

Fegert, Jörg M.

## **Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 9, S. 350-359*

urn:nbn:de:bsz-psydok-38612

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://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-	
--	--

troliertem 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, 1666a 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
<b>Übersichten</b>		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	STREECK-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	<b>Zur Diskussion gestellt</b>	
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 ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical 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	<b>Tagungsberichte</b>	
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 Juvenile 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	<b>Buchbesprechungen</b>	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILICK, 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./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung . . . . .	102

DÜHRSSSEN, 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	SACHSSE, 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 Katathym-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	<b>Editorial 2, 340</b>	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1 . . . . .	31	<b>Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399</b>	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik . . . . .	65	<b>Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401</b>	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene . . . . .	99	<b>Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406</b>	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik . . . . .	239	<b>Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407</b>	

## Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen

Jörg M. Fegert

### Zusammenfassung

Die Arbeit gibt einen Überblick über die aktuelle kontroverse Diskussion zur Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Die Frage der möglichen Stigmatisierung wird ebenso besprochen wie der in § 35a KJHG verankerte eigene Rechtsanspruch betroffener Kinder und Jugendlicher. Neue Problembereiche der Abgrenzung, wie z.B. die Frühförderung und die Situation bei mehrfach behinderten Kindern und bei Kindern mit Teilleistungsstörungen, werden dargestellt. Deutlich wird, daß sowohl auf Seiten der Jugendhilfe wie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gegenseitiger Informationsbedarf besteht. Zur Praxis der Umsetzung der neuen Bestimmungen wird auf der Basis von 1329 in den Jahren 1993 und 1994 eingeleiteten ambulanten Maßnahmen Stellung genommen. Besondere Berücksichtigung findet dabei der Bereich ambulante Psychotherapie, da mit dem Kinder- und Jugendhilfegesetz nun ambulante Psychotherapien nach § 27 Abs. 3 KJHG ebenso möglich sind wie als Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG. Das Verhältnis von krankenkassenfinanzierten und über Jugendhilfeleistung finanzierten Psychotherapien in unserer Inanspruchnahmepopulation wird dargestellt. Eine Einjahreskatamnese bei 140 Kindern, die solche Maßnahmen erhalten haben, zeigt, daß diese Hilfen insgesamt wirksam sind, wobei die kinderpsychiatrische Symptomatik deutlich positiver beeinflusst wurde als das psychosoziale Umfeld.

### 1 Einleitung

Erst nach dem Ablauf der Übergangsfristen und nachdem das Kinder- und Jugendhilfegesetz bis auf Hessen seit dem 1.1.1995 in allen anderen Bundesländern voll in Kraft getreten ist, hat sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Jugendhilfebereich ein vorsichtiger Dialog und vielerorts auch schon ein manifester Streit über die Umsetzung des § 35a KJHG entwickelt. Die „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (1995) hat zusammen mit den beiden anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden eine von ihr initiierte Stellungnahme zum KJHG verabschiedet, mit der sie das neue Regelwerk der Jugendhilfe ausdrücklich begrüßt, aber auch auf Schwierigkeiten in der Umsetzung hinweist. Die derzeitige Situation in der Bundesrepublik

erinnert teilweise an die Aufregtheit, mit der wir uns in Berlin Anfang der Neunziger Jahre aufgrund der unklaren Handlungsbasis und wegen multipler Anfragen besorgter Eltern vorsichtig mit dem neuen Gesetz vertraut machten. Gegenstand dieses Beitrages ist nicht die prinzipielle Auseinandersetzung mit möglichen Definitionen der sogenannten „seelischen Behinderung“ bei jungen Menschen (hierfür sei ausdrücklich auf den Beitrag von SPECHT in diesem Heft und auf mein Buch – FEGERT, 1994a – verwiesen).

Ungeachtet der Problematik dieser Begrifflichkeit wollte der Gesetzgeber den Bedenken von Eltern- und Behindertenverbänden Rechnung tragen, indem er zunächst den § 27 Abs. 4 quasi als Bestandwahrungsklausel und später den § 35a als eigenen, anspruchsbegründenden Tatbestand einführt. Die Bestimmung des § 35a soll nun nach der Auffassung mancher Bundesländer (z.B. Brandenburg) oder auch mancher Fachverbände (vgl. die Stellungnahme des AFET 1994) am besten ignoriert werden. Mit Bezug auf LEMPP (1994) wird grob verallgemeinernd festgestellt, daß Begriffe wie „Eingliederung“ oder „Rehabilitation“ nicht auf junge Menschen zugeschnitten seien, da es in dieser Lebensphase erst um den Erwerb von Fähigkeiten und den Aufbau einer eigenen Identität gehe (vgl. APITZSCH 1995). Deshalb sei die Frage „des Verhältnisses von Erziehung zur Eingliederung bei jungen Menschen“ unter einer subjektorientierten Perspektive unbedeutend. Ist die Einführung der Eingliederungshilfe für sogenannte „seelisch behinderte“ oder „von einer Behinderung bedrohte“ junge Menschen in das KJHG als eigener Tatbestand neben den Hilfen zur Erziehung tatsächlich in der Praxis „irrelevant“? Ist das Nachdenken über die Bedeutung dieser Bestimmung, teilweise der Streit über ihre Umsetzung, nur „viel Lärm um Nichts“ oder geht es hier um die Anerkennung von Rechtsansprüchen, um die Umsetzung von Hilfen wie auch um Berufsgruppeninteressen und -konflikte?

Bisher konnten mich alle wortreichen Kommentare nicht davon überzeugen, daß diese Bestimmung unnötig sei. Je mehr dieser Paragraph zum Stein des Anstoßes, zum Gegenstand der Auseinandersetzung, aber auch zur Basis für gegenseitige Information zwischen Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe wird, desto mehr erfüllt er die Funktion wenigstens daran zu gemahnen, daß, wenn die Jugendhilfe dereinst berechtigterweise – wie dies im Gesetzentwurf schon ursprünglich intendiert war – für alle Jugendlichen, d.h. auch die körperlich und geistig behin-

derten, zuständig sein soll, dann auch multiprofessionelle Kompetenzen zur Förderung solcher Jugendlichen genutzt werden müssen. Offensichtlich schürt gerade das Zusammentreffen von Ärzten und Fachkräften der Jugendhilfe berufsgruppenspezifische Ressentiments und Komplexe. Solange dies so ist, sollten alle Stellungnahmen, Ausführungsvorschriften, die die bestehende Kontroverse leugnen und glauben machen wollen, daß in der bestmöglichen aller Jugendhilfewelten schon unter dem breiten Dach der prinzipiell für alles offenen Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff.) für jedes Kind und jeden Jugendlichen prinzipiell alle notwendigen Hilfen zur Verfügung stehen, mit großer Skepsis betrachtet werden. Vielmehr gilt es, die Entwicklungen in der Praxis zu überprüfen. Aufgrund der speziellen Situation in Berlin, wo im Ostteil seit dem Vereinigungstag, dem 3.10.1990, und im Westteil seit dem 1.1.1991 das Kinder- und Jugendhilfegesetz in vollem Umfang in Kraft gesetzt wurde, ohne daß entsprechende Ausführungsgesetze oder Ausführungsvorschriften bestanden, kann auf der Basis vielseitiger praktischer Erfahrungen zur derzeitigen Debatte um den § 35 a KJHG Stellung genommen werden.

Neben stationären und teilstationären Maßnahmen der Jugendhilfe waren in Berlin ab Mitte der Siebziger Jahre (VON DER LÜHE et al. 1992) auch ambulante Psychotherapien und spezifische Einzelfallhelfer- wie auch Familienhelfereinsätze nach § 39 BSHG durchgeführt worden. Auf diese Weise sind spezifische niedrigschwellige regionalisierte Versorgungsnetze entstanden, die den Bedingungen einer Großstadt mit besonderen „Problembezirken“ entsprachen. Andererseits bedeutete dieses Helfernetz in den Achtziger und Neunziger Jahren auch einen nicht zu vernachlässigenden Wirtschaftsfaktor bzw. Arbeitsmarkt vor allem für Diplom-Psychologen. Für Psychotherapien nach BSHG, später zunächst nach § 24 Abs. 4 KJHG und dann nach dem ersten Änderungsgesetz KJHG nach § 35 a KJHG oder auch nach § 27 Abs. 3 KJHG, wurde in Berlin eine Honorierung in Anlehnung an die Kostensätze der Krankenkassen (BMÄ) vereinbart. So wurden in den frühen Neunziger Jahren nach übereinstimmenden Schätzungen ca. 20 Millionen DM allein für ambulante Psychotherapien ausgegeben. Bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von ca. zwei Jahren war eine Psychotherapie und Elternberatung bei ca. 2000 Kindern und ihren Familien in Berlin möglich. Bei solchen Summen, allein im ambulanten Bereich und angesichts der enormen Sparzwänge, die seit der Wiedervereinigung aufgrund der vielen notwendigen Aufbaumaßnahmen bestehen, ist es verständlich, daß mit der Einführung neuer gesetzlicher Bestimmungen eine Schlechterstellung der Hilfeempfänger befürchtet wurde. Manche sahen und sehen ein „Berliner Modell ambulanter psychosozialer Versorgung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien“ prinzipiell durch das KJHG und dessen Bestimmungen gefährdet.

Erste versorgungsepidemiologische Untersuchungen (FEGERT 1994 b) objektivierten bei gleicher Rechtsgrundlage in West- und Ost-Berlin massive Versorgungsunterschiede. Wir erhielten bei einer Befragung im Frühjahr 1993 von 17 (8 Ost-Berliner und 9 West-Berliner) Kinder-

und Jugendpsychiatrischen Diensten ausführliche Angaben zu Maßnahmen nach dem KJHG, die auf Empfehlung der Kinder- und Jugendpsychiater eingeleitet wurden. Insgesamt beziehen sich diese Angaben auf 11 509 Kinder und Jugendliche, die diese Dienste aufgesucht hatten. Während von den 6603 neu- oder wiedervorgestellten Patienten in Ost-Berlin nur 24 auf Empfehlung des Jugendpsychiatrischen Dienstes eine KJHG-Maßnahme und nur 19 eine über das KJHG finanzierte Psychotherapie bekommen hatten, wurde in West-Berlin bei 4906 Patienten insgesamt 2652 Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz umgesetzt. Von diesen Maßnahmen waren immerhin 1337 aufwendige Psychotherapien. Bezieht man diese Zahlen auf die Gesamtzahl der Kinder, die im jeweiligen Einzugsbereich der Dienste wohnen, kann man feststellen, daß in West-Berlin ca. 1% aller Kinder nach Diagnostik durch den entsprechenden Jugendpsychiatrischen Dienst in den Genuß einer KJHG-Maßnahme kamen, während in Ost-Berlin nur 0,009% eine therapeutische sozialpädagogische Maßnahme nach KJHG erhielten. Obwohl in der Zwischenzeit schon viel unternommen wurde, um diese vehementen Ost-West-Unterschiede durch den Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen in Ost-Berlin zu reduzieren, weisen allein die Haushalte der einzelnen Bezirke und die darin veranschlagten Mittel für solche Maßnahmen nach wie vor extreme Ost-West-Unterschiede auf. Der Ost-West-Vergleich aus Berlin macht deutlich, daß bei gleicher Rechtsgrundlage noch lange nicht alle Träger von Rechtsansprüchen auch zu den ihnen zustehenden Hilfen kommen. Prinzipien des 8. Jugendberichtes, wie z.B. die Regionalisierung von Hilfsmaßnahmen und die Notwendigkeit, solche Hilfen niederschwellig anzubieten, sind offensichtlich vielerorts nicht realisiert.

Zunächst soll in dieser Arbeit auf die theoretischen Kontroversen um die Umsetzung des § 35 a KJHG eingegangen werden. Dann soll anhand einer Analyse des empfohlenen Maßnahmenspektrums in der poliklinischen Inanspruchnahmepopulation der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU (1993, 1994 N = 1329) und aufgrund einer Untersuchung wiedervorgestellter Patienten, die Maßnahmen nach dem KJHG erhalten hatten, eine erste Bewertung der neuen Bestimmung aus der Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gegeben werden.

## 2 Theoretische Debatten

In den derzeitigen Auseinandersetzungen um den § 35 a KJHG werden einige Argumente immer wieder angeführt, welche scheinbar ein Ignorieren der Bestimmung oder ein „Ungeschehenmachen“ nahelegen. Zu diesen Argumenten gehört die Behauptung, die Formulierung des § 35 a sei stigmatisierend. Darüber hinaus wird betont, daß neue Abgrenzungsschwierigkeiten entstünden, während gleichzeitig von vielen Fachkräften der Jugendhilfe der Unterschied zwischen „puren“ Eingliederungshilfen ohne erzie-

herische Maßnahmen von Hilfen, bei denen auch dem erzieherischen Bedarf Rechnung getragen wird, als arbiträr betrachtet wird.

## 2.1 Ausgrenzung Behinderter, Stigmatisierung versus Integration

In einer Bewertung der KJHG-Novellierung, die in der „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zur Diskussion gestellt wurde (FEGERT 1993), hatte ich die Gesetzesänderung sowohl als Fortschritt in bezug auf die Rechtssicherheit des Anspruchs für Kinder und Jugendliche als auch als Rückschritt durch die Wiedereinführung eines Personenkreises sogenannter „seelisch behinderter“ Kinder und Jugendlicher im Vergleich zum § 27 Abs. 4, der nun abgeschafft worden war, bezeichnet. Damals äußerte ich die Hoffnung, daß durch eine gewisse gedankliche und sprachliche Disziplin, wie sie bei der Verwendung psychiatrischer Diagnosen, z. B. in der ICD-10, üblich sei, der Befürchtung eines generellen „Labeling“ von Menschen begegnet werden könne. In der Zwischenzeit wird die Notwendigkeit des § 35 a generell bestritten (vgl. z. B. COBUS-SCHWERTNER 1995), kinderpsychiatrische Diagnostik wird als stigmatisierendes Labeling angeprangert. APITZSCH (1995) bezeichnet den Versuch, psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund von operationalisierten Definitionen zu beschreiben und aus solchen Diagnosen notwendige Anregungen für die Hilfeplanung abzuleiten, als „formalistisch kategorisierenden“ Umgang. Eine im medizinischen Kontext stehende Diagnostik versuche, „betroffene Minderjährige in Ordnungssysteme zu kategorisieren“.

*„Vorwiegend aus dem psychiatrischen Bereich stammende Experten werden bemüht, den Begriff der seelischen Behinderung zu definieren“ (Fegert, 1994; Lempp, 1994). Trotz zugestandener Abgrenzungsschwierigkeiten werden zahlreiche Kategorien einzelner Symptomatiken vorgestellt. Auch komplexe Verhaltensweisen werden unter Ausschluß konstituierender Bedingungen pathologisiert. ... Letztendlich finden sich in der Kategorie «dissozial» alle Menschen wieder, die Normen, Regeln und Verpflichtungen andauernd mißachten. ... Der Erziehungsbedarf wird vorwiegend als Erziehungsdefizit verstanden. Das Versagen der Eltern rückt in den Mittelpunkt der Ursachenforschung. Erziehung wird stillschweigend definiert als Anpassung an vorgegebene Normen und Werte. Gegenüber dem Erziehungsdefizit werden Ursachen für seelische Behinderung eher in schicksalhaften Begebenheiten, genetisch bedingt oder situationsabhängig verursacht gesucht, um schuldhaftes Verhalten auszuschließen (APITZSCH 1995, S. 30).*

Diesem formalistisch kategorisierenden Ansatz (welchen der Autor mir unterstellt) stellt er seinen „subjekt-orientierten“ Ansatz im gesellschaftlichen Kontext gegenüber. Ziel sei, (zusammen mit den Hilfesuchenden und den beteiligten Fachkräften) in einem Prozeß die notwendige und geeignete Hilfe zu entwickeln.

*„Der «Erziehungs-(Eingliederungsbedarf definiert sich aus den konkreten Bedingungen, den Handlungsmöglichkeiten und den Handlungsbedürfnissen aus der Sicht der Hilfesuchenden». Die Frage des Verhältnisses von Erziehung zur Eingliederung bei jungen Men-*

*schen ist unter dieser Perspektive unbedeutend“ (APITZSCH 1995, nach BUSCH 1995).*

Es ist auffällig, daß die zuerst auch von Kinder- und Jugendpsychiatern thematisierte Gefahr der Stigmatisierung auf die Formulierung „seelisch Behinderte“ und die Diagnosestellung oder den Kontakt mit dem Arzt reduziert wird. Es ist hier nicht der Platz, auf die historische Entstehung unserer Behinderungsbegriffe einzugehen (vgl. FEGERT 1994 a), dennoch muß deutlich gesagt werden, daß nicht ein vermeidender oder besonders behindertenfreundlicher Sprachgebrauch ein korrektes Maß für den Integrationswillen von Menschen mit Behinderungen darstellt, sondern unser Handeln. Sprachliche Euphemismen, wie z. B. das Wort „Gastarbeiter“, welches nach der Nazidiktatur an Stelle des Fremdarbeiterbegriffes getreten war, vermögen nicht durch ihre freundlichere Formulierung Realitäten sozialer Diskriminierung aus der Welt zu schaffen. Wenn Fachkräfte der Jugendhilfe sich in auffälliger Weise intensiv mit der angeblich stigmatisierenden Formulierung des § 35 a beschäftigen und gleichzeitig die Notwendigkeit einer Zuwendung zu dem neuen Personenkreis, für den die Jugendhilfe nun Verantwortung übernommen hat, negieren oder gar unterstreichen, daß hier gar nichts neues hinzugekommen sei, so scheinen die schlimmsten Befürchtungen der Betroffenen- und Elternverbände sich zu bewahrheiten, die gerade dazu geführt hatten, daß der Gesetzgeber mit der nun umstrittenen Vorschrift die Jugendhilfe direkt zur Integration dieses Personenkreises aufgefordert hat.

Große Irritation scheint das psychiatrisch (gutachterliche) ärztliche Definitionsmonopol bei der Feststellung psychischer Störungen zu bewirken. Teilweise aggressiv wird die Bestimmung des § 36 Abs. 3 KJHG, welcher die Beteiligung eines Arztes fordert, problematisiert, indem die scheinbare Unfähigkeit von Ärzten zur Zusammenarbeit in den Vordergrund gerückt wird und betont wird, daß es nicht ausreiche, daß Ärzte sich auf die „Diagnostik und Fixierung auf Maßnahmenvorschläge beschränken“ (APITZSCH 1995).

Vergleicht man dieses vom Gesetzgeber durch die Übernahme der Bestimmungen aus dem BSHG gewollte oder hingenommene ärztliche Definitionsmonopol mit der Definitionsmacht, die den Fachkräften der Jugendhilfe in den einleitenden Bestimmungen zur Hilfe zur Erziehung (§ 27 Abs. 1 KJHG) zugewachsen ist, so ist die gegenwärtige Aufregung über psychiatrische Diagnosen kaum zu verstehen. Gängig sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie internationale vereinbarte, operationalisierte Beschreibungen von Störungsbildern und von Entwicklungsverzögerungen sowie psychosozialen Belastungen. Viele Ärzte beziehen sich bei ihren Diagnosen auf vereinbarte und nachvollziehbare Kriterien. Dadurch entsteht eine Vergleichbarkeit und für die Patienten auch eine gewisse Rechtssicherheit bei der Beurteilung ihrer Hilfsansprüche. In der Forschung können durch solche Kategorisierungen und Klassifizierungen Ergebnisse zum üblichen Verlauf solcher Problemlagen erarbeitet werden, die dann wiederum sowohl bei der Beurteilung der Prognose

als auch bei der Indikationsstellung von medizinischen Maßnahmen oder bei der Erstellung eines Hilfeplans hilfreich sein können. Die offenbar von manchen Repräsentanten der Jugendhilfe so gefürchtete Definitionsgewalt der Ärzte entpuppt sich in der Praxis als transparentes, nachvollziehbares, am Patienten und dessen Bedürfnissen orientiertes Vorgehen.

Dem gegenüber stehen die allgemeinen Formulierungen im § 27 Abs. 1 die zuständigen Mitarbeiter auf Seiten der Jugendhilfe mit einer Definitions- und Entscheidungsmacht aus, bei der nur schwer Transparenz zu erzielen sein wird. Wenn im Einzelfall der zuständige Sozialarbeiter oder die zuständige Sozialarbeiterin in einer Teamentscheidung darüber entscheiden kann, welche Hilfen geeignet und notwendig sind und welche es nicht sind, ohne daß hierfür vergleichbare Kriterien für die Art der Problemlagen, über die debattiert wird, oder auch über die Art von Hilfen und Maßnahmen vorliegen, müssen Einzelentscheidungen nach bestem Wissen und Gewissen getroffen werden. Jeder weiß, daß bei der Hilfeplanung (§ 36 KJHG), die solche Entscheidungsvorgänge transparent machen sollte, noch vieles im Argen liegt. Viele Entscheidungsfindungen bleiben nicht nachvollziehbar. Unklar ist, wie der Erfolg von Hilfen überprüft werden kann und soll. Wäre die ärztliche Mitwirkung tatsächlich so verzichtbar, bestünden tatsächlich nur Schwellenängste gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie und nicht genauso auch gegenüber der Jugendhilfe, müßte infolge der sehr viel weitgehenderen Entscheidungsmöglichkeiten nach dem § 27 ff. die kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahme und Beteiligung bei solchen Entscheidungen rückläufig sein. Dies ist derzeit nicht zu beobachten, vielmehr wenden sich viele betroffene Eltern auch mit ihren Sorgen auf dem Weg, tatsächlich Hilfe zu erlangen, an die behandelnden Kollegen, bei denen zugegebenermaßen zum Teil auch noch ein hoher Informationsbedarf über die Möglichkeiten der Jugendhilfe besteht. Teilweise entsteht der Eindruck, daß der Streit um die Integration sogenannter „seelisch behinderter“ Kinder und Jugendlicher auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen wird. Während sich Verwaltungen im Rahmen des Sparzwanges ressortpolitisch rigide voneinander abgrenzen, „rennt“ der „mündige Bürger“ bei dem Versuch, seine Rechtsansprüche durchzusetzen, häufig gegen bürokratische Hindernisse und wird an die nächste, scheinbar zuständige Verwaltung verwiesen.

Bei einem Problem, wie z.B. einer schweren Lese-Rechtschreibschwäche, welche zu einer starken emotionalen Beeinträchtigung geführt hat, wird die hilfesuchende Familie zunächst einmal auf die Zuständigkeit und den Bildungsauftrag der Schule verwiesen. Diese muß häufig resignierend eingestehen, daß sie in einem solchen speziellen schweren Fall diesem Auftrag nicht nachkommen kann. Kostenträger aus dem Bereich „Gesundheit, Soziales und Jugend“ fühlen sich allesamt ebenso wenig zuständig und verweisen mit mehr oder weniger schlüssigen Argumenten auf die scheinbare Zuständigkeit des jeweils anderen. Von Bürgernähe ist bei einem solchen Vorgehen nichts zu spüren. Kaum jemand bezieht sich auf § 43

SGB I, der regelt, daß, wenn ein Anspruch auf eine Sozialleistung besteht und es zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist, der unter diesen Leistungsträgern zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen kann, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt.

Wenn die Jugendhilfe, wie sie völlig zu Recht immer wieder betont, letztendlich für alle Kinder und Jugendliche inhaltlich zuständig sein will, würde es die Betroffenen sehr viel mehr überzeugen, wenn sich die Jugendhilfe im Einzelfall im Sinne des § 43 SGB I wie ein Vorreiter verhalten würde und dann im Zweifelsfall zwischen den Ressorts für eine Klärung sorgen könnte, statt die Betroffenen ohne Hilfe von Amt zu Amt zu schicken. Wieviele Antragsteller auf diesem Weg „auf der Strecke bleiben“, vermag ich nicht zu ermessen, sicher ist jedoch, daß es häufig die Bedürftigsten sein werden. Dabei handelt es sich dann um reale stigmatisierende und ausgrenzende, hilfeverweigernde administrative Strukturen, die mindestens so ernst genommen werden sollten wie eine scheinbar diskriminierende Begriffsformulierung, die der Gesetzgeber nun einmal in einer Bestimmung vorgegeben hat. Allein aus dieser Wortwahl herzuleiten, daß diese Bestimmung deshalb heutzutage nicht mehr anwendbar sei und damit auch die fortschrittliche Hilfepraxis, die sich schon im Rahmen des BSHG für Kinder und Jugendliche entwickelt hatte, völlig zu negieren, erscheint absurd. Insbesondere wird der Katalog der Eingliederungshilfeverordnung wegen seiner altertümelnden erwachsenenpsychiatrischen Formulierungen kritisiert. Diese Kritik ist sicher berechtigt, doch bis der Gesetzgeber zeitgemäßere Formulierungen aufgreift, müssen die bestehenden Begriffe ihrem Sinn entsprechend und der Rechtspraxis der letzten zwanzig Jahre entsprechend verstanden werden (vgl. FEGERT 1994 a). Im Bereich des Strafrechts käme niemand auf die Idee, nur weil die Formulierungen in den §§ 20, 21 StGB völlig veraltet sind und weil kaum jemand mehr von z.B. „seelischen Abartigkeiten“ sprechen möchte, auf die Möglichkeit der Erörterung einer Schuldunfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit zu verzichten. Es ist deshalb zentral, daß unsere Praxis im Umgang mit den Betroffenen, ihren Familien und auch untereinander nicht diskriminierend und stigmatisierend ist. Es ist vor allem nicht die Wortwahl des Gesetzgebers, die zur Ausgrenzung oder zur Integration führen wird, sondern es wird unser praktisches Handeln sein, an dem sich der Integrationsanspruch messen lassen muß.

## 2.2 Neue Abgrenzungsschwierigkeiten

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



### 2.2.1 Frühförderung

§ 10(2) KJHG sieht vor, daß Landesrecht eine globale Regelung für die Frühförderung treffen kann. Davon wurde vernünftigerweise schon in mehreren Bundesländern Gebrauch gemacht. Diese Ausnahmenvorschriften sollten sich an der funktionellen Grenze der Einschulung und nicht z. B. am Erreichen des 6. Lebensjahres orientieren, da sonst für Kinder, die Frühförderungsmaßnahmen nach dem BSHG erhalten haben, eventuell zwischen dem 6. Geburtstag und der Einschulung, z. B. für ein halbes Jahr, ein neuer Träger, nämlich die Jugendhilfe, Zuständigkeit erhält. Aus fachlicher kinderpsychiatrischer und entwicklungsneurologischer sowie entwicklungspsychologischer Sicht ist es häufig völlig unmöglich, im Kleinkind- und Vorschulalter komplexe Entwicklungsverzögerungen eindeutig einem der drei Behinderungsformenkreise zuzuordnen. Es ist deshalb aus fachlicher Sicht unredlich, dem Bedürfnis der Kostenträger nach Zuordnung zu entsprechen, wenn keine wissenschaftlichen und empirisch-praktischen Grundlagen gegeben sind. Die einzelnen Länder sind aufgefordert, übergreifende „vernünftige“ Regelungen zu treffen, damit nicht die Betroffenen zwischen den einzelnen Stellen hin- und hergeschoben werden.

### 2.2 Mehrfach behinderte Kinder, insbesondere geistig behinderte Kinder und Kinder mit autistischen Störungen

Bei Kindern mit geistiger Behinderung ist deutlich mit einer erhöhten Frequenz psychischer Störungen zu rechnen (vgl. NEUHÄUSER u. STEINHAUSEN 1990). In der Regel wird man bei einer zugrundeliegenden geistigen Behinderung oder bei einer schweren beeinträchtigenden körperlichen Grunderkrankung zunächst diese als Haupthindernis bei der Eingliederung in die Gesellschaft ansehen und die eventuellen psychiatrischen Sekundärphänomene diesen Grunderkrankungen zuordnen. Deshalb wird bei vielschichtigen Problemen in der derzeitigen Situation ein Verbleib bei der Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers sinnvoll sein. Hervorgehoben werden muß aber an dieser Stelle, daß „reine Behinderungsformen“ nicht unbedingt die Regel und Kombination von einzelnen Behinderungsformen sowie sekundäre psychische Probleme sehr häufig sind. Es handelt sich deshalb hier nicht um ein Detailproblem der Abgrenzung, sondern die jetzt getroffene *Ausklammerung* der Kinder und Jugendlichen mit geistiger oder körperlicher Behinderung aus dem *KJHG widerspricht dem Integrationsgedanken* und führt zu fachlich teilweise nicht hinreichend begründeten Trennlinienziehungen. Da leider in allen Abgrenzungsfällen immer die Gefahr besteht, daß letzten Endes die Kostenträger diese Unklarheiten auf dem Rücken der Betroffenen austragen, sind hier pragmatische und koordinierte Vorgehensweisen erforderlich.

Verschiedene Autoren (z. B. REMSCHMIDT 1994; SPECHT 1992; LEMPP 1994) haben darauf hingewiesen, daß Kinder mit autistischen Störungen nach der neuen Regelung besonders schwierig sinnvoll zuzuordnen sind. Ihnen darf aufgrund dieser Tatsache kein Nachteil entstehen.

### 2.2.3 Entwicklungsstörungen und Teilleistungsstörungen

Für einige umschriebene motorische Entwicklungsstörungen oder sprachliche Entwicklungsstörungen, insbesondere schwere Sprachbehinderung, wird man davon ausgehen müssen, daß vorwiegend eine „körperliche Behinderung“ zugrundeliegt. Andere neuropsychologische Teilleistungsstörungen, wie z. B. die isolierte oder kombinierte Lese-Rechtschreibstörung, waren in ihrer früheren Zuordnung zum BSHG als drohende seelische Behinderung vielfach umstritten (vgl. FEGERT 1994 a). Hier gilt es, das Ausmaß der Problematik zu beachten und zu ermitteln, welche anderen Ressourcen zu Hilfeleistungen primär aufgerufen bzw. in der Lage sind.

### 2.3 § 35 a versus §§ 27 und folgende: Konkurrenz oder Ergänzung?

Da hilfeschuchende Eltern und Kinder und Jugendliche nicht „auf der Strecke“ bleiben dürfen, muß gelten, daß es im Jugendamt auch eine akzeptable Anspruchsgrundlage ist, ein psychisches Problem zu haben, selbst wenn die Eltern zunächst ein primäres bzw. sekundäres Erziehungsdefizit nicht erkennen bzw. einräumen. Meiner Ansicht nach bedeutet dies aber nicht, daß innerhalb der Palette von Hilfen des Jugendamtes ein *Zweiklassensystem* in bezug auf die *Maßnahmen* entstehen sollte. Bis auf wenige begründete Ausnahmen halte ich die Entwicklung einer großen Zahl von *Spezialeinrichtungen* für „35 a-Kinder“ für prinzipiell gefährlich. Als Ausnahmen nenne ich z. B. Einrichtungen für psychotische Jugendliche mit primär eher ungünstigen Verläufen, die nur in einer geschützten Einrichtung, die eng mit einer Klinik kooperiert und gleichzeitig in der Einrichtung eine schulische Ausbildung und eventuell eine berufliche Ausbildung anbieten kann, versorgt werden können. Insgesamt aber gilt, nicht eine Ausgrenzung über die Angebotspalette für die Eingliederungshilfe tut not, sondern eine Differenzierung des allgemeinen Angebots. Häufig fehlen zum Beispiel „lerntherapeutische Einrichtungen“, die den wesentlichen Aspekt der schulischen Rehabilitation (oder um mit LEMPP, 1994, zu sprechen: Habilitation) mit einbeziehen. Ressortübergreifend sollte hier mehr praxisnahe Phantasie in der Umsetzung von Hilfen zum Zug kommen. Die derzeit mit einigem Nachdruck geführte Debatte über die Frage, ob es *isolierte* drohende seelische Behinderungen oder Erziehungsdefizite gebe und ihr Pendant im Maßnahmebereich, nämlich die Frage „Ob es isolierte therapeutische Leistungen geben könne?“, wie sie wohl nur noch § 35 a, aber nicht nach § 27(3) möglich wären, halte ich für eine *Scheindebatte*. Mag die „isolierte“ Behinderung bei anderen Behinderungsformen wie z. B. körperlicher oder geistiger Behinderung noch eine größere Bedeutung haben, so ist bei der drohenden seelischen Behinderung in aller Regel auch mindestens ein sekundäres Erziehungsdefizit gegeben. Hier besteht überhaupt kein Dissens zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Autoren und Autoren aus der Jugendhilfe. Allerdings sollte es uns zu denken geben, daß gerade die Elternverbände und Behinderten-

verbände vehement auf diese etwas sophistische Trennung gedrängt haben. Bei allen Ausnahmeregelungen, z. B. nach § 10(2) KJHG, bei den meisten Empfehlungen zum Autismusproblem, wird von den Verbänden konservativ im Sinne eines Verbleibs beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe plädiert. Es ist sicher nicht falsch anzunehmen, daß die derzeitige Kostensituation, d. h. die unterschiedliche Kostenbeteiligung der Eltern, zwischen den einzelnen Systemen hierbei eine Rolle spielt, doch dies kann nicht alles sein. Offensichtlich haben gerade selbsthilfeorientierte und in Elterngruppen organisierte, d. h. engagierte Eltern, an dieser Stelle Berührungsängste mit der Jugendhilfe. Es gehört deshalb zum dringenden *Selbstdarstellungsbedarf der Jugendhilfe, ihre Zuständigkeit für diese Kinder zu artikulieren*. Ob sie dies am günstigsten dadurch tun, die diese Kinder betreffenden Bestimmungen zunächst einmal „wegzudebattieren“, sei dahingestellt. Isolierte therapeutische Leistungen im Sinne von Krankenbehandlung werden nach SGB V von den Krankenkassen finanziert. Dieser Leistungsträger ist vorrangig vor den Leistungen nach KJHG. Deshalb wird es sich auch bei „Maßnahmen der Eingliederungshilfe“ wie bei Maßnahmen nach § 27(3) KJHG häufig um kombinierte pädagogische und therapeutische Leistungen bei Kindern handeln. Der Notwendigkeit einer solchen Kombination und der Einbeziehung der sozialen Lebensumwelt trägt auch die Verankerung der Sozialpädiatrischen Zentren im SGB V Rechnung. Durch die Unterzeichnung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung durch die Ersatzkassen scheinen die Krankenversicherungen hier einen weiteren Schritt, der für die Klientel des § 35a relevant ist, in die richtige Richtung zu gehen. Es ist deshalb zu erwarten, daß in Zukunft auch multiprofessionelle kleine kinderpsychiatrische Gemeinschaftspraxen mit Psychologen, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen entstehen werden, die vor Ort auch die Teilnahme an entsprechenden Hilfeplanungsprozessen sicherstellen können.

#### 2.4 Informationsbedarf

Für uns Ärzte hat sich beim Übergang der Zuständigkeit für den Personenkreis der sogenannten „seelisch Behinderten“ in die Jugendhilfe eine weitere positive Veränderung ergeben. Wir kommunizieren hier nicht nur mit einem *Kostenträger*, sondern mit einem *sozialpädagogischen Fachdienst*, dem es obliegt, im Rahmen der Hilfeplanung unterschiedlichste Hilfsansätze, auch hinsichtlich ihrer Effizienz und Zumutbarkeit bzw. Akzeptanz, zu koordinieren. Dies bedeutet allerdings auch, daß die in unserem alltäglichen Handeln innerhalb anderer Systeme erwarteten Verordnungen und imperativen Gutachten hier fehl am Platze sind. Im Zusammenhang mit psychischen Störungen sind wir aufgerufen, im Sinne einer fachlichen Diagnostik und Differentialdiagnostik ihr Vorliegen festzustellen und das Ausmaß der daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu beschreiben. Im Sinne des sonst im KJHG üblichen Vorgehens sollten wir, ausgehend von diesen Beschreibungen von Problemlagen, aus unserer Sicht geeignete und notwendige Hilfen oder schon über

Verordnungen eingeleitete Maßnahmen (wie z. B. Logopädie) beschreiben und somit einen Beitrag oder eine Stellungnahme zur Hilfeplanung aus unserer fachlichen Sicht abgeben. Dies bedeutet ganz klar im Gegensatz zum ärztlichen Gutachten nach BSHG, daß die ärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung im KJHG eine Äußerung einer Fachgruppe ist, die bei der koordinierten Planung von Hilfen beachtet werden muß und nicht eine fachliche Setzung, die quasi automatisch zur Kostenübernahme führt. An dieser Stelle sei offen eingeräumt, daß dies auch für uns Kinderpsychiater teilweise einen Umdenkungsprozeß bedeuten wird, wenngleich wohl in keiner anderen medizinischen Disziplin multiprofessionelles und pluridisziplinäres Arbeiten (hier allerdings unter der Regie von Ärzten) so an der Tagesordnung ist wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

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

### 3 Zur Praxis der Umsetzung

Um die derzeitige Praxis der Umsetzung ambulanter Maßnahmen nach dem KJHG in einer Großstadt wie Berlin beurteilen zu können, analysierten wir zunächst die Kostenträger bei 1329 ambulant durchgeführten Maßnahmen, die in den Jahren 1993 und 1994 in der Poliklinik der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin eingeleitet worden waren. Betrachtet man den Anteil der jeweiligen Kostenträger nach einzelnen Diagnosegruppen, so kann man zunächst feststellen, daß bei primär entwicklungsverzögerten Kindern ohne psychiatrische Diagnose auf der 1. Achse der ICD-10 (N = 266) nur in knapp 20% der Fälle Maßnahmen über KJHG eingeleitet worden waren. Dieser Bereich bleibt eine Domäne der von den Krankenkassen finanzierten Maßnahmen wie Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik. Auch bei den „klassischen“ Indikationen für kassenfinanzierte Psychotherapien bei den neurotischen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F4) finden wir neben einem Anteil von knapp 40% kassenfinanzierter Maßnahmen immerhin auch über 20% durch das KJHG finanzierte Therapien. Ein Drittel dieser Patienten erhielt nur Beratung oder Kurztherapien bei uns im Hause, so daß überhaupt keine weitere Maßnahme notwendig war. Am häufigsten mit knapp 40% waren Therapien und Maßnahmen, die durch das KJHG finanziert wurden, in der ICD-10-Kategorie F9, den spezifischen emotionalen und Verhaltensstörungen des Kindes- und Jugendalters. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den jeweilig prozentualen Anteil der Kostenträger für die einzelnen Diagnosegruppen im Spektrum der in der ICD-10 unter der Kate-

gorie F9 zusammengefaßten Störungsbilder. Hierbei wird deutlich, daß bei Störungen des Sozialverhaltens und bei kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen KJHG-Maßnahmen prozentual dominierten. Aber auch bei den häufigen hyperkinetischen Störungen und den emotionalen Störungen waren Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz in ihrer Häufigkeit mit Maßnahmen, welche von der Krankenkasse finanziert wurden, gleichauf. Wir untersuchten dann Zusammenhänge zwischen Alter der Inanspruchnahmepopulation und dem Kostenträger und stellten fest, daß von den Krankenkassen und nach dem Bundessozialhilfegesetz finanzierte Maßnahmen am häufigsten (d.h. in fast der Hälfte der Fälle) bei den Vorschul- und Grundschulkindern vorkamen. Aus diesen Zahlen wird deutlich, daß es bei den kleineren Kindern nicht einfach ist, sie z.B. dem § 35 a KJHG zuzuordnen, vielmehr wird bei schwerer beeinträchtigten Kindern eine Zuordnung nach § 39 BSHG erfolgen. Die hier in dieser Altersgruppe erwähnten KJHG-Maßnahmen waren vorwiegend Hilfen zur Erziehung (vgl. Abb. 2).

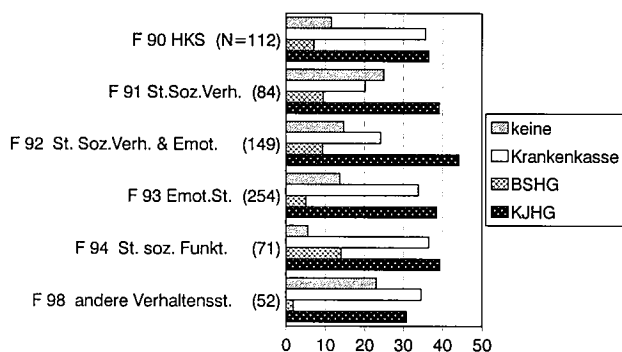


Abb. 1: Anteil der Kostenträger nach Diagnose ICD 10: F9 (N = 740)

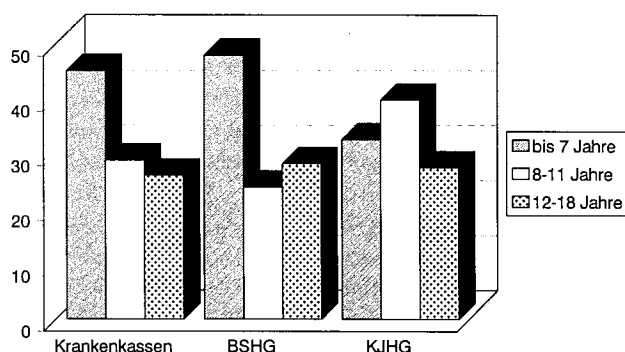


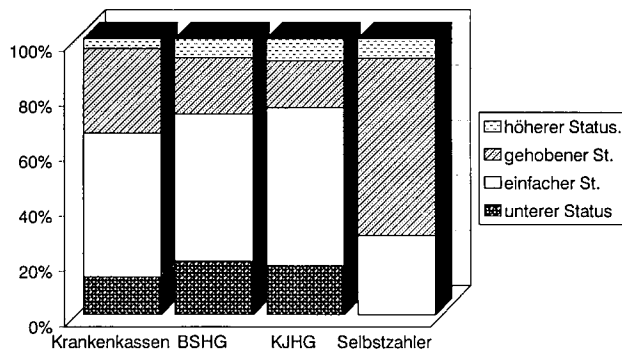
Abb. 2: Alter und Kostenträger

Die nächste Abbildung (Abb. 3) gibt einen Überblick über den Sozialstatus und die Kostenträger der Maßnahmen. Deutlich wird hierbei, daß nicht, wie vielleicht anzunehmen gewesen wäre, KJHG-Maßnahmen in den unteren Schichten sehr viel häufiger vorkamen. Die hier wiedergegebene vierstufige Einteilung des ökonomischen Status

der Familie nach FEGERT und DÖPFNER versucht eine Gruppeneinteilung nach den zur Verfügung stehenden ökonomischen Ressourcen, da Beschreibungen des Sozialstatus nach dem erlernten Beruf oder ausgeübten Beruf zu Gruppenvergleichen zwischen Ost und West zum Teil nur noch schwer herangezogen werden konnten:

- Als *unterer Status* bezeichnen wir Familien, die am Existenzminimum leben, von Sozial- oder Arbeitslosenhilfe abhängig sind oder stark verschuldet sind.
- Der *mittlere ökonomische Status* ist in zwei Gruppen aufgeteilt. Ein einfacher mittlerer Status entspricht einem Familieneinkommen, welches für die Grundversorgung ausreicht, gehobene Ansprüche können allerdings nicht finanziert werden.
- Der *gehobene mittlere Status* erlaubt auch die Finanzierung gehobener Ansprüche, wie z.B. jährliche Urlaubsreisen, ein eigenes Zimmer für jedes Kind, einen Zweitwagen oder eine Haushaltshilfe.
- Einem *höheren ökonomischen Status* ordneten wir Familien mit Vermögenswerten (Geld, Immobilien, Unternehmen) zu, die auch höhere Ansprüche finanzieren konnte, wie z.B. mehrere Urlaubsreisen pro Jahr, Hausangestellte.

Die Abbildung 3 zeigt deutlich, daß die Inanspruchnahme von Hilfen über das KJHG nur in sehr geringem Maße schichtspezifisch ist. Offensichtlich ist es den Jugendämtern gelungen, wenigstens gegenüber kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen in schichtunabhängiger Weise den Hilfsanspruch von Eltern und Kindern wahrzunehmen. Die kleine Gruppe der Selbstzahler kontrastiert mit ihrer Schichtverteilung logischerweise zu den übrigen Gruppen.



Anzahl der Maßnahmen / je Kostenträger:  
Krankenkassen 413, BSHG 73, KJHG 376, Selbstzahler 14

Abb. 3: Sozialstatus und Kostenträger

Durch die neuen Bestimmungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz ist es nun auch möglich, ambulante Psychotherapien bei Kindern, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind oder als seelisch behindert anzusehen sind, bzw. pädagogisch-psychologische Therapien als Hilfen zur Erziehung zu realisieren. Wir verglichen die Finanzierung von Psychotherapien, die in unserer Poliklinik-Inanspruchnahmepopulation nach Abschluß der Diagnostik in unserer Abteilung ambulant in Wohnortnähe durchgeführt worden waren. Hierbei konnten wir feststel-

len, daß sogenannte „pädagogisch-psychologische“ Therapien und auch nicht-direktive Verfahren insgesamt am häufigsten angewandt wurden ( $N = 205$ ). Hierbei handelte es sich zum Teil um eklektische Therapieansätze, die teilweise auch ein Training lebenspraktischer Fertigkeiten und verhaltenstherapeutische Elemente mit einbezogen. Deutlich wird, daß einige Ersatzkassen solche Behandlungen durchaus finanzieren, der Hauptanteil jedoch wurde über das KJHG realisiert. Sehr selten wurde eine reine Verhaltenstherapie angewandt. Bei den ebenfalls häufigen tiefenpsychologischen oder psychoanalytischen Kindertherapien ( $N = 135$ ) dominierte die Finanzierung über die Krankenversicherungsträger. Allerdings gab es auch eine beachtenswerte Zahl von analytischen Psychotherapien, die, weil z.B. die Bedingungen für eine Krankenbehandlung nicht bzw. nicht mehr vorlagen, von der Jugendhilfe finanziert wurden (vgl. Abb. 4).

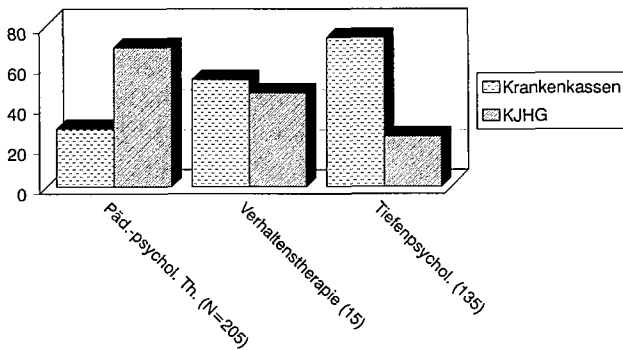


Abb. 4: Finanzierung von Psychotherapien

Ganz besonders interessierten uns erste Einschätzungen des Erfolgs solcher Maßnahmen. Bei den Wiedervorstellungen in unserer Abteilung konnten wir insgesamt 140 Kinder beurteilen, welche wir zur erneuten Stellungnahme zu einer über das KJHG bzw. BSHG (29 Kinder) durchgeführten Maßnahme untersuchten. Erfreulich ist, daß von den eingeleiteten Maßnahmen nur 7, entsprechend 5%, abgebrochen worden waren. Abbildung 5 kontrastiert nun die Einschätzungen der Kliniker zum Erfolg der Hilfen in Bezug auf die kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik, die Anlaß zur Vorstellung war, und in Bezug auf die familiären und psychosozialen Belastungen. Hier zeigt sich, daß durch intensive ambulante Maßnahmen bei über 80% der Patienten eine Besserung der Symptomatik eingetreten ist. Eine Besserung der psychosozialen Verhältnisse und der familiären Probleme gelang trotz intensiver Bemühungen nur in der Hälfte der Fälle. Dies bedeutet, daß entgegen dem Konzept vieler Hilfen zur Erziehung, die versuchen sollen, Familien kompetenter im Umgang mit ihren unter psychischen Störungen leidenden Kindern zu machen, die eingeleiteten Hilfen diese Kinder eher direkt erreichen und zur Linderung ihrer Symptomatik beitragen, während vor allem desolate familiäre Milieus auch durch massive Hilfen häufig nicht verändert werden können.

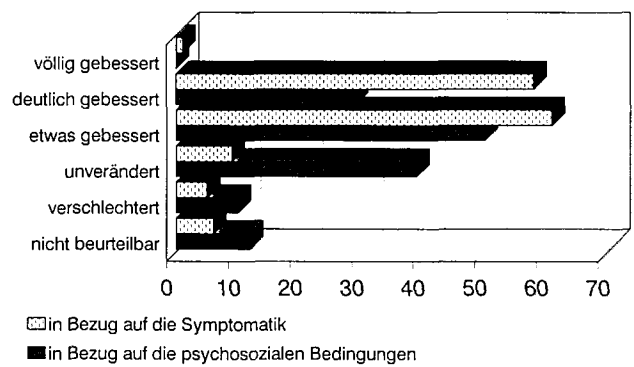


Abb. 5: Einschätzung des Erfolgs von Eingliederungshilfe und komb. Erziehungshilfe bei der Wiedervorstellung nach 1 Jahr ( $N = 140$ )

#### 4 Diskussion

Die Darstellung der in den Jahren 1993 und 1994 realisierten Hilfen und Maßnahmen nach einer Diagnostik in unserer Poliklinik zeigte, daß in West-Berlin derzeit ein breiter Katalog ambulanter Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz zur Verfügung steht. Die häufig von Elternverbänden, aber auch von unterschiedlichen professionellen Helfern geäußerte Befürchtung, daß das KJHG zu drastischen Einschränkungen oder negativen Veränderungen des status quo ante (zu „BSHG-Zeiten“ führen würde, kann auf dieser Basis nicht bestätigt werden. Hilfen vom Jugendamt sind nicht mehr Stigma der unteren Schichten. Vielmehr gelingt es durch adäquate kinder- und jugendpsychiatrische Beratung über die neuen Rechtsansprüche für Eltern (Hilfen zur Erziehung) und die betroffenen Kinder (Eingliederungshilfe) einen situationsadäquaten, schichtunabhängigen Zugang zu Maßnahmen und Hilfen zu erreichen. Hierzu sind intensive Kontakte mit den jeweils zuständigen Jugendämtern notwendig, ein wichtiges Instrument dabei ist auch die Hilfenkonferenz, vor allem bei schwierigen Fällen. In unserer Population stellten wir fest, daß bei den notwendigen Hilfenkonferenzen in ca. zwei Drittel der Fälle die Betroffenen anwesend waren, in einem Drittel wurden solche Konferenzen (zunächst) nur unter den Fachkräften durchgeführt. Unsere Katamnese konnte aufzeigen, daß die aufwendigen und personalintensiven Maßnahmen häufig positive Wirkungen erzielten. Dabei war eine Reduktion der kinderpsychiatrischen Symptomatik häufiger zu erzielen, als Veränderungen im familiären bzw. psychosozialen Umfeld. Dieses Ergebnis könnte enthusiastische Hoffnungen, welche in die Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung gesetzt werden, relativieren. Diesen Hilfen, wie auch den Eingliederungshilfemaßnahmen, gelingt es eher, die Folgen von psychischen Störungen oder von familiären und psychosozialen Defiziten zu kompensieren. Es gelingt ihnen nur in geringerem Maße, die familiäre Situation zu stabilisieren und damit sozusagen Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Es scheint für manche psychisch beeinträchtigte

Kinder wichtig zu sein, daß diese ambulanten Maßnahmen und Hilfen in kritischen Lebensphasen gewährt werden, um eine Ausgrenzung aus der Gleichaltrigengruppe zu vermeiden. Es wird späteren Katamnesen vorbehalten sein festzustellen, ob die genannten Maßnahmen tatsächlich „Eingliederungshilfen“ im Wortsinne waren, d. h., ob es in mehreren Jahren gelungen sein wird, für die betroffenen Kinder und Jugendlichen eine Stigmatisierung und Ausgrenzung zu vermeiden. Deutlich wird aber auch, daß bei einer wesentlich geringeren Zahl von Kindern und Jugendlichen die ergriffenen Maßnahmen gescheitert sind oder daß es trotz der Maßnahmen zu einer deutlichen Verschlechterung kam. In sehr wenigen Fällen wurde die Behandlung völlig abgebrochen. SCHMIDT (1995) regt an, besonders solche Mißerfolgssfälle genauer zu betrachten. Er warnt davor, daß „zur Vermeidung von beruflicher Gleichgültigkeit“ mögliche Verschlechterungen, die es leider gebe, ausgeblendet würden. Er fordert eine selbstkritische Haltung und warnt vor Schuldzuweisungen an Eltern und Kinder, wenn mit den besten Absichten eingeleitete Maßnahmen fehlschlagen. Nicht gelten lassen will er Argumente wie die scheinbare Nichtanalysierbarkeit individueller Veränderungsprozesse oder den Vorrang der individuellen Beziehungen oder Affektivität. Vielmehr ist er der Auffassung, daß die meisten Helfer lieber Teilerfolge als Teilmißerfolge sehen wollen, Verschlechterungen scheinbar ausgeschlossen werden und im allgemeinen die Beobachtungssysteme in der Jugendhilfe unterentwickelt seien. Stellt also der rein „subjektorientierte“ Ansatz (vgl. APITZSCH 1995) in seiner Nichtevaluierbarkeit ein Risiko für die einzelnen Betroffenen dar? Wenigstens teilweise bin ich dieser Ansicht, da ohne klare Beobachtungskriterien Formulierungen in dem Gesetzestext, wie z. B. die beiden Schlüsselworte „geeignet“ und „notwendig“, reine Leerformeln bleiben und im Einzelfall dann auf die subjektive, ideologische Überzeugung einzelner Helfer reduziert werden können. Eine solche Definitionsmacht ohne geeignete Überprüfung, d. h. auch ohne die Chance, aus dem eigenen Handeln jenseits der individuellen Perspektive zu lernen, birgt auch bei allem guten Willen, den ich keinem Helfer absprechen möchte, wenigstens unbewußte Gefahren in sich. SCHMIDT (1995) schlägt vor, daß zur Evaluation in der Jugendhilfe Instrumente geschaffen werden müssen und diese genutzt werden sollten. Es hält adäquate Zustandsbeschreibungen, die dann auch übertragbar und vergleichbar sind, für wichtiger als subjektiv getönte Erklärungen. Als Beobachtungsdimensionen böten sich seiner Meinung in der Jugendhilfe an das Befinden und Verhalten, Störungsmuster der Jugendlichen und Ausmaß der Behinderung. Desgleichen sollten Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen beschrieben werden, das Umfeld, insbesondere die familiären Beziehungen und Strukturen, sollten mit einbezogen werden. In bezug auf stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe beschreibt er auf der Basis einer empirischen Längsschnittuntersuchung (HEBBORN-BRASS 1991) Prädikatoren für Mißerfolge in der stationären Jugendhilfe. Als Kinder- und Jugendlichenmerkmale werden hier hyperkinetische Störungen, dissoziale Störungen und die Lese-Recht-

schreibschwäche genannt. Umfeldmerkmale, die das Scheitern prädiszieren, seien schlechte Elternkooperation, negative Elterneinstellung zur Maßnahme und familiärer Streit. Interventionsmerkmale, die ein höheres Risiko eines schlechten Ausgangs mit sich bringen, sind später Beginn der Maßnahme, kurze Dauer und beschränkte Elternkontakte.

Alles in allem kann resümiert werden, daß die Hilfeplanung und die Überprüfung der Effektivität von Hilfen nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern aus der ethischen Verantwortung für die einzelnen Betroffenen in den nächsten Jahren spezifiziert und weiterentwickelt werden müssen. Vertreter der Jugendhilfe wehren sich meiner Ansicht nach häufig zu recht gegen pauschale Vorwürfe in bezug auf ihre Umsetzung der neuen Bestimmungen. Tatsächlich versteht sich die Jugendhilfe nicht nur als Kostenträger, sondern als verantwortlicher Fachdienst, der federführend Hilfen für Kinder und Familien koordiniert. Daß diese Federführung auch inhaltlich nachvollziehbar und im Ergebnis nachprüfbar sein sollte, wurde schon ausgeführt. Dabei ist jedoch SAURBIER (1995) völlig zuzustimmen, wenn er den Vertretern der Jugendhilfe dabei zu einem gesunden Selbstbewußtsein und zur Besinnung auf langjährige Erfahrungen mit einem Teil dieser Klientel rät. Er meint, die Träger und Einrichtungen der Jugendhilfe sollten „ihr Licht wirklich nicht unter den Scheffel stellen“ und so tun, als sei hier ein völlig neues Aufgabengebiet auf sie zugekommen. Gerade die früher unlösbaren Abgrenzungsprobleme zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Formen seelischer Behinderungen hätten doch den Druck auf den Gesetzgeber so verstärkt, wenigstens diesen Bereich der Behinderungen in die Zuständigkeit der Jugendhilfe zu überführen (SAURBIER 1995). Die Aufgaben und Verantwortung der Jugendhilfe für seelisch behinderte Jugendliche sind also weder völlig neu, noch kommen sie unerwartet. Aus der Sicht von Betroffenen und Elternverbänden wird sich am Umgang der Einrichtungen der Jugendhilfe mit dieser Problematik zeigen, ob ihre Vorbehalte gegen eine generelle Zuständigkeit des Jugendamtes für alle, d. h. auch behinderte junge Menschen begründet waren, oder ob in Zukunft auch diese Verbände eher in einer generellen Zuständigkeit des Jugendamts einen sinnvollen Schritt zur Integration sehen werden.

### Summary

#### *The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances*

Since January 1995 the new German Social Aid and Child Care and Protection Legislation (KJHG, Kinder- und Jugendhilfegesetz) is applied in all parts of Germany (Federal Legislation), for children and adolescents with psychiatric disturbances and special support system is created. These children have the right to get different sorts of help for their integration in school, in the peer-group, and in the society. The fact, that a child and adolescent psychiatric diagnosis is necessary to get these dif-

ferent kinds of help, has been criticized. Especially social-workers fear the negative effects of a so-called psychiatric "labeling". More information and cooperation between child psychiatrists and social-workers is necessary with regard to the new legislation. We analysed different measures (N = 1329) supported by this new legislation in our recourse population in 1992 and 1993. Effects of age, sex and socioeconomic status on the indication of psychotherapy within the health care-system or within the new (KJHG) legislation system are described. The follow-up part of the study reports results of these new forms of help for children in 140 of our patients. We found more symptom reductions in the former diagnosed psychiatric disturbances than an improvement in the psychosocial and family life conditions of the children.

### Literatur

- APITZSCH, M. (1995): Verhältnis von Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe innerhalb der Jugendhilfe. Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. (AFET), Mitgliederrundbrief 2, 29–31. – BUSCH, M.: (1995) Rechtsverwirklichung in der Jugendhilfe? Zentralblatt für Jugendrecht 3/104. – COBUS-SCHWERTNER, I. (1995): „Brauchen wir den § 35a SGB VIII?“ Jugendwohl 2, 95. – DGKJPP (1995): Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) Z. Kinder-Jugendpsychiat. 23 219–232. – FEGERT, J. M. (1993): Therapeutische und pädagogische Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach der KJHG-Novellierung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, 260–265. – FEGERT, J. M. (1994a): Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG. Münster: Votum. – FEGERT, J. M. (1994b): Kinderpsychiatrische Versorgung seit dem Fall der Mauer und der Einführung des KJHG. Das Gesundheitswesen 56, 187–192. – HEBBORN-BRASS, U. (1991): Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg. Freiburg: Lambertus. – LEMPP, R. (1994): Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. § 35a SGB VIII. Boorberg Verlag. – NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H.-CH. (Hrsg.) (1990). Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer. – REMSCHMIDT, H. (1994): Die sozialrechtliche Zuordnung des autistischen Syndroms. Zeitschrift des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“, Autismus 37, 18–19. – SAURBIER, H. (1995): Rezension zu Fegert, J. M.: Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG. AFET-Mitgliederrundbrief 2, 34–35. – SCHMIDT, M. H. (1995): Lassen sich Mißerfolge in der Jugendhilfe voraussagen? In: M. H. SCHMIDT/A. HOLLÄNDER/H. HÖLZL (Hrsg.): Psychisch gestörte Jungen und Mädchen in der Jugendhilfe. Zur Umsetzung von § 35a KJHG. Freiburg: Lambertus, 193–210. – SPECHT, F. (1992): Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41, 83–90. – STRUNK, P. (1994): Editorial – Hilfe zur Erziehung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22, 85–86. – VON DER LÜHE, S./OTTO, M./UHLE, J. (1992): Wenn psychosoziale Notlagen ohne Hilfe bleiben. Auszüge in: Materialien zur Fachtagung Psychotherapie als Eingliederungs- und Erziehungshilfe. Das Berliner Modell ambulanter psychosozialer Versorgung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien, vom 7. Juni 1995, 63–71. – Weltgesundheitsorganisation (WHO): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, Geneva 1980.

Anschrift des Verfassers: Dr. Jörg M. Fegert, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters des Virchow-Klinikums, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Platanenallee 23, 14050 Berlin.