

Jörg M. Fegert

Die sog. „Große Lösung“ im KJHG (§ 35a n. F.) – eine Jahrherausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe?

1 Einleitung

Vor der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes hatten sich die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland sowie einige Fachvertreter, insbesondere Lempp und Fegert, nachdrücklich für die Einführung der so genannten „Großen Lösung“ d. h. der Zuständigkeit der Jugendhilfe für alle so genannten Behindertenpersonenkreise im Kindes- und Jugendalter ausgesprochen. Dies scheiterte am Widerstand der Kommunen, denn für die teureren stationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe war der überörtliche Sozialhilfeträger primär zuständig und auch am Widerstand der Träger, welche angesichts der kommunalen Vielfalt ein Planungschaos für ihre Einrichtungen – andere sagten einen wirklichen Markt – befürchteten. Sehr ernst zu nehmen waren Bedenken von Elternverbänden wie z. B. Hilfe für das autistische Kind oder Lebenshilfe, die sich mehrheitlich gegen die Zuständigkeit der Jugendhilfe aussprachen, was nicht zuletzt mit dem „Ruf“ des Jugendamtes zu tun hatte. So kam es schließlich zunächst zur Einführung einer Bestandswahrungsklausel, dem § 27 (4) in das KJHG, welcher die Überführung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche aus dem damaligen Bundessozialhilfegesetz in das Kinder- und Jugendhilfegesetz markierte. Die Rechtsverordnungen im Kontext des BSHG galten zunächst auch für die Fragen der seelischen Behinderung im Kindes- und Jugendalter weiter.

Sehr schnell zeigte sich, dass diese neue Zuständigkeit in der Jugendhilfe nicht nur auf Gegenliebe stieß. Die Norm wurde auch in ihrer Neufassung, nach der ersten Reparaturnovelle des KJHG als § 35a SGB VIII teilweise grundsätzlich abgelehnt. Frage, die zu dieser Zeit häufige Vortragstitel, ja sogar Titel von Tagungen darstellte, lautete: „Brauchen wir den § 35 a KJHG?“ und verschiedene Meinungsführer, ja Fachverbände, riefen zum Boykott dieser Norm, zur Nichtverwendung auf und manche Jugendamtsleiterinnen und -leiter waren stolz in diesen Anfangsjahren, wenn ihre Statistiken keine § 35 a SGB VIII Fälle oder ganz wenige aufwiesen. „Wir schaffen das alles im Rahmen von § 27 SGB VIII“ war häufig eine mit Stolz vorgetragene These. Gefürchtet wurde die mögliche Stigmatisierung der betroffenen Kindern und Jugendlichen durch das „Label“ seelische Behinderung. Eltern mit psychisch kranken Kindern wurde teilweise vorgeworfen, dass sie nicht hinreichend ihren Bedarf an Hilfen zur Erziehung wahrnehmen würden und dass es deshalb falsch wäre ihnen die einfache Erklärung „das Kind ist krank“ unhinterfragt zu lassen. Vielmehr müsse man doch an der Motivation für Hilfen zur Erziehung arbeiten. Dieser Gegensatz zwischen Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen wurde sehr schnell, auch von der Formulierung im Gesetzestext her aufgelöst, indem deutlich gemacht wurde, dass kombinierte Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen möglich und sicher auch in vielen Fällen sinnvoll sind. Aufgelöst, wenigstens auf dem Papier, wurde auch der jahrelange unsinnige Streit um die Zuständigkeit für Kinder- und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und anderen aggressiven bis dissozialen so genannten Verhaltensauffälligkeiten und dennoch blieb bis heute ein Verschiebebahn-

hof zwischen den Systemen, gerade in Bezug auf diese häufig schwierigsten Kinder und Jugendlichen erhalten (vgl. initial Gintzel 1989 und Schone, Übersicht in Fegert JM, Besier T 2009). Nicht nur die Norm mit ihrem eigenständigen Rechtsanspruch von Kindern und Jugendlichen war als Fremdkörper in der Welt der Kinder- und Jugendhilfe wahrgenommen worden, sondern auch das Auftreten der Klientel der Eltern der betroffenen Kinder barg für manche Jugendämter Überraschungen. Während sich die meisten vom Jugendamt mit Hilfen zur Erziehung betreuten Familien eher nicht in rechtliche Auseinandersetzungen mit dem Jugendamt begaben und dessen fachliche Kompetenz nicht in Zweifel zogen, sondern eher froh waren wenn sie noch mit Hilfen unterstützt wurden und nicht andere Maßnahmen, mit Blick auf das Sorgerecht wegen Defiziten in der Erziehungsfähigkeit, ergriffen wurden, tat sich z. B. mit den gut organisierten Eltern von Kindern, die von einer autistischen Störung betroffen sind oder von Kindern mit Teilleistungsstörungen, insbesondere der Lese-Rechtschreib-Schwäche eine ganz andere, eher aus der Mittel- und Oberschicht stammende klagefreudige Klientel auf, die bewusst ihre Rechte wahrnahmen und notfalls auch einklagten. Schmerzlich mussten viele Jugendämter zur Kenntnis nehmen, dass die Verwaltungsgerichte in der Regel den Empfehlungen aus den ärztlichen Stellungnahmen mehr folgten als den Entscheidungsprozessen im Jugendamt. Schnell schien sich die Debatte um § 35 a SGB VIII aufgrund der veröffentlichten Rechtsprechung auf einige wenige Felder, wie z. B. Legasthenie, Autismus etc. zu konzentrieren, während weitaus häufigere psychische Störungen von der Jugendhilfe nicht automatisch in den Blick genommen wurden.

Die Zahl der Kinder mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen in Hilfen nach § 27 ff, insbesondere in der Heimerziehung und im Pflegekinderwesen ist deutlich höher als allgemein in der Jugendhilfe wahrgenommen.

Die Ulmer Heimkinderstudie, später dann die Ulmer Heimkinderinterventionsstudie (Besier, Fegert JM & Goldbeck L 2009) und auch der schweizer Modellversuch zeigten, dass in der Kernklientel der stationär in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kindern und Jugendlichen zwischen 60 % und 70 % diagnostizierbare und behandlungsbedürftige seelische Störungen aufwiesen. Die meisten dieser Kinder waren ohne kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, ohne fachärztliche Behandlung und/oder Psychotherapie durch entsprechend ausgebildete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Hilfen zur Erziehung in einer stationären Einrichtung der Jugendhilfe untergebracht worden. Das heißt auch im Hilfeplanungsprozess ist der Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe und der Bedarf an komplementären psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen überhaupt nicht bedacht worden, weil in § 36 GB VIII die Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten nur für die Hilfen nach § 35 a VIII vorgeschrieben ist. Die problematische Konsequenz war, dass bei den Kindern, bei denen das familiäre Umfeld aufgrund von Vernachlässigung oder anderer massiver erzieherischer Probleme genügend Anlass für eine Maßnahme nach § 27 ff SGB VIII bot, gerade auch in Verhältnissen wo man Sorge haben musste, dass die häusliche Erziehung schon lange nicht mehr dem Wohl der Kinder entsprochen hatte, Hilfeplanung ohne kinder- und jugendpsychiatrische Expertise stattfand, obwohl die Mehrzahl dieser Kinder schwere diagnostizierbare psychiatrische Probleme aufwiesen, die dringend gleichzeitig behandlungsbedürftig gewesen wären. Wenig verwunderlich sind in diesem Kontext die relativ hohen Abbrecherquoten in der stationären Jugendhilfe und die charakteristischen Scheitererläufe. Die Ulmer Heimkinderinterventionsstudie konnte hier in einem kontrollierten Design zeigen, dass durch wenige Maßnahmen, welche Heimkinder entsprechenden „Familienkindern“ eher gleichstellten, erhebliche Veränderungen erzielt werden konnten. Im Rahmen einer aufsuchenden kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde in der Einrichtung konnten sehr viel mehr Kinder und Jugendliche

frühzeitig Zugang zu entsprechenden Hilfen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich und zu einer fundierten Diagnostik erhalten. Durch präzise vertragliche Absprachen zu Kriseninterventionen konnten „Verschiebehahnhöfe“ und Ausstoßungszyklen limitiert werden. In der Interventionsgruppe reduzierte sich die Zahl der Krankenhaustage hoch signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ähnlich wie sonst Eltern in der individuellen Behandlung psychoedukative Elemente erhalten, um das Krankheitsbild ihrer Kinder besser zu verstehen, erhielten hier Erzieherinnen und Erzieher der beteiligten Heime manualisierte Fortbildungen zu häufig auftretenden Störungsbildern. Dies führte selbst in krisenhaften Zuspitzungen zu einer höheren Zufriedenheit der beteiligten Erzieherinnen und Erziehern aus der Jugendhilfe mit der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund ethischer Bedenken war es uns bei den deutschen Heimkinderstudien zunächst nicht möglich gewesen explizit nach vorangegangenen Traumatisierungen zu fragen und bestehende posttraumatische Belastungsstörungen mit geeigneten diagnostischen Instrumenten zu erheben. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät in Ulm war der Auffassung gewesen, dass man nicht im Rahmen einer Studie ein solches Thema streifen könne ohne therapeutische Angebote für Betroffene, die sich hier öffnen, vorzuhalten. Solche therapeutischen Angebote wären aber im Rahmen der Finanzierung der Studie durch BMBF und die Krankenkassen nicht sicher realisierbar gewesen. Bei der Beantragung des schweizer Modellversuchs MAZ, in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Basel, konnte dieser Gesichtspunkt nun auch finanziell und organisatorisch berücksichtigt werden und es konnten erstmals auch ausführlich Daten zu Suizidalität und Daten zu vorausgegangener Traumatisierung der in Heimen betreuten Kinder und Jugendlichen erhoben werden. Deutlich wurde hier, dass ein erheblicher Teil der heutzutage in Kinderheimen betreuten Kindern und Jugendlichen mehrfach Gewalt, insbesondere häusliche Gewalt, miterlebt hat und auch selbst von Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch getroffen ist. Auf diese und andere internationale Befunde reagierte die damalige Bundesregierung, nach der Vorlage des 13. Kinder- und Jugendberichts mit der Forderung einer höheren Traumasensibilität der Jugendhilfe. In der Schweiz zogen die Verantwortlichen konsequenter Weise die Schlussfolgerung, dass das Personal in den entsprechenden Einrichtungen besser auf den Umgang mit solchen Kinder und Jugendlichen vorbereitet werden müsste und finanzierten ein Modellprojekt zu traumapädagogischen Schulungen für Heimerzieherinnen und Heimerzieher sowie die Einrichtungsleitungen. Ansätze der Traumapädagogik (Schmid, Fegert JM 2009, Schmid, Fegert JM 2008) wurden auch in Deutschland zunehmend diskutiert und bekamen auch durch die Erhebungen im Kontext des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ und die Untersuchung des DJI, im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten Dr. Christine Bergmann sowie die Begleitforschung zur Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten (Fegert JM, et al. 2013, Rassenhofer et al. 2013), erheblichen Aufwind. Zunehmend wurde deutlich, dass heutzutage Heimkinder eine extreme Selektion von zum Teil schwer belasteten Kinder und Jugendlichen darstellen die Übergriffe erlebt haben und zum Teil wiederum selbst auf andere Kinder und Jugendliche übergriffig werden (Allroggen et al. 2011).

In verschiedenen Projekten in Deutschland und in der Schweiz haben wir Zielerreichungsskalisierung zur Feststellung von Verhaltensänderungen und zur Feststellung der Erreichung individueller Ziele von Kindern, welche in der Jugendhilfe betreut werden, eingesetzt (eine Übersicht findet sich bei Kleinrahm et al. 2013). Deutlich wurde hier bei der Zielerreichung bei über 400 Kindern in 25 unterschiedlichen Jugendhilfeeinrichtungen (Tagespflege und Heime in Deutschland) dass sehr viele Kinder- und Jugendliche belastende Lebensereignisse durchgemacht hatten. Schulprobleme hatten, in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt waren. Deutlich wurden generelle positive Entwicklungen im Sozialverhalten. Besonders die Kinder- und Jugendlichen, die zu Beginn der Maßnahme eine starke psychische Belastung hatten bzw. Verhaltensauffälligkeiten

zeigten, zeigten eine Verbesserung. Es fand sich ein klarer Zusammenhang zwischen der Verbesserung der psychischen Symptomatik und dem sozialen Zurechtkommen. Insofern ist es auch unsinnig die Dimension „Teilhabe“ in unterschiedlichen Systemen zu erfassen, sondern verbesserte Teilhabe wird über verbesserte soziale Integration ebenso erreicht wie über ein verbessertes eigenes psychisches Wohlbefinden und Zurechtkommen im Alltag (vgl. dazu auch Schmid et al. Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz – Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs „Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen (MAZ)“ (https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelle_Informationen/2013/10_2013/MAZ-Abschlussbericht.pdf).

2 Inklusion als Herausforderung für die Weiterentwicklung des § 35 a SGB VIII und für die Weiterentwicklung in der Jugendhilfe

2.1 Weiterentwicklung des § 35 a SGB VIII

Eines der positivsten Charakteristika des § 35 a SGB VIII ist derzeit, dass er einen eigenständigen Rechtsanspruch der betroffenen Kinder und Jugendlichen formuliert. Dieser Rechtsanspruch leitet sich von der seelischen Störung, die der Teilhabebeeinträchtigung des betroffenen Kindes zugrunde liegt, her. Will man im Sinne eines inklusiven Zugangs nun diskriminierende Unterscheidungen vermeiden, so müsste man meines Erachtens die bisherigen Strukturen des § 27 SGB VIII und des § 35 a SGB VIII aufgeben und einen neuen Rechtsanspruch schaffen, der sowohl für alle Eltern jeglicher Kinder, mit oder ohne Behinderung, einen Rechtsanspruch auf Hilfen für Erziehung und für alle Kinder, mit oder ohne Behinderung, einen Rechtsanspruch für Hilfen zur Teilhabe formulieren. Dies würde ja im Einzelfall nicht dazu führen, dass Hilfen einfach mit der „Gießkanne“ verteilt werden, ohne den jeweiligen Anlass und die individuelle Begründung zu prüfen, aber er ist einfach unlogisch vor dem Hintergrund der Idee einer inklusiven Gesellschaft ein spezielles Amt für die Inklusion von Behinderten zu schaffen und gerade im Kindes- und Jugendalter die Hilfen zur Erziehung der Eltern von den Hilfen zur Teilhabe bei den Kindern und Jugendlichen zu trennen. Dies gehört zusammen.

Inhaltlich kann hierbei auf den sogenannten Diversity-Ansatz verwiesen werden: Dieser bedeutet: „Die Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sollten deshalb wenn möglich nicht in speziellen Einrichtungen segregiert werden, von speziellen Ämtern mit Eingliederungshilfe versorgt werden, wir brauchen deshalb auch kein Behindertenrecht von der Wiege bis zur Bahre, sondern sie sollten einen „behinderungsbedingten Nachteilsausgleich“ im Rahmen der altersentsprechenden Teilhabe in der Gesellschaft bekommen (Inklusion). Der 13. Kinder- und Jugendbericht beklagt den Mangel an Forschungsdaten über die gesundheitliche Lebenslage von Kindern mit Behinderung, abgesehen von der Diagnosestatistik. Kritisiert wurde bei der medizinischen Sichtweise eine generelle Defizitorientierung (was geht im Alltag nicht?) und den Mangel an Beschreibung von Ressourcen in spezifischen Lebenslagen. Angesichts der Feststellungskompetenz der Medizin für die anspruchsauslösenden Diagnosen wird angemahnt, dass häufig zu wenig zwischen der Krankheitsbeschreibung und der daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigung unterschieden würde. Krankheitsbegriff und Behinderungsbegriff würden häufig synonym gebraucht. Deutlich machte die Berichtskommission des 13. Kinder- und Jugendberichts auch, wie weltfremd die Einteilung von Kindern und Jugendlichen in verschiedene Behindertenpersonenkreise ist, denn die Aufteilung von Zuständigkeiten

und Sozialhilfe ist hinderlich für die Bereitstellung einer geeigneten und notwendigen Hilfe im Einzelfall. Wie ich schon in meinem Buch zur Seelischen Behinderung (Fegert JM 1994) betont habe, hält sich das wirkliche Leben leider nicht an die gedachten Schubladen der Juristen. Häufig kommen seelische Beeinträchtigungen zusammen mit intellektuellen Behinderungen und/oder zusammen mit einer schweren chronischen Erkrankung vor. Die resultierende Teilhabebeeinträchtigung lässt sich nicht in Prozentwerten auf einzelne Behinderungsformen aufteilen, es geht um die Teilhabe eines ganzen jungen Menschen am ganzen der Gesellschaft. Insofern machen aufgesplittete Zuständigkeiten hier überhaupt keinen Sinn. Wen wundert es in diesem Zusammenhang, dass der 13. Kinder- und Jugendbericht einen weiteren großen Appell zur Einführung der sogenannten großen Lösung, d. h. der Zuständigkeit der Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendliche darstellt. Und es war damals auch wenig überraschend, dass die damalige Ministerin Dr. Ursula von der Leyen, antwortete: „Die Bundesregierung unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission nachdrücklich, insbesondere auch unter Bezugnahme der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderung und § 24 der UN-Kinderrechtskonvention“. Die Bundesregierung nahm zwar Stellung zu zahlreichen Schwierigkeiten bei der Einführung einer Lösung und forderte dennoch dazu auf, die Möglichkeit einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe, also die große Lösung, intensiv zu prüfen. Auch eine Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz forderte, dass ein Anspruch auf inklusives Leben bereits im Kinder- und Jugendalter bestehe und dass dazu entsprechende Rahmenbedingungen gesetzt werden müssten (November 2009): „Kinder und Jugendliche (*müssten* – Ergänzung des Verfassers) als ganzheitliche Persönlichkeiten wahrgenommen werden, deren Hilfen – und Unterstützungsbedarfe oder behinderungsbedingt – unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen abgedeckt werden. Die Hilfen für ein Kind oder Jugendlichen (*müssten* – Ergänzung des Verfassers) soweit wie möglich aus einer Hand geleistet werden, hierfür Leistung bedarfsgerecht, zielgenau und zeitnah erbracht werden“. Und dann wurde von Seiten der Jugendhilfe fast eine ganze Legislaturperiode mehr oder weniger bewusst verschlafen und Fragen der Inklusion vermieden und vertagt, während auf Länderebene der Schulbereich den Takt in ganz unterschiedlicher Richtung vorgab und somit zur Eskalation verschiedener Probleme, z. B. im Bereich der Schulbegleitung und so weitere rechtliche Auseinandersetzungen zu subsidiären sozialrechtlichen Unterstützung geradezu provozierte. Enttäuschend war es dann auch, dass im Koalitionsvertrag Ende 2013 beim Stichwort Inklusion die große Lösung quasi nicht erwähnt wurde. Die AG Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Aktion Psychische Kranke hatte sich noch während der Koalitionsverhandlungen nach der Wahl im Herbst 2013, basierend auf vorher formulierten Wahlprüfsteinen (Kölch, Naumann & Fegert 2013, <http://www.apk-ev.de/public/themen-beitrag-details.asp?id=166&h=p&mod=User>) an die verhandelnden Parteien gewandt und eine Lösung gefordert. Was steht nun im Koalitionsvertrag: „Die Kinder- und Jugendhilfe soll auf einer fundierten empirischen Grundlage in einem sorgfältig strukturierten Prozess zu einem inklusiven, effizienten und dauerhaft tragfähigen und belastbaren Hilfesystem weiter entwickelt werden, dazu gehören geeignete Finanzierungsmodelle, systemische Unterstützungsformen usw. („Im Interesse von Kindern mit Behinderung und ihren Eltern sollen die Schnittstellen in den Leistungssystemen so überwunden werden, dass Leistungen möglichst aus einer Hand erfolgen können.“ (S. 78). Der Koalitionsvertrag erwähnt ferner, dass ein Bundesteilhabegesetz angestrebt werde, das zur finanziellen Entlastung der Kommunen führen solle (S. 67). Zu fordern ist, dass die Umsetzung eines Teilhabegesetzes rechtlich durchgreifender ausgestattet wird als z. B. die Etablierung der Frühförderung als Komplexleistung im SGB IX, bei laut BMAS 2011 eine gesetzlich auferlegte „Einigung der Rehabilitationsträger... noch nicht durchgängig erfolgt“ sei (S. 58) Tatsächlich scheint die Realisierung der großen Lösung ebenso wie die Umsetzung der Voraussetzungen für Inklusion eine Jahrhundertherausforderung zu sein, vor der nicht nur die Kommunen aus Angst vor den Folgekos-

ten zurückschrecken. Aber gar nichts tun und vermeiden und das Feld anderen Akteuren überlassen ist immer eine schlechte Strategie. In Abhängigkeit von den sich entwickelnden Schulgesetzen der Länder entwickeln sich ganz unterschiedliche Hilfebedarfe, quasi im Wildwuchs. Schlagworte wie „kalte Inklusion“ etc. greifen nicht nur in enttäuschten Elternverbänden um sich (eine Übersicht hierzu findet sich in einem Themenheft der Zeitschrift „Das Jugendamt“ mit Beiträgen Ziegenhain U, Meysen T & Fegert JM 2012, Henn K, Fangerau H & Fegert JM 2012, Häbeler F, Chodan W & Fegert JM 2012). Eine Veröffentlichung über ein von der Baden-Württembergstiftung gefördertes Projekt zur Schulbegleitung in Baden-Württemberg macht deutlich, wie stark die Jugendhilfe mittlerweile im Einzelfall als „Ausfallbürge“ bei Umsetzungsschwierigkeiten von Inklusion in der Regelschule in Anspruch genommen wird (Henn et al. 2014).

3 Fazit

Die so genannte „große Lösung“ ist eine große Herausforderung. Aber vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Konzept der Inklusion der einzige gangbare Weg. Kombinierte Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche müssen die Regel, nicht die Ausnahme, sein. Eine sinnvolle administrative Aufteilung von so genannten „Behindertenpersonengruppen“ gibt es in einer inklusiven Gesellschaft nicht, sondern es geht um die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Benachteiligung bei der Teilhabe und einen situationsadäquaten, fördernden Nachteilsausgleich. Die bisherige Entwicklungsgeschichte des § 35 a SGB VIII zeigt einerseits den Mut und die Bereitschaft der Jugendhilfe eine solche neue Verantwortung aufzugreifen und diese auch, trotz immer wieder auftretenden Drucks aus dem Sozialhilfereich, inhaltlich zu begründen und zu verteidigen. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass bislang die Zuständigkeit für Kinder mit seelischen Störungen eigentlich nur dann wahrgenommen wird, wenn Eltern diese seelische Störung zum Anlass nehmen von der Jugendhilfe Hilfen zu fordern. Hält die Jugendhilfe Hilfen zur Erziehung primär für erforderlich, wird die individuelle Komponente der psychischen Belastung, wie am Beispiel von Heimkindern dargelegt, häufig ignoriert oder wenigstens nicht adäquat berücksichtigt. Auch dies ist ein Grund warum die bisherigen Denkschablonen und Verwaltungsschubladen verlassen werden müssen und es einen neuen Rechtsanspruch für Eltern auf Hilfen zur Erziehung und einen eigenständigen Rechtsanspruch für Kinder und Jugendliche auf Teilhabe geben muss. Die Formulierung im Koalitionsvertrag, die eine fundierte, empirische Grundlage und einen sorgfältig strukturierten Prozess, hin zu einem inklusiven, effizienten und dauerhaft tragfähigen und belastbaren Hilfesystem, fordert, gibt den Weg vor. Empirische Grundlagen müssen durch Forschung und Modellprojekte geschaffen werden. Dabei ist es wichtig, dass das derzeitige Konzert der Bedenkensträger ergänzt wird durch Daten und Fakten, vor allem aus Modellregionen, wo enthusiastisch an der ressortübergreifenden Realisierung von inklusiven Hilfesystemen gearbeitet wird. Liegen dann solche Daten und Ergebnisse vor, kann man einen politischen Prozess in der Jugendhilfe sorgfältig strukturieren, um dann zu einem effizienten und dauerhaft tragfähigen Hilfesystem zu gelangen. Wir halten fest: Die Herausforderung zu einem Umdenken ist sehr groß, die große Koalition hat sich schwer damit getan eine klare Zielsetzung vorzugeben, aber sie hat eine klare Idee zum notwendigen Prozess. Also sollten wir nicht weiter darüber diskutieren, ob diese Jahrhundertaufgabe gewünscht ist, ob ihre Umsetzung realisierbar ist etc., sondern wir sollten zunächst für die geforderte fundierte, empirische Grundlage, insbesondere auf der Basis von hoch engagierten Modellprojekten aus unterschiedlichen Teilen Deutschlands, zu einer Weiterentwicklung des Hilfesystems beitragen. Die strategische Entwicklung der Frühen Hilfen, die in den letzten Jahren erfolgreich in Deutschland gelaufen ist, kann hier als Beispiel durchaus herangenommen werden. Es braucht eine Bundesini-

tiative und es braucht Verbände aus Bund und den Ländern mit Modellregionen, in großen Kommunen ebenso wie in Landkreisen, um hinreichende Erfahrung zu sammeln, um dann nationale Empfehlungen für die Umsetzung im föderalen System geben zu können. Nur weil der Koalitionsvertrag das große Ziel „große Lösung“ nicht erwähnt, sollten wir den Weg dahin, der im Koalitionsvertrag klar umrissen ist, nicht aus dem Blick verlieren und uns jetzt interdisziplinär, unter Einbeziehung von Betroffenenverbänden, um den beschriebenen Prozess kümmern.

Literatur

- Allroggen, M., Spröder, N., Rau, T. & Fegert, JM. 2011, *Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen – Ursachen und Folgen*, Expertise für das Bayerische Landesjugendamt.
- Besier, T., Fegert, JM. & Goldbeck, L. 2009, „Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes“, *European Psychiatry*, vol. 24, pp. 483–489.
- Fegert, JM. 1994, *Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35 a KJHG*, Votum Verlag, Münster.
- Fegert, JM, Rassenhofer, M., Schneider, T., Spröder, N., Seitz, A. (ed) 2013, *Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen – Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann*“, Juventa, Beltz.
- Fegert, JM. & Besier, T. 2009, „Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform“ in *Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht – Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen*, ed. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht, 1. edn, DJI – Deutsches Jugendinstitut e.V. Forschung über Kinder, Jugendliche und Familien, München, pp. 989–1114.
- Gintzel, U. & Schone, R. 1989, *Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation (Abschlussbericht)*, Institut für soziale Arbeit e.V., Münster.
- Häßler, F., Chodan, W. & Fegert, JM. 2012, „Inklusion“ – internationale Trend und Erfahrungen mit inklusiver Beschulung und notwendiger Unterstützung“, *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, vol. 85, no. 10, pp. 510–514.
- Henn, K., Fangerau, H. & Fegert, JM. 2012, „Verhaltenes Engagement der Jugendhilfe: Betritt Inklusion etwa nur das Schulwesen?“, *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, vol. 85, no. 10, pp. 504–510.
- Henn, K., Thurn, L., Besier, T., Kuenster, A. K., Fegert, JM. & Ziegenhain, U. 2014, „Schulbegleiter als Unterstützung von Inklusion im Schulwesen – Erhebung zur gegenwärtigen Situation von Schulbegleitern in Baden-Württemberg“, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, vol. 42, no. 6, pp. 397–403.
- Kleinrahm, R., Keller, F., Lutz, K., Kölch, M. & Fegert, JM. 2013, „Assessing change in the behavior of children and adolescents in youth welfare institutions using goal attainment scaling“, *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health* [Online], vol. 7, no. 35. Available from: <http://www.capmh.com/content/pdf/1753-2000-7-33.pdf>.
- Kölch, M., Naumann, A. & Fegert, JM. 2013, „Politische Weichenstellung zum Wohle von Kindern und Jugendlichen. Eine neue Arbeitsgruppe der Aktion Psychisch Kranke hat Eckpunkte

für eine bessere psychiatrische Versorgung Minderjähriger erarbeitet“, *Psychosoziale Umschau*, vol. 4, no. 28, pp. 34–35.

Rassenhofer, M., Spröber, N., Schneider, T. & Fegert, JM. 2013, „Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany“, *Child Abuse & Neglect*, vol. 37, no. 9, pp. 654–663.

Schmid, M. & Fegert, JM. 2009, „Themenheft Traumapädagogik II“, *Trauma und Gewalt*, vol. 3, no. 2, pp. 89–176.

Schmid, M. & Fegert, JM. 2008, „Themenheft Traumapädagogik I“, *Trauma und Gewalt*, vol. 2, no. 4, pp. 257–349.

Seidler, G.H., Freyberger, H.J. & Maercker, A. 2009, *Themenheft Traumapädagogik*

Ziegenhain, U., Meysen, T. & Fegert, JM. 2012, „Schulbegleitung: Eine Leistung zwischen Integration, Sonderstatus und Ausfallbürgerschaft“, *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, vol. 85, no. 10, pp. 500–504.

Verf.: Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm, E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de