsene ausgerichtet und vielfach durch ältere Nutzer besetzt und geprägt. Es wurde klar, dass die jungen Menschen zwar einen großen Hilfebedarf haben, aber die bestehenden Angebote nicht nutzen wollten oder konnten. Handlungsleitend war aber nicht nur der offensichtliche Mangel eines solchen Angebots, sondern vielmehr auch die jungen Erwachsenen selbst, die mit den bestehenden Möglichkeiten der Unterstützung nicht zurechtkamen. So war es uns von Anfang an ein Anliegen, dass die jungen Menschen als Experten in eigener Sache an der Entwicklung des neuen Konzepts mitwirken.

Neben den uns schon bekannten jungen Menschen, vermuteten wir eine recht große Gruppe junger Menschen, die sich auf dem Weg zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung befinden aber noch keinerlei Kontakte zu Unterstützungsangeboten oder Fachärzten hatten.

Born to be wild

Die Lebensphase der 16- bis 27-Jährigen ist eine Phase der Veränderungen und Weichenstellungen. Für viele sind es recht wilde Jahre, voller Brüche: Aufbrüche und Abbrüche.

Junge Erwachsene befinden sich heute in einer paradoxen Situation: Tatsächliche oder vermutete Möglichkeiten der Lebensplanung und Lebensentfaltung suggerieren

noch nie da gewesene, fast unbegrenzte Chancen. Dem steht aber oft die eigene Lebenswirklichkeit entgegen. Die begehrten Arbeits- und Ausbildungsplätze sind knapp und stets an einen hohen Erwartungs- und Leistungsanspruch gekoppelt. Diese hohen Anforderungen an Selbstorganisation und Stresstoleranz können Faktoren sein, die schon uns herausfordern, die Jugendlichen aber schnell überfordern können. Auffällig in der psychiatrischen Versorgung der jungen Menschen war, dass die Betroffenen meist nur psychiatrische Hilfe zur Krisenintervention in Anspruch nahmen. Eine Behandlung wurde nur in der Notfallsituation akzeptiert, eine Anschlussbehandlung und eine psychosoziale Weiterbegleitung waren meist nicht möglich. Der Punkt der notfallmäßigen Versorgung ohne befriedigende Anschlussbehandlungen fiel uns hierbei besonders signifikant auf.

Die jungen Erwachsenen haben zu diesem Zeitpunkt oft einen sehr umfassenden und komplexen Hilfebedarf, dem man nun institutionell mit hoher struktureller Dichte begegnen könnte. Dies trägt aber weder den Wünschen noch der Lebenssituation der jungen Menschen Rechnung.

Vom Konzept zum Café

Mit der Konzeption von »unplugged« gehen wir einen anderen Weg. Konsequent personenzentriert bieten wir ein niederschwelliges Unterstützungsangebot, das sich an dem persönlichen Hilfebedarf des Einzelnen orientiert und ohne große Zugangsschwellen die passgenauen Hilfen bietet, die er benötigt und auf die er sich einlassen kann. Der Beziehungsaspekt bei diesen Hilfen steht im Vordergrund. Ein weiterer wichtiger Vorteil der Niederschwelligkeit ist zudem die allgemeine Akzeptanz als Beratungsstelle. So fühlen sich die Besucher von »unplugged« kaum Stigmatisierungen ausgesetzt und haben auch keine Scheu ihre Freunde mit in das Beratungscafé zu bringen.

unplugged – Name als Programm

»Unplugged« bedeutet im Englischen ausgesteckt/ausgestöpselt. »Unplugged« wurde durch MTV zu einem Synonym für diese ursprüngliche Seite der Musik, die einfach pur, unverfälscht, spontan, unverstärkt und ohne große Technik präsentiert wird.

Für uns ist »unplugged« mehr als nur ein passender Name für unser Beratungscafé. Pur, unverfälscht, spontan und unkonventionell sind auch unsere Besucher. Noch etwas schwankend zwischen Übermut und Selbstunsicherheit wollen sie sich ausprobieren und ausleben. Für uns ist der Name daher auch Programm. Wir wollen mit den jungen Menschen gemeinsam eine Atmosphäre schaffen, in der genau dieses ursprüngliche und unvoreingenommene Ausprobieren in einem geschützten Rahmen möglich ist. Das Augenmerk liegt nicht auf den Einschränkungen und dem, was nicht möglich, sondern auf dem, was alles möglich ist.

»unplugged« ist mehr als ein Café und mehr als eine Beratungsstelle. Wir, das sind momentan vier Mitarbeiter, wollen den jungen Menschen so viel Unterstützung

bieten, die sie benötigen und zulassen können und so wenig psychiatrisches Versorgungsangebot wie möglich. Viele der jungen Menschen haben noch ein halbwegs funktionierendes Netzwerk aus Familie, Freunden und Bekannten. Wir möchten sie nicht in eine psychosoziale Parallelwelt abwerben, die dieses Netzwerk ersetzt. Wir wollen nur da anregen und unterstützen, wo das bestehende Netzwerk nicht mehr tragfähig ist oder Lücken hat.

»unplugged« hat zwei wichtige Bereiche: Der *offene Bereich* ist zu den Öffnungszeiten ein niederschwelliges Angebot ohne Eintrittskarte oder irgendwelche Verpflichtungen. Es ist ein Ort, an dem die jungen Menschen zwanglos ihre Freizeit verbringen und anderen Leuten begegnen können, die in einer ähnlichen Lebenssituation stehen. Vieles ist möglich: Eine Partie Billard spielen, im Internetcafé chatten, am Boxsack Dampf ablassen, Gespräche mit den Mitarbeitern führen, an den Programmangeboten teilnehmen oder einfach im gemütlichen Café einen Cappuccino trinken.

Man kann, aber man muss nichts, das ist das Motto von »unplugged«. Wir bieten den Besuchern ein monatlich wechselndes Programm mit thematischen Elementen (z. B.: Wie gehe ich mit meiner Erkrankung um? Was sage ich meinen Freunden? Bewerbungstraining, etc.), aber auch sportlichen, kreativen, erlebnispädagogischen Angeboten. Diese Programmpunkte nutzen wir, um den Besuchern Impulse für eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu geben und sie zusammenzuführen. Vielen fällt der eigenmotivierte Schritt auf andere zu sehr schwer. Natürlich gestalten wir das Programm soweit es geht mit unseren Besuchern gemeinsam.

Als Mitarbeiter sind wir für die Besucher stets ansprechbar, drängen uns aber nicht auf. Dies wird von den jungen Menschen auch geschätzt, dass sie einfach so kommen können, ohne gleich ein pädagogisches Gespräch führen zu müssen. Die jungen Menschen stecken voller Ressourcen und möglicher Perspektiven. Diese Möglichkeiten und Wege zu entdecken, darin sehen wir unseren Auftrag.

Der *zweite Bereich* im Beratungscafé ist das Angebot der psychosozialen Einzelbetreuung. Haben die Besucher einen Hilfebedarf, der sich nicht adäquat über die Unterstützung im Rahmen des offenen Bereichs abdecken lässt, gibt es die Möglichkeit der psychosozialen Einzelbetreuung. Auf Grundlage einer individuellen Hilfeplanung werden gemeinsam Grundsatzziele, wichtige Meilensteine zur Zielerreichung und die nötigen Hilfsmaßnahmen erarbeitet und umgesetzt. Finanziert wird diese Form der Unterstützung über Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Um die notwendige Akzeptanz und Verbindlichkeit dieser höherschwelligen Hilfe zu erreichen, brauchen die Mitarbeitenden häufig einen langen Atem und viel Beziehungsarbeit im offenen Bereich.

Es gibt nicht den klassischen Besucher

Die Besucher des »unplugged« sind sehr verschieden. Es kommen Ersterkrankte, Menschen mit viel Klinikerfahrung, aber auch Freunde von Betroffenen. Es sind Studierende, Auszubildende, Arbeits- oder Perspektivensuchende, Menschen mit und ohne Tagesstruktur.

Die Besucher bilden eine sehr breite Palette an Problemlagen und Krankheitsbildern ab. Von allgemeinen Lebenskrisen und Ablösungskonflikten von der Familie, über alle Formen der Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen bis hin zu Psychosen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist alles vertreten. Viele der jungen Menschen haben Erfahrungen mit Drogen oder Suchtmitteln, die ihre Probleme direkt oder indirekt beeinflussen. Oft wird eine medizinische und medikamentöse Behandlung nur im akuten Notfall akzeptiert. Vielfach ist eine sehr unzureichende Compliance vorhanden. Hier muss mit den Betroffenen psychoedukativ gearbeitet werden, um ein Verständnis für ihre Erkrankung herzustellen und eine Akzeptanz für eine nötige Therapie zu erreichen, wo dies von den jungen Menschen gewünscht wird.

Die Besucher, die die Angebote im »unplugged« nutzen, sind so verschieden wie die Anliegen, die sie mitbringen. Verbindende Merkmale sind nur das Alter zwischen 16 und 27 Jahren und psychische Probleme in unterschiedlichster Ausprägung. Die jungen Menschen kommen teilweise aus intakten Familien und mit einem tragfähigen sozialen Netzwerk aus Freunden und Bekannten. Andere kommen aus einem sehr problembelasteten oder defizitären sozialen Umfeld. Bei vielen Besuchern ist das soziale Netzwerk mit Beginn der psychischen Erkrankung kleiner geworden und es fällt den Betroffenen schwer, neue Kontakte aufzubauen.

Das Bildungsniveau der jungen Menschen ist sehr verschieden. Etwa die Hälfte der Besucher hat einen Migrationshintergrund. Insgesamt sind die Anteile der Geschlechter recht ausgeglichen. Es gibt im offenen Bereich mehr junge Männer, die die Angebote regelmäßig nutzen. Die weiblichen Besucher kommen gezielter in das Beratungscafé, meist mit einem konkreten Anliegen oder Vorhaben. Die männlichen Besucher kommen oft auch ungezielt, um ihre Freizeit im »unplugged« zu verbringen.

Es gibt eine Gruppe von Besuchern, die regelmäßig ins »unplugged« kommt und an den Angeboten teilnimmt. Eine weitere größere Gruppe kommt seltener zu bestimmten Angeboten oder nur gezielt zur Beratung. Wieder andere junge Menschen kommen nur einmalig, um ein konkretes Problem zu besprechen oder um eine andere Möglichkeit der Unterstützung zu bekommen. Informations- und Erstgespräche nehmen viel Zeit und Ressourcen in Anspruch und werden mehrmals pro Woche, oft mehrfach am Tag in Anspruch genommen.

Insgesamt haben wir durchschnittlich zwischen 350 bis 450 Kontakte mit unseren Besuchern monatlich. Diese Kontakte finden nicht alle im »unplugged« statt, da wir auch aufsuchend arbeiten und unsere Klientel auch zu Terminen begleiten. Auch dies ist ein Merkmal unseres niederschwelligen Ansatzes. Insgesamt haben im letzten Jahr über 200 verschiedene Menschen unsere Angebote genutzt.

Es kommen die, die bisher kaum erreicht wurden

Es geht vor allem um die bisher weitestgehend unversorgten jungen Menschen und/oder Menschen, die immer nur in aktuellen Krisensituationen in den Kliniken auftauchten. Für sie galt es einen Ort des Vertrauens zu schaffen, der Abbrüche und Diskontinuitäten zulässt, aber auch Möglichkeiten langfristiger Begleitung und Un-

terstützung schafft. Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist es gelungen, diese Menschen zu erreichen. Manche Besucher haben bereits mehrere Jahre sehr zurückgezogen gelebt, ohne eine Perspektive entwickeln zu können oder ohne die Energie und Hilfen, die nötig gewesen wären, ihre Pläne anzugehen oder umzusetzen. Andere haben bislang konsequent jede Hilfe und Unterstützung verweigert oder nur dann gezwungenermaßen angenommen, wenn gar nichts mehr ging.

Lotsen im Dschungel der Möglichkeiten und Hilfssysteme

Eine wichtige Säule des niederschwelligen Ansatzes ist die Lotsenfunktion der Beratenden. Die jungen Erwachsenen stehen in einer Lebensphase der Veränderung. Vieles wird begonnen und ausprobiert, anderes wird beendet oder abgebrochen. So sehen sie sich ständig wechselnden Bezugsystemen, aber auch Bezugspersonen ausgesetzt. Manchmal stellt hier der Berater und Begleiter von »unplugged« die einzige Kontinuität zwischen den wechselnden Strukturen von Schule/Ausbildung, Klinik, Reha-Maßnahme, usw. dar, auf die der Betroffene sich verlassen kann – unabhängig von Erfolg oder Misserfolg einzelner Lebensbereiche.

Sozialpsychiatrisches Zentrum für junge Menschen

Basis des Konzeptes von »unplugged« ist die Schnittstellenfunktion zwischen Angeboten der Jugendhilfe und den Angeboten für Erwachsene. Um dieser Schnittstellenfunktion gerechter zu werden und das Angebot weiter zu verbessern, wurde in Kooperation mit einem anderen Mainzer Träger, der SBB (Sozialtherapeutischen Beratungsstelle/Betreuungsverein) das Sozialpsychiatrische Zentrum für junge Menschen gegründet. Unter einem Dach finden sich hier die Hilfen und Angebote des »unplugged« und des KiTZ (Kinder- und Teens-Zentrum), das Jugendhilfen für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 21 Jahren anbietet. Mit der Kooperation der beiden Teams können die Übergänge für die Jugendlichen von der Jugendhilfe zur Erwachsenenhilfe gut vorbereitet und begleitet werden.

Ohne Kooperation und Vernetzung geht nichts

Zum notwendigen Handwerkszeug des Lotsen gehört eine genaue Ortskenntnis. Der Lotse ist in seiner Arbeit als Netzwerker gefordert. Die Bandbreite der Menschen, die »unplugged« aufsuchen, ist weit gefächert. Studierende mit und ohne Klinikerfahrung, Mitarbeiter der Werkstatt für Behinderte, Schulabbrecher mit und ohne Drogenerfahrung – es gibt und soll auch kein Raster für die Hilfesuchenden geben. Besonders bei dieser weit gefassten Zielgruppe kann die Netzwerkarbeit daher nicht auf den Gemeindepsychiatrischen Verbund beschränkt bleiben. Die Berührungspunkte und Kooperationen mit anderen Einrichtungen, Verbänden, Schulen, Ausbildungsstellen, usw. sind so vielfältig wie unsere Besucher selbst. Wichtig ist uns auch die sozialraumorientierte Mitarbeit in den Gremien des Stadtteils.

Angehörige als Ressource und Beteiligte im Hilfeprozess

Natürlich werden auch die Angehörigen, Partner und auch Interessierte ausführlich beraten und informiert. Für sie bedeutet es Entlastung, einen Anlaufpunkt zu haben. Sie müssen sich nicht im Hilfesystem durchfragen, sondern finden Informationen, Raum und Zeit für ihr persönliches Informationsbedürfnis. Gerade Eltern schätzen dieses Angebot und nutzen es gerne, unabhängig davon, ob ihr Kind gerade erst oder schon länger mit psychischen Problemen zu kämpfen hat.

Wir sehen Betroffene und Angehörige nicht als unabhängige Größen an. Das Leben der Betroffenen und der Angehörigen wird durch deren bewusste und unbewusste gegenseitige Interaktion und Reaktion aufeinander geprägt und gestaltet. Uns geht es darum, wo dies gewünscht ist, gemeinsam mit allen Beteiligten zusammenzuarbeiten. Durch gemeinsam entwickelte Ziele und einem bewussten Miteinander können Synergieeffekte gebündelt und belastende Situationen verändert werden.

Der Bedarf an niederschwelligen Angeboten wächst

Bei der Eröffnung unseres Angebotes 2005 konnten wir den Bedarf der jungen Menschen an Beratungs- und Unterstützungsangeboten nur abschätzen. Ob unser erarbeitetes Konzept aber auch angenommen wird, konnten wir noch weniger absehen. Nun können wir auf fünf Jahre »unplugged« zurückschauen und wir sehen deutlich, dass unsere Angebote den Bedürfnissen unserer Zielgruppe entsprechen und uns in unserem Ansatz bestätigen. So sind unsere Besucherzahlen seit der Eröffnung besonders im offenen Bereich stetig gestiegen und viele der hinzugekommenen Besucher haben durch Mundpropaganda von uns erfahren.

Von den Pionieren zum gefragten Kompetenzzentrum

Bei der Entwicklung unserer Konzeption konnten wir nicht auf die Erfahrungen anderer Projekte zurückgreifen, da es schlichtweg keine vergleichbaren Konzepte gab. Unsere Kompetenzen und Erfahrungen in der Arbeit mit den jungen psychisch kranken Menschen werden inzwischen vielerorts geschätzt und angefragt. So konnten wir schon einige Kommunen bei der Entwicklung ähnlicher Angebote unterstützen und begleiten. Auch bei Fachvorträgen, Workshops und Tagungen konnten wir von unseren Erfahrungen berichten.

Präventive Angebote zu finanzieren ist schwierig

»unplugged« steht vor dem Problem, für Personal- und Sachkosten eine Finanzierung zu finden, die einen möglichst niederschwelligen Zugang zulässt. Das heißt einen Zugang von jungen Erwachsenen ohne zuvor Hilfepläne ausgefüllt, Anträge gestellt und Kostenzusagen erhalten zu haben. »unplugged« sollte so organisiert sein, dass jeder kommen kann und längere Unterbrechungen und Diskontinuitäten möglich sind.

Die ersten fünf Jahre konnte der offene Bereich durch Akquirierung von Drittmitteln von Stiftungen und Sponsoren finanziert und im vollen Umfang umgesetzt werden.

Leider sind präventive Angebote noch immer eine freiwillige Leistung der Kommunen. So werden wir mit größter Sicherheit weiterhin nicht auf eine ausreichende Regelfinanzierung für unser wichtiges Anliegen hoffen können und auf die Akquirierung von Drittmitteln angewiesen sein, um weiterhin unsere Öffnungszeiten und unsere fachlich hochwertige Beratungsarbeit sicherstellen zu können.

Grenzerfahrungen

Bisher habe ich sehr vieles über die Bedürfnisse der jungen Menschen berichtet und die vielen Erfolge hervorgehoben. Aber in unserer Arbeit ist die Finanzierung der Angebote natürlich nicht die einzige Herausforderung. Die offene und niederschwellige Arbeit ist weder planbar noch berechenbar. Es gibt Tage, da scheinen alle Besucher auf einmal zu kommen, einschließlich derer, die schon zwei Jahre nicht mehr da waren. Und es gibt Tage, da kommt kaum ein Besucher, auch die nicht, die einen ganz dringenden Termin brauchten. Wir haben schon oft versucht, Muster und Gesetzmäßigkeiten zu entdecken – aber oftmals gibt es die einfach nicht. Es ist weder zu kalt noch zu warm noch zu verregnet oder zu weit weg oder zu nah am nächsten Auszahlungstermin für das ALG II. So lassen sich die offenen Angebote und die Gruppenangebote immer schwer planen.

Hier stoßen wir schon wieder auf eine weitere Grenzerfahrung unserer Arbeit. Für mich ist diese Generation junger Menschen, von der wir heute reden, die Generation der Unverbindlichkeit. Viele der jungen Menschen sind überhaupt nicht in der Lage, Verbindlichkeiten einzugehen oder Verantwortung zu übernehmen. Sie sind es gewohnt, spontan und interaktiv mit Handy und Internet ausgerüstet zu agieren und zu reagieren. An Konsequenzen oder »Wenn-dann-Konstruktionen« denken viele der jungen Menschen eher nicht. So haben wir mit einem jungen Mann lange Zeit einen Ausbildungsplatz gesucht und endlich gefunden. Er gibt ihn für einen befristeten Zeitarbeitsvertrag wieder auf, da er dort mehr Geld verdient – bis er zwei Monate später wieder bei uns auf der Matte stand, weil ihn die Zeitarbeit überforderte.

Auch haben wir in der Arbeit mit den jungen psychisch kranken Menschen doch einige Einrichtungen und Instanzen kennengelernt, die schneller und intensiver Kooperationspartner wurden, als uns lieb war. So kooperieren wir eng mit der Polizei, dem Ordnungsamt und der Jugendgerichtshilfe.

Sicherlich sind viele unserer Erfahrungen ganz typisch für die offene Arbeit und ganz typisch für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen – bei uns tauchen manche Phänomene eben einfach potenziert aus beiden Bereichen auf. So gäbe es noch einige Beispiele zu nennen, die uns und unsere Angebote prüfen und zu unserer Konzeptionsentwicklung beitragen.

Fazit: Die Zukunft braucht »unplugged« – »unplugged« braucht Zukunft

Niederschwellige Angebote für junge psychisch kranke Menschen sind eine wirksame Unterstützung, die von den Betroffenen angenommen wird. In der Arbeit mit jungen psychisch kranken Menschen liegt noch viel verborgenes Potenzial, das noch aktiviert werden kann und sollte. Viele Herausforderungen warten noch auf das Team von »unplugged« und viele Projekte sind vorerst als Idee vorhanden oder auf dem Wege der Entwicklung und Umsetzung. So wird momentan ein Präventionsprojekt entwickelt und erprobt.

Unser Ziel, die jungen Menschen möglichst früh zu erreichen und einer Chronifizierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken, steht dabei immer an erster Stelle.

X Inklusion durch Sozialraumorientierung

Einleitung

Ingmar Steinhart

Wenn das Konzept der Inklusion, die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen gesellschaftlichen Bereichen, nicht eine vergängliche Worthülse bleiben soll, verbergen sich in der Praxis dahinter Herausforderungen insbesondere für Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Leistungsanbieter, aber auch für das Bildungssystem. Dieses Konzept kann nicht wie bisher mit einem Optimierungsprozess traditioneller Arbeitsweisen (z. B. ein bisschen mehr an Integration) bewältigt werden, vielmehr fordert es von den Beteiligten eine Erneuerung und einen grundlegenden Perspektivwechsel und als Querschnittthema den Eintritt einer »neuen Dimension« in den Alltag. Insbesondere darf diese Thematik nicht nur auf den »erwachsenen geistig behinderten Menschen« eingeengt werden, sondern Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit wesentlichen seelischen Beeinträchtigungen gehören ebenfalls dazu.

Der Raum, in dem das doch etwas »sperrige Thema« Inklusion *zum Anfassen* wird, ist der Sozialraum. Nur dort in der direkten Begegnung kann die Verschiedenheit zur gelebten Selbstverständlichkeit werden. So ist es umso bedeutsamer, dass sich die Wohlfahrtspflege mit dieser Thematik nicht nur auseinandersetzt, sondern entsprechende Modelle auf den Weg bringt und diese kritisch reflektiert, aber sich gleichwohl unmissverständlich zur Sozialraumorientierung und Inklusion bekennt, wie dies Marita Block in ihrem Beitrag für den PARITÄTISCHEN Hamburg eindeutig tut.

Ein Leben in der Normalität des örtlichen Sozialraums setzt die »umfassende« Barrierefreiheit von öffentlichen Einrichtungen und Diensten im Sinne der »Zugänglichkeit« und »Nutzbarkeit« voraus – auch für Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen in der allgemein üblichen Weise. Barrierefreiheit bedeutet hier unter anderem, dass der Zugang zur Bildung auch für psychisch kranke Schüler sichergestellt werden muss. Anhand der Hamburger Situation beschreibt Mona Meister in ihrem Beitrag insbesondere den »ambulanten Unterricht«, der seelisch kranke Schüler dann vor Exklusion aus dem Bildungssystem bewahrt, wenn sie aktuell nicht in der Lage sind, eine Schule zu besuchen – und dies nicht nur während eines Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik. Ein Modell, das in dieser konsequenten Ausgestaltung beispielgebend auch für andere Bundesländer sein könnte.

Beide Beiträge zeigen, dass in der Jugendhilfe bzw. im Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen die Arbeit im und mit dem Sozialraum schon weit mehr fortgeschritten ist als in vielen Bereichen der Erwachsenenpsychiatrie – gleichwohl sollten die Bemühungen auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nachlassen, hier weiter voranzuschreiten und andere Bereiche der Psychiatrie auf diesem Weg mitzunehmen.

Sozialraumorientierte Jugendhilfe Hamburg

Marita Block

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe hat Hamburg frühzeitig sozialräumliche Konzepte in der sozialen Arbeit erprobt. Bereits Ende der 90er Jahre gab es in einzelnen Stadtteilen unterschiedliche fachliche Ansätze und Modellprojekte zur sozialräumlichen Orientierung. Zum Teil waren diese auch über Bürgerschaftsbeschlüsse politisch motiviert mit dem Ziel, Effizienzsteigerungen und klare Einsparziele erreichen zu können.

Der PARITÄTISCHE Hamburg mit seinen rund 150 Mitgliedsorganisationen in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Hilfen zur Erziehung, Kindertageseinrichtungen, Jugendsozialarbeit, der soziokulturellen Arbeit und Familienförderung hat seine Einrichtungen kontinuierlich bei der Weiterentwicklung der sozialräumlichen Konzepte in den Stadtteilen und Quartieren unterstützt. Von Anfang an hat der Verband dabei eine kritische Haltung bei der Verknüpfung von sozialräumlichen Konzepten mit Haushaltseinsparungen in der Jugendhilfe eingenommen. So hat der PARITÄTISCHE seine Träger bei der rechtlichen Klärung unterstützt, inwiefern die von der Fachbehörde geplante Einführung von Sozialraumbudgets für die jeweiligen Bezirke zulässig ist. Das Verwaltungsgericht Hamburg hat der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) im Jahr 2004 die Einführung des Konzepts der »Sozialraumbudgetierung« mit regionalen Versorgungsverträgen für ausgewählte Träger untersagt. Dieser Verwaltungsgerichtsbeschluss wurde vom Oberverwaltungsgericht Hamburg bestätigt. Dadurch wurde es wieder möglich, die fachliche Weiterentwicklung der sozialräumlichen Arbeit in den Mittelpunkt zu stellen.

Mit der Gründung der PARITÄTISCHEN Qualitätsgemeinschaften wurde die sozialräumliche Arbeit der Träger in den Qualitätsstandards zur Sozialraumorientierung verbindlich festgelegt. Die im Sozialgesetzbuch (SGB) VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) beschriebene Orientierung an der Lebenswelt von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien und die daraus entwickelten Schlüsselprozesse zur »Ressourcenaktivierung« waren für die Träger handlungsleitend bei der Umsetzung der sozialräumlichen Arbeit.

Für den Impulsbeitrag »Sozialraumorientierte Jugendhilfe in Hamburg« wurde auf der Fachtagung zum Einstieg in das Thema ein Ausschnitt aus dem Film *»Ich hing in der Luft – Sozialraum erleben – aus der Perspektive von Kindern und Jugendlichen«* des PARITÄTISCHEN Hamburg gezeigt. In dem Filminterview wurde die sozialräumliche Einbindung eines 14-jährigen Mädchens aus einer stationären Wohngruppe in den Stadtteil »Schanzenviertel« dargestellt.

Nach der kurzen Einstimmung wurden zunächst Begrifflichkeiten im Zusammenhang der sozialräumlichen Arbeit vorgestellt, auf die sich die PARITÄTISCHEN Träger als gemeinsame Grundlage verständigt hatten. Von folgenden Begriffsdefinitionen wurde in dem Prozess ausgegangen:

- *Sozialraum*
  Sozialraum beschreibt einen Lebensraum von Menschen mit einem klar benannten administrativ bestimmten Gebiet (geografischer Raum) und einer spezifischen Perspektive der dort lebenden Personen (Lebensweltorientierung).
- *Sozialraumorientierung*
  »Sozialraumorientierung in der Tradition der Gemeinwesenarbeit bzw. der stadtteilbezogenen Arbeit fußt auf einer beachtlichen, gut dokumentierten Praxis, ausformulierten methodischen Prinzipien, soliden theoretischen Konzepten und entsprechend in der Fachöffentlichkeit transportierten Weiterentwicklungen.« (Hinte 2002, 93)
- *Sozialraumbudget*
  Der Begriff des Sozialraumbudgets ist entstanden im Rahmen der Verwaltungsreform (KGSt 1998) und beschreibt ein Finanzierungsinstrument, in dem es ein »Budget für einen sozialen Raum, das die Summe der für diesen Raum zu kalkulierenden Ausgaben für eine bestimmte Anzahl der in ihm erbrachten sozialen Leistungen« gibt (Hemken 2000 in: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e. V. 2001, 137). Sozialraumorientierung als sozialpädagogisches Konzept setzt nicht zwingend ein Sozialraumbudget voraus.
- *Lebensweltorientierte Jugendhilfe*
  Bei dem Ansatz von Thiersch zur lebensweltorientierten Jugendhilfe geht es darum, »dass vorhandene konkrete Lebensverhältnisse zwar durchaus problematische und defizitäre Formen der Problemlösung aufweisen, aber auch nutzbare Ansätze und produktive Ressourcen enthalten. Deswegen sei es Aufgabe einer entsprechend angelegten sozialen Arbeit, diese Ressourcen zu entwickeln. Die lebensweltorientierte Jugendhilfe will erreichen, dass präventive, ambulante, niederschwellige Angebote zur Verfügung stehen, und sie will Handlungsweisen entwickeln, die zum Gemeinwesen hin offen sind« (Münder 2001, 10).
- *Inklusion*
  Inklusion beschreibt die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen gesellschaftlichen Bereichen.
- *Soziale Netzwerke*
  Soziale Netzwerke sind zu unterscheiden von der gewachsenen Nähe familiärer Bindung, aber auch von der funktionalen Schaltung formaler Organisation. Sie beziehen sich auf die Vernetzung gesellschaftlicher Akteure als Gegengewicht zu staatlicher Steuerung.

Eine ebenso wichtige Rolle bei dem verbandsinternen Prozess nahmen die Merkmale sozialräumlicher Arbeit und die Arbeitsprinzipien in der Jugendhilfe ein:

- *Merkmale sozialräumlicher Arbeit*
  - Im Zentrum der sozialräumlichen Handlungsorientierung sollen die geäußerten Bedürfnisse und Interessen der Wohnbevölkerung stehen.
  - Die Selbsthilfekräfte und Eigeninitiative der Menschen sollen gestärkt werden.
  - Die Ressourcen des sozialen Raums sollen genutzt werden.

- Angebote sollen zielgruppen- und arbeitsfeldübergreifend für alle Altersgruppen, Behinderte und Nichtbehinderte, Menschen mit und ohne Migrationshintergrund entwickelt werden.
- Öffentliche Träger, Schulen, Gesundheitsdienste, Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Freien Träger und die Projekte im Sozialraum sollen regelhaft miteinander kooperieren und bei Bedarf Netzwerke bilden.

- *Arbeitsprinzipien in der Jugendhilfe*
  - Stärkere Verzahnung der fallspezifischen und fallunabhängigen Arbeit,
  - Stärkung der Adressaten durch die Betonung ihrer persönlichen Ressourcen,
  - »Hilfen aus einer Hand«, »passgenaue« Hilfen,
  - Präferenz niedrigschwelliger ambulanter Angebote vor stationären Hilfen,
  - Entsäulung der Angebote,
  - gemeinsame Verantwortung der Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe bei der Einzelfallhilfe und bei der Jugendhilfeplanung,
  - Interdisziplinäre und ressortübergreifende Arbeit im Trägerverbund für eine nachhaltige Stadtteilentwicklung.

Im Folgenden werden die Erfahrungen der PARITÄTISCHEN-Mitgliedsorganisationen bei der Umsetzung einer sozialräumlich orientierten Jugendhilfe mit den Schwierigkeiten, die im Verlauf des Prozesses aufgetreten sind, beschrieben:

Zunächst einmal bieten die gesetzlichen Grundlagen im SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz – (z. B. §§ 5, 8, 28, 31, 35 a, 36, 36 a) viele Möglichkeiten der Umsetzung sozialraumorientierter Konzepte, die noch nicht in Gänze ausgeschöpft sind. Ein wichtiger Aspekt für eine gute sozialräumliche Weiterentwicklung ist der bedarfsgerechte Ausbau präventiver und niedrigschwelliger Angebote im Stadtteil. In der Praxis wird insbesondere die Beteiligung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien noch nicht konsequent umgesetzt und sollte unbedingt verbessert werden. Insgesamt ist die Qualifizierung der Fachkräfte (z. B. für gemeinsame Fallkonferenzen) eine wesentliche Voraussetzung für einen gelingenden Prozess.

Erschwert wird die Umsetzung der sozialräumlichen Arbeit in Hamburg durch fehlende Sozialraumanalysen und Daten zum Stadtteil. Damit mangelt es auch an einer ressortübergreifenden Analyse und ganzheitlichen Planung in den Quartieren (z. B. Vernetzung entsprechender sozialer Angebote und Wohnungsbaumaßnahmen). Problematisch ist auch die Nutzung des Konzepts zur nachhaltigen Umsteuerung und Kostensenkung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe.

Auch die rechtlichen Bedenken in Bezug auf die Einführung von »Sozialraumbudgets« für ausgewählte Träger sollten berücksichtigt werden. Der Beschluss des Verwaltungsgerichts Hamburg vom 05.08.2004 (dem Bezirk Bergedorf wurde untersagt, mit ausgewählten Trägern einen Vertrag über ein Sozialraum-Budget für die Leistungserbringung abzuschließen) nennt folgende Begründung: Die Berufsausübung des freien Trägers ist nach Artikel 12 GG eingeschränkt und damit sind seine Marktchancen reduziert. Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 5 SGB VIII der Leistungsempfänger ist eingeschränkt.

Das Oberverwaltungsgericht Hamburg hat in seinem Beschluss vom 11.11.2004 die Beschwerde der zuständigen Behörde zurückgewiesen und den Beschluss des Verwaltungsgerichts Hamburg bestätigt. Von daher sollte bei der sozialräumlichen Konzeptentwicklung der rechtliche Rahmen mit bedacht werden.

Aus den Erfahrungen bei der Umsetzung einer sozialraumorientierten Jugendhilfe in Hamburg lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Zur Sozialraumorientierung gibt es keine fachliche Alternative!
2. Sozialraumorientierung geht von einer fachlichen Haltung der Professionellen aus, die die Menschen im Sozialraum dabei unterstützt, ihre persönlichen Ressourcen einzubringen und sich einzumischen. Ziel ist es, Verbesserungen für besonders Benachteiligte zu erreichen.
3. Die gesetzlichen Grundlagen, vor allem im SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz –, werden nicht voll ausgeschöpft (z. B. § 36 a).
4. Die fallunabhängige Arbeit wird nicht angemessen finanziert.
5. Der Ausbau präventiver und niedrigschwelliger ambulanter Angebote findet nicht in ausreichendem Maß statt.
6. »Reine Einzelfallhilfen oder nur offene Angebote« sind keine Alternativen, sondern gehören zusammen. Beide Perspektiven sollten miteinander verzahnt werden (funktionierende Modellprojekte gibt es bereits in der Praxis).
7. Mitarbeiter öffentlicher und freier Träger brauchen eine gemeinsame Qualifizierung und Erweiterung ihrer Kompetenzen, z. B. durch Fortbildungen und kollegialen Austausch.
8. Die notwendigen arbeitsfeldübergreifenden Zusammenschlüsse von Trägern brauchen verbindliche Regelungen, damit die Kooperation dauerhaft funktionieren kann.
9. Bestehende bewährte Finanzierungssysteme sollten erhalten bleiben, für sozialräumliche Angebote sollten Möglichkeiten eines Finanzierungsmixes für Einzellfallhilfen und infrastrukturelle Maßnahmen (z. B. aus Entgelt- und Zuwendungsanteilen) geschaffen werden.
10. Ehrenamtliches Engagement sollte stärker gefördert werden.

Unser Fazit auf einen kurzen Nenner gebracht:
Es gibt unterschiedliche konzeptionelle Ansätze, Profile und Methoden – jedoch eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten im und für den Sozialraum.

Literatur

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (Hg.)(März 2009): Das Qualitätshandbuch Hilfe zur Erziehung.

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (2004): DVD »Ich hing in der Luft, Sozialraum erleben – aus der Perspektive von Kindern und Jugendlichen.«

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (2006): Abschlussbericht zur Praxiserprobung der Umsetzung des Hamburger Sozialraumprojektes im Rahmen der Weiterentwicklung der Jugendhilfe.

Hinte, W. (2002): Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialräumlicher Ansätze in der Jugendhilfe. In R. Merten (Hg.). Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. (S. 91–126). Weinheim: Juventa.

Hinte, W./Litges, G./Groppe, J. (2003): »Sozialräumliche Finanzierungsmodelle – Qualifizierte Jugendhilfe auch in Zeiten knapper Kassen«.

Mertens, R. (2002): »Sozialraumorientierung zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit«, Juventa.

Münder, J. (2001): Sozialraumorientierung und das Kinder- und Jugendhilferecht. In: SPI 2001, 6–124.

Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hg.): Dokumentation der Fachtagung vom 21.5.2001 »Sozialraumorientierung auf dem Prüfstand«.

Unterricht für kranke Schüler in der BRD

Mona Meister

Die Bildungslandschaft in der BRD zeichnet sich dadurch aus, dass Bildung in den Händen der Länder liegt und damit in jedem Bundesland eigene Regelungen existieren. Allgemein kann aber gesagt werden, dass es in allen Ländern Primar-, Sekundar I- und Sekundar II-Stufen gibt, die sich aber in der Angebotsvielfalt unterscheiden. So existieren z. B. in einigen Bundesländern keine gesonderten Hauptschulen mehr. Sie sind mit Realschulen zusammengefasst oder gehen in Gesamtschulen oder Stadtteilschulen auf.

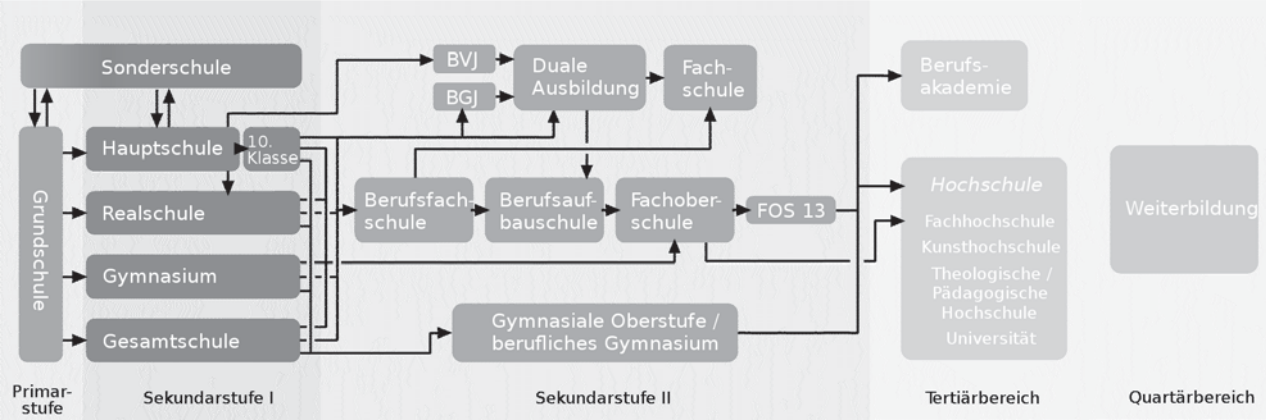


Abbildung 1

Alle 16 Bundesländer haben in ihren jeweiligen Schulgesetzen aber Regelungen zur Beschulung kranker Schülerinnen und Schüler. In allen Ländergesetzen steht, dass bei langfristiger Erkrankung ein Anspruch auf Unterricht gegeben ist. Sehr unterschiedlich sind dann aber die Ausführungen. Zum Teil wird in den Schulgesetzen auf das Angebot der Klinikschulen verwiesen, in anderen Ländern werden Institutionen benannt, die das Unterrichtsangebot machen sollen.

So wird z. B. in Baden-Württemberg in § 15 auf »Schulen für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung« verwiesen. Damit wird deutlich, dass Unterricht nur in Krankenhäusern angeboten werden soll. Chronisch kranke Schüler oder Schüler in ambulanter Behandlung, die Hausunterricht benötigen, sind gesetzlich nicht mitgedacht.

Anders die Formulierung in Berlin. Hier regelt der § 39 »... die Organisationsformen sonderpädagogischer Förderung und die schulergänzenden Maßnahmen sowie die besonderen Organisationsformen für die sonderpädagogischen Förderschwerpunkte ›emotional-soziale Entwicklung‹, ›autistische Behinderung‹ und Unterricht für kranke Schülerinnen und Schüler«, ohne auf die Organisationsform genauer einzugehen.

Hamburg geht grundsätzlich anders mit diesem Anspruch um: In § 12 (5) steht »Schülerinnen und Schüler, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Erkran-

kung auf längere Zeit oder auf Dauer keine Schule besuchen können, werden im Haus- und Krankenhausunterricht schulisch betreut«. Damit ist explizit ein Anspruch auf Unterricht auch zu Hause formuliert.

In allen Ländern existieren aber Klinikschulen in den Pädiatrien und der KJPP, die im Prinzip gleich arbeiten. Im Mittelpunkt steht immer – wie an allen Schulen üblich – die Arbeit mit den Schülern. Besonders ist in diesem Aufgabenfeld aber die umfangreiche Vernetzung mit Klinik, Therapeuten, Schulen und Eltern.

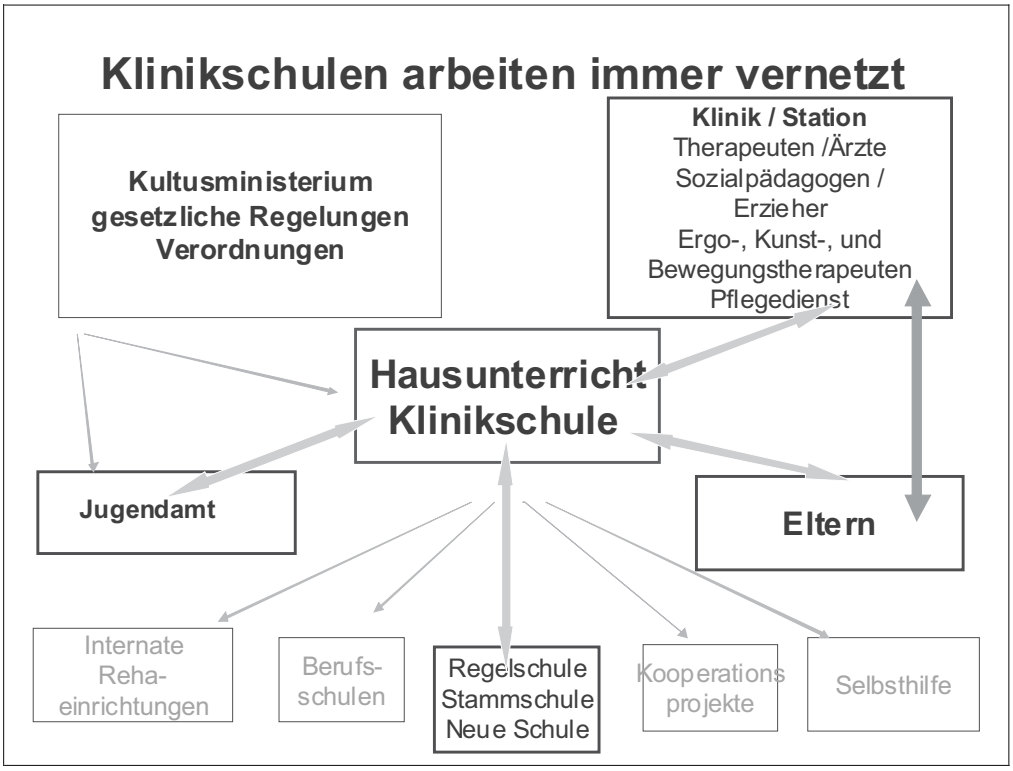


Abbildung 2

Neben Hamburg gibt es noch im Saarland und in Bremen das Angebot des Hausunterrichts, der von einer Organisation angeboten wird – der Unterricht also sowohl in den Klinikschulen als auch Hausunterricht von einer Leitung organisiert und koordiniert wird. Alle anderen Bundesländer haben unterschiedliche Regelungen, um Hausunterricht anzubieten. In den meisten Ländern gibt es Hausunterricht allerdings nur sehr begrenzt und nicht begleitend für Schüler, die chronisch krank sind oder nur eingeschränkt zur Schule gehen.

Um das Angebot der Klinikschulen und des Hausunterrichts qualitativ zu sichern, benötigt man:

- ausreichende Lehrer(stunden)versorgung
- ein festes Kollegium
- spezifische und Aus- und Fortbildungen
- Supervision

und

- Klinikschulen mit ausreichenden Räumen

Möglichkeiten des Hausunterrichts (HU) am Beispiel der Schule für Haus- und Krankenhausunterricht (HuK) Hamburg

Wir bieten an:

- Begleitung und Unterstützung durch Unterricht während der Genesungszeit bzw. während ambulanter Therapien
- Schulbegleitender Unterricht beim Wiedereinstieg in den Schulalltag
- Beratung der Lehrkräfte der Schule über krankheitsbedingte Schwierigkeiten des Schülers
- Hilfsmittelberatung
- Beratung über Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs

Wie kann ein begleitendes Angebot nun konkret aussehen?

In der Regel werden uns Schüler von den Schulen oder den Eltern gemeldet. Nach der Meldung und der Klärung, was aus Sicht der Eltern und Schüler benötigt wird, kommt es zur Übergabe des Schülers an den/die Hauslehrer.

Diese/r ist verantwortlich für:

- Überprüfung/Einschätzung der Leistungsfähigkeit
- Empfehlung über Art und Umfang des weiteren Angebots
- Vorstellen des Schülers bei der monatlichen Konferenz der Hauslehrer
- Wenn nötig: Erweiterung des Fachlehrerteams

Schülerpatienten, die aus Klinikschulen der Pädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) entlassen werden, aber noch länger Unterstützung brauchen, werden uns von unseren Kollegen aus den Klinikschulen gemeldet. In diesen Fällen können wir vor Beginn des Unterrichts auch schon klare Absprachen mit Therapeuten, Eltern und Schülern treffen.

Parallel zur Einschätzung der Schüler kommt es zu Absprachen mit den Schulen

- Hauslehrer nehmen Kontakt zu den Klassen- und Fachlehrern auf
- Unterrichtsinhalte parallel zur Klasse, wenn das gesundheitlich möglich ist

Bei Bedarf

- Beratung der Lehrkräfte und Schulleitungen
- Vereinbarungen zum Nachteilsausgleich
- Teilnahme an Klassen- und Notenkonferenzen

Angebot bei chronischen Erkrankungen

- Unterstützender Unterricht zu Hause
- Enge Zusammenarbeit mit den Fachlehrern
- Verkürzung des Stundenplans z. B. durch Streichung von »unnötigen« Fächern

Wenn nötig:

- Notengebung zusammen mit den Lehrern der Schule
- Übernahme von einzelnen Fächern durch den HU
- Ermöglichung von verlängerten Abschlussjahren
- Z. B. geteiltes Abitur in drei bis vier Jahren statt nach zwei Jahren Oberstufe

Beispiel: Hanna

Hanna leidet an Depressionen mit ausgeprägter Angsterkrankung. Sie hat den Realschulabschluss im Gymnasium mehr schlecht als recht geschafft. Das Ergebnis entsprach aber nicht ihren intellektuellen Möglichkeiten. Sie wurde danach außerhalb Hamburgs stationär behandelt. Während der Behandlung kommt es zu unerwarteten Nebenwirkungen der Medikamente. Hanna ist in dieser Zeit zu keinerlei Unterricht fähig. Nach ihrer Entlassung kommt sie zurück nach Hamburg. Der Kontakt zu uns wird von ihrem Therapeuten hergestellt. Es kommt zu einem ersten Treffen im Mai 2008. Hanna hat nach dem fast einjährigen Klinikaufenthalt wieder angefangen zu lernen – sie ist sprachbegabt und besucht ein Fremdspracheninstitut, um Persisch zu lernen.

Ihr Wunsch:

- Besuch der Oberstufe eines Gymnasiums – keine Wiederholung der elften Klasse

Unser Angebot:

- Wir überprüfen ihren Leistungsstand in den Fächern Deutsch, Englisch, Mathe und Naturwissenschaften (NW). Unsere Fachkollegen schätzen sie so ein, dass sie die Oberstufe schaffen kann.

Leistungen der Schule für Haus- und Krankenhausunterricht:

- Suche nach einer neuen Schule, die bereit ist, Hanna trotz schlechtem Realschulabschluss und nicht besuchter elften Klasse in die Oberstufe aufzunehmen.
- Garantie für den aufnehmenden Schulleiter, dass im Falle von auftretenden Schwierigkeiten die Schule für HuK in der Verantwortung bleibt.
- Garantie, den begleitenden Unterricht nach Bedarf fortzusetzen.

Die Schule für Haus- und Krankenhausunterricht bietet an:

- Begleitenden Unterricht in Deutsch, Philosophie, Mathe und Englisch nach Bedarf

Hanna wünscht sich:

- Kein »Outen« ihrer psychischen Probleme in der Schule. Nur die Schulleitung und der Oberstufenkoordinator sind eingeweiht.

Hanna geht regelmäßig zur Schule und nimmt unser Angebot sehr gewissenhaft und dosiert an. In Phasen, in denen es ihr gut geht, greift sie nicht auf die möglichen Stunden zurück. Sie fragt die Stunden aber regelmäßig vor Arbeiten ab und koordiniert alles gut. In Phasen, in denen es ihr schlecht geht, braucht sie viel Unterstützung (therapeutisch und schulisch). Es finden auch Motivationsgespräche mit der Leitung der Schule für HuK statt. Das Ziel: Selbstwirksamkeit und mündliche Noten verbessern.

Kurz vor dem Abi kommt es zu einer dramatischen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Sie fehlt viel. Es finden mehrere Krisengespräche der HuK-Leitung

bei ihr zu Hause statt. HuK-Leitung und Schulleitung sind in engem Kontakt. Die Fehlzeitenquote wird für sie außer Kraft gesetzt (Nachteilsausgleich).

Hanna schafft es, ihr Abitur regulär mit zu schreiben und erreicht einen guten Notendurchschnitt. Fazit: Ohne die Unterstützung durch den Hausunterricht – unabhängig von der besuchten Schule, mit viel Know-how durch erfahrene Lehrkräfte der Schule für Haus- und Krankenhausunterricht – wäre ein Abschluss für Hanna ohne Wiederholung nicht denkbar gewesen. Speziell die Unterstützung in den Phasen, in denen es ihr schlecht ging, wäre durch die Lehrkräfte des Gymnasiums nicht leistbar gewesen. Zudem war es für sie und ihre Eltern wichtig, dass wir als neutrale Stelle beraten und begleiten konnten, ohne dass negative Auswirkungen auf die Einstellung der Lehrkräfte ihrer Schule zu befürchten waren.

Was kann getan werden, um die Situation kranker Schüler in der BRD zu verbessern?

Im März 2009 unterzeichnete die Bundesrepublik Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention. Darin ist festgehalten, dass die Situation von Menschen mit Behinderungen auch in unserem Land und speziell in unserem Schulsystem verbessert werden muss. Konkret finden sich Aussagen in folgenden Artikeln:

- Bildung (gemäß Art. 24 der Konvention) – Niemand darf vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden. ...
- Gesundheit (gemäß Art. 25 der Konvention) – Das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. ...
- Habilitation und Rehabilitation (gemäß Art. 26 der Konvention) – Nicht nur professionelle Helfer, sondern auch andere Menschen mit Behinderungen (Peer Support) sollen die Menschen mit Behinderungen unterstützen, um ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten zu bewahren. ...

Als Konsequenz wurde eine KMK-Kommission, in der alle Länder vertreten sind, gegründet, die gerade die konkreten Umsetzungen in den Ländern erarbeiten soll. Veränderungen der bestehenden Schulgesetze der Länder könnten auch zu einer positiven Veränderung der Situation der Klinikschulen und des Angebots von Hausunterricht bewirken.

Deshalb mein Wunsch: Setzen Sie sich auch für die schulischen Belange Ihrer Patienten ein:

- Prüfen Sie, ob Ihre Patienten genügend schulische Unterstützung bekommen.
- Fordern Sie in den zuständigen Schulämtern/Kultusministerien für jedes einzelne Kind Unterricht (auch Hausunterricht) ein – am besten mit Attest und schulischem Gutachten belegt.
- Machen Sie deutlich, wie wichtig Unterricht für die Gesundung von Kindern ist und welchen Stellenwert die Zusammenarbeit von Therapie und Pädagogik hat.
- Sorgen Sie für ausreichende Räumlichkeiten für die Klinikschulen.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dagmar Barteld-Paczkowski, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V., Itzehoe

Robert Benz, Heilpädagoge, Fachliche Leitung JUST – Jugendsuchttherapie, Ravensburg

Torsten Benz, Geschäftsführer; Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie mbH im ASB, Rostock

Franziska Berthold, Abteilungsleiterin Psychosoziale Versorgung für Kinder, Jugendliche und Familie der GGP mbH, Rostock

Marita Block, Jugend- und Familienhilfereferentin, Der PARITÄTISCHE, Hamburg

Dr. Gregor Burkhart, Senior Analyst Prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EBDD), Lisboa, Portugal

Scholastika Sandra Dienger, Jugend- und Sozialamt, Sachgebietsleitung Jugendsozialarbeit an Schulen, Pforzheim

Dr. Gabriel Ehren, Leiter des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit Essen

Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Ulm

Werner Feiri, Amtsleiter Kreisjugendamt, Landratsamt Bodenseekreis, Friedrichshafen

Johannes Groppe, Akad. Direktor, Fachbereich Bildungswissenschaften, Institute für Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung (ISSAB)/Soziale Arbeit und Sozialpolitik, Universität Duisburg-Essen, Essen

Christopher Haas, Sozialpädagoge, Projektleiter »unplugged – das Beratungscafé«, Mainz

Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters des LVR- und Universitätsklinikums Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen

Dr. Maik Herberhold, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Bochum

Heinz Hilgers, Präsident des Deutschen Kinderschutzbundes, Berlin

Dr. Dagmar Hoehne, Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin, Sozialpsychiatrische Praxis, Friedrichshafen

Patrick Hofmacher, Abteilung Jugend, Schule und Soziales, Malteser Werk gGmbH, Köln

Jörg Holke, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke, Bonn

Gerhild Hoos-Jacob, Pädagogische Leiterin »Haus am Kirschberg«, Lauterbach

Dr. Joachim Jungmann, Ehem. Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Weinsberg, Flein

Dr. Michael Kölch, Leitender Oberarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Ulrich Krüger, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke, Bonn

Helga Kühn-Mengel, Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG), Bonn

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Ehem. Ärztlicher Direktor; stellv. Vorsitzender Aktion Psychisch Kranke, Kassel

Mona Meister, Leiterin, Schule für Haus- und Krankenhausunterricht, Hamburg

Jana Metzelaars, Diplom-Psychologin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters, LVR Klinikum Essen

Jürgen Nimptsch, Oberbürgermeister der Stadt Bonn

Mechthild Paul, Leiterin des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Köln

Dr. Hanna Permien, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Jugendinstitut, Geschäftsführung 13. und 14. Kinder- und Jugendbericht, München

Prof. Dr. Reinhard Peukert, Professor, Hochschule RheinMain, Masterstudiengang Gemeindepsychiatrie, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Wiesbaden

Christoph Pewesin, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Leiter der Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirk Berlin-Reinickendorf

Claudia Porr, Leiterin des Referates »Hilfen zur Erziehung und frühe Hilfen« im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

Waldemar Radtke, Regionaldirektor, AOK Rheinland/Hamburg, Düren

Gudrun Ramlow, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters des LVR- und Universitätsklinikums Essen

Dr. Volker Reissner, Oberarzt an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters des LVR- und Universitätsklinikums Essen

Dr. Gotthard Roosen-Runge, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderheilkunde und Psychotherapie, Mölln

Matthias Rosemann, Geschäftsführer, Träger gGmbH, Vorsitzender der BAG GPV, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Berlin

Barbara Roth, Leiterin von JuMeGa® – Junge Menschen in Gastfamilien, Jugendhilfebereich von Arkade e. V., Ravensburg

Prof. Dr. Renate Schepker, Chefärztin Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Weissenau, ZfP Südwürttemberg, Vorsitzende BAG leitender Klinikärzte KJPP, Ravensburg

Dr. Marc Schmid, Psychologischer Psychotherapeut, Systemischer Familientherapeut, Leitender Psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ärztlicher Direktor, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Ravensburg

Regina Schmidt-Zadel, Stellv. Vorsitzende Aktion Psychisch Kranke, Ratingen

Dr. Markus Schmitz, Geschäftsführer der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit für die Entwicklung von Produkten, Prozessen und Programmen im SGB II, Nürnberg

Ulrich Schneekloth, Forschungsdirektor bei TNS Infratest Sozialforschung, Bereich »Familie, Bildung, Bürgergesellschaft«, München

Bernhard Scholten, Leiter der Abteilung Familie und Generationen im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz

Maria Spahn, Fachärztin für Psychiatrie, Landeskoordination Integration NRW, Fachbereich Ess-Störungen, Köln

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel Vor Ort; Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Dortmund

Dr. Thomas Stracke, Regierungsdirektor, Leiter des Referates 314 »Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie« im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bonn

Christine Straube, Diplom-Psychologin, Malteser Werke, Leitung Abt. Jugend, Schule und Soziales, Hamm

Dr. Edelhard Thoms, Chefarzt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH

Angela Urban, Irre menschlich, Hamburg

Michael van Brederode, Fachbereichsleiter Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement des Klinikverbundes und der Heilpädagogischen Hilfen, Landschaftsverband Rheinland, Köln

Peter Weiß MdB, CDU/CSU-Fraktion; Vorsitzender Aktion Psychisch Kranke, Emmendingen-Lahr

Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner, Ministerialrat, Leiter des Referats Rechtsfragen der Kinder- und Jugendhilfe im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Berlin

Dr. Dyrk Zedlick, Chefarzt, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau gGmbH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstand Aktion Psychisch Kranke, Glauchau

Veröffentlichungen und Informationstagungen

Band 1 *vergriffen*	**»Gemeindenahe Psychiatrie«** Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
nicht dokumentiert	**»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«** Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
nicht dokumentiert	**»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
nicht dokumentiert	**»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«** Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
Band 2 *vergriffen*	**»Rechtsprobleme in der Psychiatrie«** Tagung 07.10.1977 in Hamburg
Band 3 *vergriffen*	**»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«** Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
nicht dokumentiert	**»Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«** Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
Band 4 *vergriffen*	**»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«** Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
Band 5 *vergriffen*	**»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD –** fünf Jahre nach der Enquete« Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
nicht dokumentiert	Informationsveranstaltung zum **»Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung«** am 31.01.1980
Band 6 *vergriffen*	**»Ambulante Dienste in der Psychiatrie«** Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
Band 7 *vergriffen*	**»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«** Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
Sonderdruck *vergriffen*	**»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«** Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
Band 8 *vergriffen*	**»Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«** Tagung am 19.11.1982 in Bonn
Band 9 *vergriffen*	**»Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«** Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

Band 10	**»Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«** Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
Band 11 *vergriffen*	**»Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«** Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
Band 12 vergriffen	**»Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«** Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
Band 13 *vergriffen*	**»Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«** Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
Band 14 *vergriffen*	**»Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«** Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
Band 15	**»Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«** Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
Band 16 *vergriffen*	**»Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«** Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
Band 17 *vergriffen*	**»Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«** Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
Band 18 *vergriffen*	**»Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«** Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
Band 19 *vergriffen*	**»Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«** Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
nicht dokumentiert	**Regionalkonferenzen über den Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«** im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
Band 20 *vergriffen*	**»Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«** Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
Band 21 *vergriffen*	**»Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«** Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

Sonderdruck **»Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«**
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde

Sonderdruck **»Personalbemessung im komplementären Bereich –**
vergriffen **vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«**
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn

Band 22 **»Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die**
vergriffen **gemeindepsychiatrische Versorgung«**
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn

Band 23 **»Qualität in Psychiatrischen Kliniken«**
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn

»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997

Band 24 **»Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«**
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn

Band 25 **»Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«**
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn

Band 26 **»Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«**
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

Band 27 **»25 Jahre Psychiatrie-Enquete«**
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn

Band 28 **»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«**
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn

Band 29 **»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«**
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin

Band 30 **»Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven«**
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel

Band 31 **»Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«**
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin

Band 32 **»Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden«**
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel

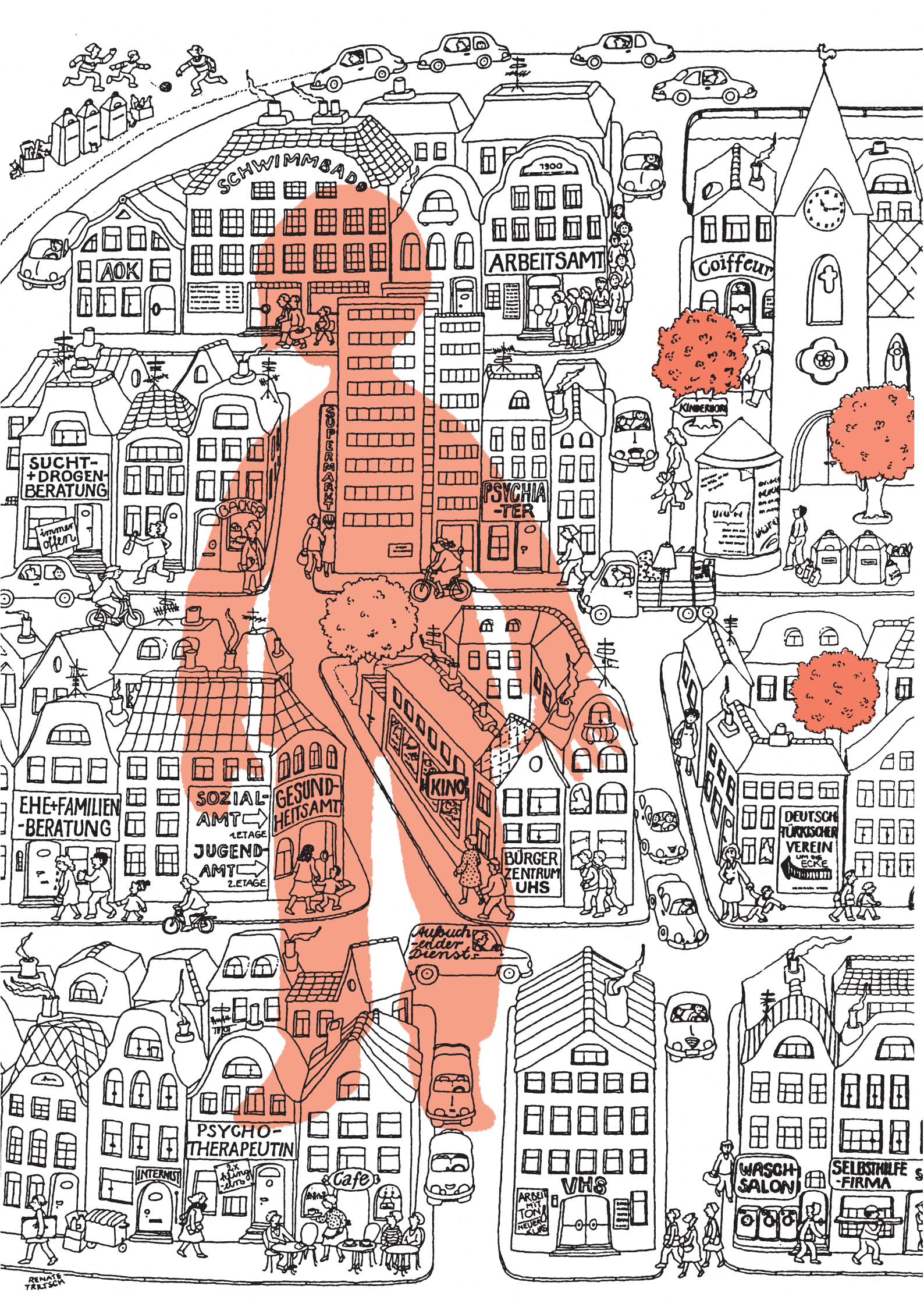
Band 33 **Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz**
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin

Band 34 **»Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«**
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel

Band 35 **»Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«**
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel

Band 36 **»Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im Verbund«**
Tagung am 18./19.06.2009 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:
Aktion Psychisch Kranke e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Download unter:
www.apk-ev.de


SCHWIMMBAD
AOK
1900
ARBEITSAMT
Coiffeur
KINDERLADEN
SUPERMARKT
SUCHT-
+DROGEN-
BERATUNG
immer offen
BÄCKER
PSYCHIA
-TER
EHE+FAMILIEN
-BERATUNG
SOZIAL-
AMT
1.ETAGE
JUGEND-
AMT
2.ETAGE
GESUND-
HEITSAMT
KINO
BÜRGER
ZENTRUM
UHS
DEUTSCH
TÜRKISCHER
VEREIN
UM DIE
ECKE
Aufsuchender
Dienst
PSYCHO-
THERAPEUTIN
INTERNIST
Cafe
VHS
ARBEIT MIT
TON
NEUES
KINO
WASCH
SALON
SELBSTHILFE
-FIRMA
RENATE
TRETSCH