

Specht, Friedrich

**Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch
psychische Störungen - Begrifflichkeiten und
Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder-
und Jugendhilfegesetzes**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 9, S. 343-349

urn:nbn:de:bsz-psydok-38601

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen - Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions - Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung - ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation - a Multi Perspective Approach)	23
--	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) - Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) - A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--	--

trolliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666 a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STRECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethnopsychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethnopsychanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenil Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Un-		ABEND, S. M./PORDER, M. S./WILLICK, M. S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L. M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M. B./STRECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Kathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen

Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Friedrich Specht

Zusammenfassung

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche, deren Eingliederungsmöglichkeiten durch die Auswirkungen einer psychischen Störung anhaltend beeinträchtigt sind, macht eine Zusammenarbeit der beteiligten Hilfesysteme – insbesondere von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (als Teil des Gesundheitswesens) – notwendig. Dies setzt eine Verständigung über Begrifflichkeiten und Verfahrensweisen voraus, wie sie hier erörtert werden.

1 Gesetzgebungszusammenhang und Bedeutung des § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Die mit dem 1.4.1993 in Kraft getretene Neufassung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes entspricht mit § 2 Abs.2 Nr.5 und mit § 35 a dem individuellen Recht seelisch behinderter junger Menschen auf Eingliederungshilfe. Dieses Recht war in der ersten Fassung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes nicht berücksichtigt worden. Mit der damals vorgenommenen Zuordnung der Eingliederungshilfen zu den Hilfen zur Erziehung (§ 27 KJHG) hätten nicht die betroffenen Kinder und Jugendlichen selber, sondern nur ihre Personensorgeberechtigten einen Anspruch auf Hilfe geltend machen können und dieses nur unter der Voraussetzung eigenen erzieherischen Unvermögens.

Die Absicht des Gesetzgebers, für die Gewährung von Eingliederungshilfe bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen statt des Sozialhilfeträgers den Träger der Jugendhilfe verantwortlich zu machen, erforderte die Hineinnahme eines eigenen Leistungsbereiches in das Kinder- und Jugendhilfegesetz. Das Leistungssystem der Jugendhilfe hat es dadurch nunmehr mit drei Anspruchsgrundlagen zu tun (s. a. Tab. 1):

1. Anspruchsgrundlage: Erziehungsmangel, dessentwegen die Personensorgeberechtigten nach § 27 KJHG einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung haben. Dem kann durch verschiedene Formen insbesondere pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Hilfen entsprochen werden, deren besondere Möglichkeiten in den §§ 28–35 KJHG beschrieben werden. Sie können mit diesem Leistungsgrund als „Hilfen zur Erziehung“ bezeichnet werden.

2. Anspruchsgrundlage: Eine bereits wirksam gewordene oder drohende Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten durch eine anhaltende seelische Störung, deret-

Tab. 1: Leistungsansprüche gegenüber dem Träger der Jugendhilfe

Hilfe zur Erziehung – § 27 KJHG

Anspruchsgrundlage: familialer oder sozialer Erziehungsmangel.

Anspruchsberechtigt: Personensorgeberechtigten.

Eingliederungshilfe – § 35 a KJHG

Anspruchsgrundlage: anhaltende oder drohende Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten aufgrund seelischer Störungen.

Anspruchsberechtigt: Kind oder Jugendlicher.

Hilfen für junge Volljährige – § 41 KJHG

Anspruchsgrundlage: individuelle Bedingungen, die Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zur eigenverantwortlichen Lebensführung notwendig machen.

Anspruchsberechtigt: Junge Volljährige.

wegen junge Menschen nach § 35 a KJHG Eingliederungshilfe wegen seelischer Behinderung zu gewähren ist. Auch dem kann durch verschiedene Hilfeformen entsprochen werden. In § 35 a KJHG sind dafür lediglich die Rahmenbedingungen (§ 35 a Abs.1 Nr.1–4) aufgeführt. Die Gestaltungsmöglichkeiten sind in § 40 BSHG und in der Verordnung nach § 47 BSHG beschrieben. Bei Kindern und Jugendlichen sind sie in der Regel mit pädagogischen Hilfen verbunden, wie sie in §§ 28–35 KJHG aufgeführt sind. Des Leistungsgrundes wegen sind sie dann aber gegebenenfalls als Eingliederungshilfen zu bezeichnen.

3. Anspruchsgrundlage: Bedingungen deretwegen junge Volljährige Hilfen für die Persönlichkeitsentwicklung und zur eigenverantwortlichen Lebensführung benötigen. Diese sollen sowohl in Form bestimmter pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Hilfen (§§ 28–30 und 33–35 KJHG) als auch mit den § 40 BSHG und in der Verordnung zu § 47 BSHG beschriebenen Gestaltungsmöglichkeiten gewährt werden (§ 35 a BSHG). Die jeweiligen Hilfen sind durch den Leistungsgrund Hilfen für junge Volljährige.

Es wäre sowohl logisch als auch sozialpolitisch konsequent gewesen, hätte der Gesetzgeber die Gewährung von Eingliederungshilfe bei jungen Menschen insgesamt dem Leistungssystem der Jugendhilfe übertragen. Im Gesetzgebungsverfahren ist dem entgegengehalten worden, dadurch würde das Leistungssystem der Jugendhilfe mit ungewohnten Sachverhalten konfrontiert. Dies hätte sich indes ebenso für die Eingliederungshilfe bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen geltend machen las-

sen. Der sogenannte „Überschneidungsbereich“ und die damit zusammenhängenden Zuständigkeitsabgrenzungen zwischen dem Bundessozialhilfegesetz und dem bis Ende 1989 geltenden Jugendwohlfahrtsgesetz war nämlich in Wirklichkeit nicht so groß, als daß allein damit die Herausnahme ausschließlich der Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche aus der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers zu begründen gewesen wäre. Ein wesentlicher Grund für die fraktionierte Veränderung der Zuständigkeiten dürfte eher darin gelegen haben, daß bei gleichzeitiger Kommunalisierung aller Jugendhilfeleistungen mit der Kostenzuständigkeit für die Eingliederungshilfe insgesamt ein ungleich größeres Ausgabenvolumen auf die kommunalen Träger der Jugendhilfe zugekommen wäre.

Bei der vom Gesetzgeber gewählten Lösung konnte der ausdrücklich hervorgehobene Anspruch Zuständigkeitsprobleme zu beseitigen, nicht eingelöst werden. Vielmehr sind zwei Absichten des Gesetzgebers – Kommunalisierung und Beseitigung von Abgrenzungsschwierigkeiten – miteinander in Widerspruch geraten. Unterscheidungsnotwendigkeiten und -probleme sind geblieben, da für den Jugendhilfeträger die Anspruchsgrundlage seelische Behinderung andere Gewährleistungsverpflichtungen zur Folge hat als die Anspruchsgrundlage Erziehungsmangel. Mit der Herauslösung des sozialrechtlichen Konstruktes der seelischen Behinderung aus der Gesamtheit der Konstruktionen *körperliche*, *geistige* und *seelische* Behinderung sind außerdem neue Abgrenzungsprobleme hinzugetreten.

Wenn die alten und die neuen Probleme nicht dazu führen sollen, daß notwendige Hilfen für Kinder und Jugendliche verzögert oder eingeschränkt werden, dann erfordert dies eine fortlaufende Verständigung aller Beteiligten untereinander. Sie muß einschließen: die Klärung der Bedeutung von Begriffen und Begriffssystemen, die Einigung auf praktikable Verfahrensweisen und Kooperationsmöglichkeiten sowie die gegenseitige Information über die jeweiligen fachlichen Möglichkeiten für die Klärung von Hilfenotwendigkeiten und für die konkreten Hilfeleistungen (s. Tab. 2).

Tab. 2: Grundlagen für die Zusammenarbeit der Hilfesysteme

- Klärung der Bedeutung von Begriffen und Begriffssystemen.
- Einigung auf praktikable Kooperationsformen und Verfahrensweisen, die den besonderen Voraussetzungen bei Eingliederungshilfe entsprechen.
- Gegenseitige Information über die jeweiligen fachlichen Möglichkeiten für Klärung und für Hilfeleistungen.

2 Wesentliche Veränderungen durch das Inkrafttreten von § 10 Abs. 2 und 35 a KJHG

Wenn es um Eingliederungshilfe bei seelisch behinderten jungen Menschen ging, hatten es die zuständigen Fachdienste des Gesundheitswesens – insbesondere die Ärztinnen/Ärzte und die Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie – bis zum Inkrafttreten von § 10 Abs. 2

KJHG mit den dafür zuständigen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zu tun. Im Laufe von Jahrzehnten hatten sich dabei einvernehmlich Verfahrensweisen entwickelt. Sie konnten zwar nicht verhindern, daß bei ganz bestimmten Problemlagen Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber der Zuständigkeit der Jugendhilfe vorkamen. Hinsichtlich der Feststellung und des Nachweises der Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe gab es aber einigermaßen verlässliche Regelungen. Dazu hatte z. B. in Niedersachsen der überörtliche Sozialhilfeträger 1982 verfügt, welche Feststellungen bzw. Überprüfungen bei einem Antrag auf Eingliederungshilfe unter der Annahme einer seelischen Behinderung erforderlich sind. Das galt insbesondere auch für die Beteiligung einer Fachärztin/eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nachdem mit dem Inkrafttreten von § 10 Abs. 2 KJHG an die Stelle des Sozialhilfeträgers der Leistungsträger Jugendhilfe in die Zusammenarbeit eingetreten ist, liegt jetzt bei ihm die Entscheidung und die Verantwortung für die Gewährung oder Versagung einer Hilfe.

Gleich geblieben sind dabei die Kinder und Jugendlichen, die einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. Wenn in § 10 Abs. 2 und in § 35 KJHG im Unterschied zu § 39 BSHG und § 1–3 der Eingliederungshilfeverordnung sowie zur ersten Fassung von § 10 Abs. 2 das Eigenschaftswort „wesentlich“ bei den Behinderungsbegriffen fortgefallen ist, dürfte sich dadurch die Zahl derjenigen, bei denen tatsächlich ein Bedarf an Eingliederungshilfen besteht, kaum ändern (zur Herkunft von „wesentlich“ s. u.).

Gleich geblieben sind die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, d. h. die Fachleute und Facheinrichtungen, von denen ein Teil von jeher auch Hilfen zur Erziehung erbracht haben.

Gleich geblieben sind ebenso die notwendigen Feststellungen zur Begründung des Leistungsanspruches bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen.

Geändert hat sich vor allem, daß – anders als zuvor die Sozialhilfeträger – die Träger der öffentlichen Jugendhilfe eine Gesamtverantwortung dafür tragen, daß die der Jugendhilfe zufallenden Aufgaben erfüllt werden und daß die notwendigen Voraussetzungen dafür vorhanden sind (§ 79 KJHG).

3 Klärung der Bedeutung von Begriffssystemen und Begriffen

„Was ist seelische Behinderung?“ so lautet die Schlagzeile im Titel der Buchveröffentlichung von JÖRG-MICHAEL FEGERT über „Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35 a KJHG“, die Ende 1994 erschienen ist. Die Schlagzeile gibt die Frage so wieder, wie sie häufig zu hören, aber falsch gestellt ist. Der Band enthält demgegenüber in Wirklichkeit eine sehr eingehende und differenzierte Darstellung der Bedingungs Zusammenhänge bei Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch seelische Störungen (FEGERT 1994).

Mit den Sachverhalten, um die es bei der Eingliederungshilfe im Rahmen des KJHG geht, haben mindestens drei der Leistungssysteme zu tun, deren Zuständigkeit sich auf die Angelegenheit von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen oder Beeinträchtigungen erstreckt.

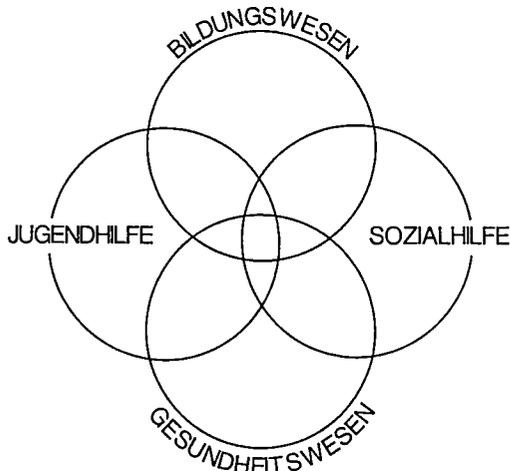


Abb. 1: Gemeinsame Aufgaben der Hilfesysteme für Kinder und Jugendliche

Die Hilfesysteme unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen, hinsichtlich der Beziehungen zu den Leistungserbringern und hinsichtlich der Verfahrensregelungen. Sie haben auch unterschiedliche Begriffssysteme und Anwendungsregeln entwickelt.

Nachdem in § 10 Abs. 2 und § 35 a KJHG Begrifflichkeiten eingegangen sind, deren Bedeutungen und Erklärungen aus dem Entstehungszusammenhang des Bundessozialhilfegesetzes und der Eingliederungshilfe-Verordnung zu verstehen sind, müssen nunmehr für die Begriffssysteme von Jugendhilfe, Sozialhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (als Teil des Gesundheitswesens) gemeinsame Nenner gefunden werden.

Die Frage „Was ist seelische Behinderung?“ spitzt sich in der Verwaltungs- und Fachsprache nicht selten auf die Frage zu: „Hat dieses Kind eine seelische Behinderung?“ Dahinter steht offensichtlich die Vorstellung, „seelische Behinderung“ sei eine Art von klassifizierender Diagnose oder eine der betreffenden Person zugehörige dauerhafte Eigenschaft.

Demgegenüber ist festzustellen: Behinderung ist ein *Vorgang* und kein Persönlichkeitsmerkmal. Deswegen kann man eine Behinderung nicht *haben*. Es kann eine Person lediglich behindert *werden*. Dabei handelt es sich bei den behindernden Umständen und Bedingungen vor allem um Wechselwirkungen zwischen bestimmten Schwächen und Störungen einerseits und sozialen Umständen der Entwicklung, des Lernens und der Lebensgestaltung andererseits. In Thesenform zusammengefaßt heißt das:

-- Behinderung bedeutet *nicht* Beschaffenheit oder Merkmal einer Person.

-- Behinderung ist ein Vorgang, dem Wechselwirkungen zwischen bestimmten Beeinträchtigungen und äußeren, vor allem sozialen Umständen zugrundeliegen.

In § 39 BSHG ist sprachlogisch zunächst noch ganz korrekt von Personen die Rede, die behindert *sind*. Schon im folgenden Satz wird dann allerdings bereits das Substantiv *Behinderung* benutzt. Ein solcher Sprach- und Bedeutungswandel vom beschreibenden Verb zum zuschreibenden Substantiv findet häufig bei der Einführung von Begriffen in die Gesetzes- oder Verwaltungssprache statt. Ein derartiger *Bedeutungswandel* ist dabei nicht *bedeutungslos*. Aus der Beschreibung des Behinderungsvorganges als einer sozialrechtlichen Anspruchsgrundlage ist nämlich auf diese Weise ein Begriff geworden, der häufig als Zuschreibung dauerhafter Defizite verstanden wird und mit entsprechenden Befürchtungen oder auch entsprechenden Absichten verbunden werden kann.

In der Eingliederungshilfe-Verordnung ist in den Überschriften der § 1–3 von Personen als den *Behinderten* die Rede. Aufgeführt werden dort *körperlich*, *geistig* und *seelisch* Behinderte. Die ausdrückliche Nennung dieser drei Kategorien leitet sich ab aus § 39 Abs. 1 BSHG, wo von Personen die Rede ist, die körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind. Die Aufzählung wäre gar nicht unbedingt erforderlich gewesen. Sie sollte bei Inkrafttreten des BSHG (1961) vor allem die sozialrechtliche Gleichstellung von Menschen mit jeglicher Art von Beeinträchtigungen unterstreichen und festschreiben, nicht dagegen ihrer Einteilung dienen.

Die Aufzählungen in den §§ 1–3 der Eingliederungshilfe-Verordnung lassen erkennen, daß es sich bei den drei Behinderungsgruppen um *sozialrechtliche Konstruktionen* nach der naiven Unterteilung von Körper, Geist und Seele handelt und nicht um diagnostische Kategorien, die aufgrund einfacher Merkmale oder bestimmter Ursachen zu unterscheiden wären. Die Konstruktionen beziehen sich vielmehr auf jeweils umfassende Bereiche von Funktionen mit Bedeutung für die Eingliederungsmöglichkeiten.

Es kann deswegen bei der Verwendung dieser sozialrechtlichen Konstruktionen immer nur darum gehen, wie weit die tatsächlichen Feststellungen zu den Beeinträchtigungen eines Kindes und zu seiner sozialen Lage Einschränkungen in einem oder – wie nicht selten – in mehreren der genannten Bereiche erkennen lassen.

Wenn dies nicht nur für einen der Bereiche und damit auch nicht nur für eine der sozialrechtlichen Konstruktionen zutrifft, wird dies zumeist mit der Kennzeichnung „mehrfachbehindert“ ausgedrückt. Der Begriff ist zwar verständlich aber unglücklich. Nachdem man im Glauben an die drei sozialrechtlichen Konstrukte das Behindertsein eines Menschen nach Körper, Geist und Seele auseinandergenommen hat, wird es dann mit dem Begriff „mehrfach“ gewissermaßen wieder addiert.

Der ursprüngliche Sinn der drei sozialrechtlichen Konstrukte ergab sich daraus, daß sie aufeinander – sich ergänzend – bezogen waren und nicht daraus, daß sie voneinander zu unterscheiden sein sollten. Deswegen mußte die mit § 10 Abs. 2 KJHG vorgenommene Auftei-

lung auf zwei Leistungsträger zwangsläufig Unterscheidungs- und Zuständigkeitsprobleme mit sich bringen. Im Interesse sachgerechter und rechtzeitiger Hilfen für Kinder und Jugendliche lassen sich diese Probleme nur durch Verständigung und Übereinkünfte bewältigen.

In § 39 BSHG und in den §§ 1–3 der Eingliederungshilfe-Verordnung ist der Begriff „behindert“ oder „Behinderung“ mit dem Adjektiv „wesentlich“ verbunden. Von dieser zusätzlichen Kennzeichnung hängt nach dem BSHG auch weiterhin der unbedingte Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe ab. In der ersten Fassung des KJHG war in § 10 Abs. 2 dieses „wesentlich“ auch noch übernommen worden. In der Neufassung ist es sowohl in § 10 Abs. 2 als auch in § 35 a KJHG entfallen (s. o.). Man könnte darüber streiten, ob es nicht dorthin über die Bezugnahme auf die unveränderte Eingliederungshilfe-Verordnung wieder zurückkehrt. Das ist aber m. E. nicht maßgeblich. Die Herkunft des „wesentlich“ ist aus der Geschichte des BSHG als Schutz vor nicht mehr einzugrenzenden Leistungsansprüchen zu erklären. Die Beibehaltung in § 10 Abs. 2 KJHG hätte widersprüchliche gesetzlogische Folgen gehabt. Wenn es jetzt in § 35 a Abs. 1 KJHG heißt, daß die Hilfe *nach dem Bedarf im Einzelfall* geleistet wird, ist ein weiterer Begriff für das Ausmaß der Beeinträchtigungen auch nicht erforderlich.

4 Feststellungen bei Kindern und Jugendlichen mit Einschränkung ihrer Eingliederungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit seelischen Störungen

Für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG bleibt die aus dem BSHG bzw. der Eingliederungshilfe-Verordnung übernommene sozialrechtliche Konstruktion der seelischen Behinderung und der mit ihr verbundene individuelle Rechtsanspruch maßgeblich. Als seelisch behindert gelten danach Personen, bei denen infolge seelischer Störungen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.

Als seelische Störungen; die eine derartige Beeinträchtigung der Eingliederungsmöglichkeiten zur Folge haben können, sind in § 3 Eingliederungshilfe-Verordnung aufgezählt:

1. körperlich nicht begründbare Psychosen,
2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
3. Suchtkrankheiten,
4. Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen.

Es handelt sich dabei um eine Aufzählung der Oberbegriffe psychiatrischer Diagnosen. Es liegt dabei jedoch eine Klassifikation psychischer Störungen zugrunde, die mehr als 30 Jahre alt ist und durch die Weiterentwicklung der diagnostischen Ordnungssysteme in der Psychiatrie und vor allem auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie überholt worden ist. Neben den allgemeinen Fortschritten der Zusammenhangsklärung in der Psychiatrie und der Kinder-

und Jugendpsychiatrie ist es bei dieser Weiterentwicklung besonders darum gegangen, Störungsmuster und Verlaufsmuster so gut und vor allem so übereinstimmend wie möglich voneinander unterscheiden zu können. Eine formalistische Weiterverwendung der seinerzeit in § 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung aufgenommenen Diagnosegruppen läßt sich wegen ihres beschränkten Verständigungswertes, aber auch wegen der damit verbundenen Zuschreibungen nicht mehr vertreten. Maßgeblich kann heute nur die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ nach der ICD-10 (1991) sein. Sie berücksichtigt insbesondere auch Entwicklungsgesichtspunkte sowie die altersgebundenen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Darüber hinaus beziehen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie multiaxiale diagnostische Ordnungssysteme auch die sozialen Umstände und Belastungen mit eigenen Kategorien ein (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994).

Die folgende Tabelle 3 vergleicht die einst in § 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung übernommenen Kategorien mit der Gliederung und den Begriffen nach ICD-10. Natürlich haben nicht alle in dieser vollständigen Übersicht wiedergegebenen Gruppen von psychischen Störungen für Kinder und Jugendliche Bedeutung. Und selbstverständlich ist die Feststellung einer diagnostisch unterscheidbaren, definierten und klassifizierbaren psychischen Störung allein noch nicht gleichbedeutend mit einer anhaltenden, zumindest längerdauernden Beeinträchtigung der Eingliederungsmöglichkeiten.

Tab. 3: Ordnungssysteme und Ordnungsbegriffe für psychische Störungen

A § 3 der VO zu § 47 BSHG	
1.	körperlich nicht begründbare Psychosen;
2.	seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen;
3.	Suchtkrankheiten;
4.	Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.
B Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 F)	
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung ¹
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

¹ Überwiegend dem Konstrukt „Geistige Behinderung“ zuzuordnen.

Der Anerkennung eines bestimmten Bedarfs an Eingliederungshilfe durch den Jugendhilfeträger (also nach § 35 a KJHG) muß eine Abfolge von Feststellungen und Beurteilungen vorausgehen, die sich auf die Art der psychischen Störung und ihre Auswirkungen beziehen.

Die Feststellung und Klassifizierung psychischer Störungen kann nur durch Ärztinnen/Ärzte erfolgen, die sich während ihrer Weiterbildung die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen angeeignet haben. Das sind insbesondere Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Es geht nämlich nicht nur darum, psychische Störungen zu erkennen und sie zutreffend voneinander zu unterscheiden, sondern ebenso darum, die dadurch bedingten Einschränkungen zu beurteilen, die Risiken des weiteren Verlaufs zu kennen und die Einflüsse ungünstiger oder günstiger psychosozialer Umstände auf den Verlauf und die Entwicklung insgesamt abzuschätzen (s. Tab. 4).

Tab. 4: Kriterien für das Risiko von Einschränkungen der Eingliederungsmöglichkeiten

<ul style="list-style-type: none"> - diagnostische Feststellung häufiger mit ungünstigem Verlauf verbunden - psychische Störung sehr ausgeprägt - sonstige Beeinträchtigungen des Befindens und der Entwicklung - ungünstige psychosoziale Umstände gegenüber
<ul style="list-style-type: none"> - diagnostische Feststellung häufiger mit günstigem Verlauf verbunden (Beratung oder Behandlung vorausgesetzt) - schützende Faktoren (Entwicklung und Umgebung) - Hilfpotentiale in der familialen und schulischen Umgebung

Ergeben solche Feststellungen und Abwägungen, daß die Eingliederungsmöglichkeiten eines Kindes oder Jugendlichen aufgrund einer psychischen Störung nicht nur vorübergehend eingeschränkt sind, oder daß dies befürchtet werden muß, dann heißt dies, daß die Zuordnung zu dem sozialrechtlichen Konstrukt der seelischen Behinderung berechtigt ist. Diese Zuordnung kann keinesfalls schon Sache des Jugendamtes sein. Dazu müßten dort diejenigen fachlichen Kenntnisse vorhanden sein, für deren Aneignung Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Weiterbildungszeit von 5 Jahren (nach abgeschlossenem Medizinstudium) mit abschließender Prüfung vorgeschrieben ist.

Das Jugendamt als Träger der Hilfe ist aber auf jeden Fall zuständig für die Prüfung und gegebenenfalls Anerkennung des Bedarfs an Eingliederungshilfe sowie für deren Gewährung. Es hat auch zu klären, ob bei Art und Dauer der vorgesehenen Eingliederungshilfe und gegebenenfalls bei Berücksichtigung bereits erfolgter Feststellungen, Maßnahmen und Koordinierungen die Aufstellung eines Hilfeplanes nach § 36 Abs. 2 KJHG unter weiterer Mitwirkung eines Arztes (§ 36 Abs. 3) notwendig ist.

5 Verfahrensweisen

Die Mehrzahl derjenigen Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Störung oder Beeinträchtigung eine anhaltende Einschränkung der Eingliederungsmöglichkeiten befürchten läßt, und bei denen deswegen Eingliederungshilfe erforderlich sein könnte, erscheint zunächst nicht beim Jugendamt. Es liegt bei der Art ihrer Beeinträchtigungen nahe, daß überwiegend zuerst Ärzte bzw. Fachärzte oder Erziehungsberatungsstellen in Anspruch genommen werden. In der Regel führt der Weg entweder unmittelbar oder aufgrund einer Weiterleitung bzw. Überweisung zu Fachärzten oder Fachdiensten für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Sozialpädiatrie. Dabei können sich sehr unterschiedliche Beratungs-, Behandlungs- und Hilfeformen als notwendig erweisen. Das Jugendamt wird im allgemeinen erst dann in Anspruch genommen, wenn sich abzeichnet, daß Hilfen nach § 35 a KJHG notwendig sind. Die für eine diagnostische Klärung der Beeinträchtigungen und für die Begründung der Hilfen erforderlichen Untersuchungen haben zuvor bereits stattgefunden, und die Grundlagen für eine fachärztliche Stellungnahme zur Anspruchsgrundlage sind bereits vorhanden.

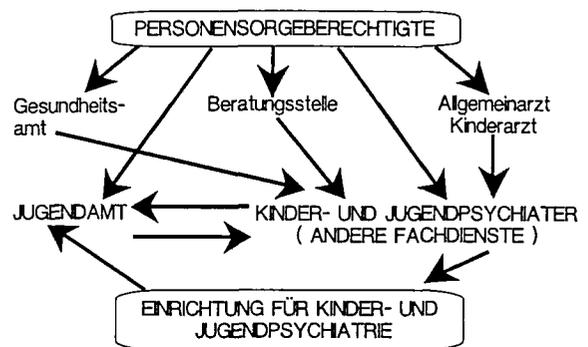


Abb. 2: Zugangswege vor Feststellung der Voraussetzungen für Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG

Bei einer Reihe von Kindern und Jugendlichen wird aber auch das Jugendamt derjenige Dienst sein, der zuerst mit der Angelegenheit befaßt wird. Entweder ist es in Anspruch genommen worden, weil bereits die Notwendigkeit von Hilfen mit dem Leistungsgrund seelischer Behinderung vermutet worden ist, oder es ergibt sich bei der Arbeit mit einem problembelasteten Kind oder Jugendlichen ein entsprechender Klärungsbedarf. Das Jugendamt wird dann eine Klärung durch Ärzte oder Fachdienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Sozialpädiatrie veranlassen und mit diesen die Feststellungen und Schlußfolgerungen möglichst unmittelbar beraten.

Sofern die Anspruchsgrundlagen für Eingliederungshilfe gegeben sind, wird dies in einer fachärztlichen Stellungnahme festzuhalten sein. Solche Stellungnahmen sollen Mindestanforderungen entsprechen, wie sie mit der folgenden Übersicht empfohlen werden (Tab. 5.).

Tab. 5: Inhalt von fachärztlichen Stellungnahmen zur Begründung und zum Bedarf von Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG

Feststellung über Einwilligung der Betroffenen sowie Schutzvermerk nach § 203 StGB und § 76 SGB X.

Angaben über die Grundlagen der eigenen Erkenntnis (Art und Anzahl der Kontakte und Untersuchungen, Kenntnis sonstiger Befunde).

Kurze Kennzeichnung der festgestellten psychischen Störungen und/oder anderweitiger Beeinträchtigungen auf der Grundlage von ICD-10.

Beschreibung, auf welche Weise und in welchem Ausmaß die seelische Entwicklung und die Eingliederungsmöglichkeiten beeinträchtigt werden oder wie weit dies aufgrund kinder- und jugendpsychiatrischer Kenntnisse und Erfahrungen zu befürchten ist.

Zuordnung zu den betreffenden Paragraphen des KJHG bzw. des BSHG.

Beschreibung und Begründung der erforderlichen Hilfe.

Tab. 6: Fachärztliche Feststellungen zur Anspruchsgrundlage nach § 35 a KJHG

Zugangsweg zum Kinder- und Jugendpsychiater:

- A.1 Initiative der Personensorgeberechtigten vor einer Inanspruchnahme des Jugendamtes.
- A.2 Initiative der Personensorgeberechtigten nach Inanspruchnahme des Jugendamtes.
- B.1 Vorschlag des Jugendamtes nach Inanspruchnahme zur Klärung von möglichen psychischen Störungen und ihrer Bedingungsbeziehungen.
- B.2 Vorschlag des Jugendamtes nach Inanspruchnahme mit der Vermutung, daß Voraussetzungen für Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG gegeben sind.
- 1. Feststellungsalternative:**
- * Keine klassifizierbare psychische Störung.
 - * Kein familiäres Unvermögen.
- 2. Feststellungsalternative:**
- * Keine klassifizierbare psychische Störung.
 - * Familiäres Unvermögen.
- Anspruch der Personensorgeberechtigten auf Hilfen zur Erziehung (§ 27 KJHG).
- 3. Feststellungsalternative:**
- * Klassifizierbare psychische Störung.
 - * Ausprägung und Verlauf ohne nachhaltige Auswirkungen auf die Eingliederungsmöglichkeiten.
- Bei Behandlungsbedürftigkeit Leistungen nach SGB V.
- 4. Feststellungsalternative:**
- * Klassifizierbare psychische Störung.
 - * Ausprägung und Verlauf lassen nach kinder- und jugendpsychiatrischer Erfahrung Auswirkungen auf die Eingliederungsmöglichkeiten erwarten.
- Anspruch des Kindes oder Jugendlichen auf Eingliederungshilfe wegen drohender seelischer Behinderung.
- Leistungen nach SGB V oder aus dem Bildungssystem reichen aus.
- 5. Feststellungsalternative:**
- * Klassifizierbare psychische Störung.
 - * Ausprägung und Verlauf schränken die Eingliederungsmöglichkeiten nicht nur vorübergehend ein oder lassen dies nach kinder- und jugendpsychiatrischer Erfahrung befürchten.
- Eigener Anspruch des jungen Menschen auf Eingliederungshilfe wegen seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung.
- Ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen wie in §§ 28 ff. KJHG möglich und ausreichend.
- 6. Feststellungsalternative:**
- * Klassifizierbare psychische Störung.
 - * Ausprägung und Verlauf schränken die Eingliederungsmöglichkeiten nicht nur vorübergehend ein.
- Eigener Anspruch des jungen Menschen auf Eingliederungshilfe wegen seelischer Behinderung.
- Besondere ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen nach § 40 BSHG und ggf. wie in § 28 ff. KJHG notwendig.

Der Vereinheitlichung und der Erleichterung der Überprüfung des Hilfebedarfs könnte eine Neufassung des in Niedersachsen entwickelten und benutzten Vordruckes dienen, der aus nur historisch zu erklärenden Gründen einmal als „Sozialhygienische Stellungnahme“ bezeichnet worden ist. Eine überarbeitete Fassung liegt unter der Bezeichnung „Sozialmedizinische Stellungnahme“ vor. Sie bezieht sich – wie die ursprüngliche Form – auf alle drei Behinderungskategorien.

Der Ausgang einer von den Personensorgeberechtigten selbst initiierten und in die Wege geleiteten oder vom Jugendamt veranlaßten fachärztlichen Klärung kann zu ganz unterschiedlichen Folgerungen führen. Die in der folgenden Übersicht (Tab. 6) aufgeführten Möglichkeiten sind als Beispiele und nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen.

Bei Kindern und Jugendlichen, die zur stationären Behandlung in Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden sind, kann sich herausstellen, daß sie nach Abschluß der stationären Behandlung nicht in ihre Herkunftsfamilien zurückkehren können. Zu Beginn eines stationären Aufenthaltes läßt sich diese Möglichkeit u.U. schon abzusehen, wenn ein Jugendamt an der Aufnahme mitgewirkt hat. Häufig ist es aber ein längerer Weg, bis die Personensorgeberechtigten überhaupt ihre Einwilligung zu einer Einbeziehung des Jugendamtes geben.

6 Schlußbemerkungen

Eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Hilfesystemen ist nicht erst seit dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes erforderlich. Deswegen gibt es zur Genüge entsprechende Erfahrungen (Specht 1988, 1990). Das Kinder- und Jugendhilfegesetz führt indessen bei der Eingliederungshilfe für junge Menschen zwei Kooperationspartner zusammen, von denen das Jugendhilfe-

system bisher mit dieser Aufgabe nicht befaßt gewesen ist, und die Kinder- und Jugendpsychiatrie an dieser Aufgabe bisher unter anderen Regelungen mitgewirkt hat. Voraussetzung für die im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen notwendigen Kooperation ist es, das Kinder- und Jugendhilfegesetz als ein *Hilfegesetz* zu verstehen und anzuwenden. Es nennt Verantwortlichkeiten für diese Hilfe. Es ist aber weder ein Erziehungsgesetz – wie es einmal gewünscht gewesen sein mag – noch ein Berufsgesetz.

Von den zu Beginn genannten Voraussetzungen einer Zusammenarbeit ist hier auf die gegenseitige Information über Möglichkeiten der Klärung und der Hilfe nicht näher eingegangen worden. Informationen über stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich in SPECHT und ANTON: Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1995). Eine entsprechende Darstellung der ambulanten Fachdienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie (niedergelassene oder ermächtigte Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Institutsambulanzen und Polikliniken, Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst, Mitwirkung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie in anderen Diensten) liegt noch nicht vor. Bei entsprechenden Strukturen des Angebotes beläuft sich die ambulante Inanspruchnahme annähernd auf das Zehnfache der stationären Aufnahmenotwendigkeiten.

Bei verschiedenen Erörterungen mit den Kooperationspartnern hat sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gezeigt, daß es der Verdeutlichung vor allem von zwei Besonderheiten der Dienste und des Vorgehens auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf:

1. Dem Aufgabengebiet entsprechend sind in allen Einrichtungen und Diensten für Kinder- und Jugendpsychiatrie multidisziplinäre Arbeitsgruppen tätig, an denen insbesondere Pädagogen (Sozialpädagogen) ebenso beteiligt sind wie Psychologen.
2. Diagnostisches Vorgehen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezieht sich auf die Zusammenhänge der Bedingungen in den Bereichen des aktuellen Erlebens, Befindens und Verhaltens, der Entwicklungs- und Lernumstände im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich, sowie der körperlichen Funktionen, die Erleben, Lernen und Verhalten ermöglichen. Kennzeichnen läßt sich dies mit dem Begriff des bio-psycho-sozialen Modells (ENGEL 1980). Der Blick richtet sich dabei ebenso auf Ressourcen und protektive Faktoren wie auf Risiken, Abweichungen, Beanspruchungen und Belastungen. Die Klassifizierung unterscheidbarer Störungsmuster (Diagnosen im Sinne der Klassifikationsschemata), von der hier notwendigerweise die Rede gewesen ist, ist ein wissenschaftlich gestütztes Element, aber nicht etwa das Ziel dieses Vorgehens.

Aufgabe der Dienste und Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es, Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen, zu verstehen, zu erklären und zu berücksichtigen sowie zu verhindern, daß sich Krisen und Störungen zu bleibenden Leiden oder Beeinträchtigungen verfestigen, und deswegen Veränderungsmöglichkeiten und Hilfsquellen in den Lebenszusammenhängen junger Menschen aufzuspüren und freizusetzen. Dazu gehört es auch, ihre Hilfebedürfnisse zu erklären und in den jeweiligen sozialrechtlichen Zusammenhängen fachlich zu begründen.

Summary

Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances

Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35a of the Child and Youth Assistance Law

Giving integration assistance to children and youths whose chances of integration are longterm impaired due to the effects of mental disturbances require that the helping systems involved – especially the youth aid of children and youth psychiatries (as a part of the health services) – cooperate. This presupposes that the terms and procedures have been clarified as discussed in this article.

Literatur

- ENGEL, G. L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry* 137, 535-544. – FEGERT, J. M. (1994): Was ist seelische Behinderung? – Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von § 35 a nach KJHG. Münster: Votum. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber. – SPECHT, F. (1988): Soziale und rechtliche Seiten der Hilfen für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche. In: KISKER, K. P. et al. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, 3. Aufl. Bd. 7: Kinder und Jugendpsychiatrie. Berlin: Springer. – SPECHT, F. (1990): Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39, 347-353. – SPECHT, F. (1992): Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 41, 83-90. – SPECHT, F./ANTON, S. (1995): *Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Weltgesundheitsorganisation* (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V(F)*, (2. Aufl. 1993). Hg. v. Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. Bern: Huber.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Friedrich Specht, Abt. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität, von Siebold-Straße 5, 37075 Göttingen.