

Aus dem Leben gegriffen ... Praktische Probleme bei der gemeinsamen Ausgestaltung von „Leistungen wie aus einer Hand“ für Kinder, Jugendliche und Familien

Ergebnisse des 5. Expertengesprächs
am 19. und 20. April 2018 in Berlin

Inhalt

	Seite
Vorwort	3
Input-Vortrag:	
Die Familie im Mittelpunkt	
Beispiel „Roy“	
Aussagen einer betroffenen Mutter: Wie habe ich die Hilfestellung erlebt?	
Was hätte ich mir besser/anders gewünscht?	
Britta Discher, Antje Wöstmann	4
Diskussionsergebnisse	
Plenumsdiskussion	
Identifizierung von Veränderungspotenzialen und -elementen in der Ausgestaltung der Leistungen	8
Praxisbeispiele + Diskussion	
Praxisbeispiel 1: Grenzgänger	
Kinder und Jugendliche im Grenzbereich von Beeinträchtigungen – Hilfen und wechselnde Zuständigkeiten (SGB VIII oder SGB XII)	
Robert Pfeiffer	11
Praxisbeispiel 2: Rechtzeitiger und abgestimmter Zugang zu Hilfen mit interdisziplinärer Diagnostik (in der Frühförderung)	
Sören Engelmann, Sonja von Nagorski	18
Praxisbeispiel 3: Wie inklusiv sind wir bereits jetzt, wie inklusiv wollen wir werden? Ambulante und stationäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Was brauchen diese? Welches Selbstverständnis und welche Weiterentwicklungsbedarfe gibt es?	
Thomas Ziegler	24
Praxisbeispiel 4: Inobhutnahme und Krisenintervention – wie inklusiv sind „wir“? Kinderschutz muss auch für Kinder und Jugendliche mit (schweren) Beeinträchtigungen stärker in den Fokus genommen werden. Bericht über eine Mutter und ihren Sohn in einer extremen Notsituation auf der Suche nach Hilfe	
Maren Seelandt	30
Bericht aus der Kurzzeitwohngruppe Brücke, die für Inobhutnahme und zur Krisenintervention für Familien mit behindertem Kind bzw. Kindern von umliegenden Jugendämtern angefragt wird	
Detlef Vincke	40
Fazit	46
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	50

Vorwort

**Informieren, Sortieren, Verstehen + produktive Anknüpfungsmöglichkeiten finden ...
... denn Inklusion braucht mehr als (nur) ein Gesetz.**

Kinder- und Jugendhilfe ist eine kommunale Aufgabe und findet dort statt, wo Kinder, Jugendliche und ihre Familien leben. Deshalb ist die kommunale Ebene ein elementarer Bezugspunkt, wenn es um die Planung und Umsetzung identifizierter konkreter Handlungsbedarfe geht. Aktuell befindet sich die Bundesregierung „in einem intensiven Dialog darüber, ob und inwieweit die Kinder- und Jugendhilfe im Sinne einer inklusiven Lösung weiterentwickelt werden kann, um in Zukunft für alle Kinder und Jugendliche zuständig zu werden, unabhängig davon, ob sie eine Behinderung haben oder nicht.“* Die damit verbundenen juristischen (Neu)Regelungen und praktischen Umsetzungsfragen stellen für die Kommunalverwaltungen eine große Herausforderung für die praktische Arbeit vor Ort dar, da neue fachliche Wirkungs- und Kooperationszusammenhänge entwickelt werden müssen, insbesondere mit dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe.

In dieser Legislaturperiode hat die Bundesregierung im Vorfeld einer Gesetzesinitiative einen breiten Dialog mit allen Akteuren aus Wissenschaft und Praxis der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Behindertenhilfe und den Ländern und Kommunen geplant. Hier knüpft auch das DIALOGFORUM „Bund trifft kommunale Praxis“ an. Voraussetzung für das Gelingen ist ein kontinuierlich geführter und transparenter Diskussionsprozess von BMFSFJ und kommunalen Fachkräften aus den öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Behindertenhilfe und der Eingliederungshilfe in den Kommunen sowie Vertreter/innen der kommunalen Spitzenverbände, der Landesjugendämter und der Wissenschaft. Anliegen des Dialogforums ist es, gemeinsam mit allen Akteuren konkrete Umsetzungsschritte, offene/strittige Fragen der praktischen Umsetzung und erste Erfahrungswerte in der Praxis auf dem Weg zu einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe zu diskutieren. Entscheidend für einen gelingenden Dialogprozess ist zu wissen, wie „vor Ort“ gedacht wird und was „vor Ort“ passiert, um Unterschiede in den Systemlogiken zu verstehen und produktive Anknüpfungsmöglichkeiten zu finden, denn Inklusion braucht mehr als (nur) ein Gesetz.

... und darum ging es in unserem fünften Expertengespräch konkret:

Der Anspruch:

Ein Gesetz für alle Kinder, Jugendlichen und ihre Familien, damit sie die notwendigen Hilfen rechtzeitig und bedarfsgerecht erreichen.

Der Weg dahin:

- Identifizierung von bisher ungelösten Problemlagen in beiden Systemen,
- Vorstellung und Diskussion von Praxisbeispielen im Plenum hierzu,
- Erarbeitung von Lösungswegen und Vorschlägen mit Bezug auf ein mögliches Gesetz.

Zu Beginn der Veranstaltung kam in einem Video-Fallbeispiel eine Mutter zu Wort, die aus eigenem Erleben mit ihren Kindern über Schnittstellenprobleme, schwierige und/oder zu späte Zugänge und andere Problematiken bei der Hilfestellung sehr authentisch berichtete. Im weiteren Verlauf wurden vier weitere konkrete Praxisbeispiele im Plenum vorgestellt, die Bezüge zur inhaltlichen Diskussion vorangegangener Expertengespräche hatten und lösungsorientiert aufgearbeitet und vertieft wurden. Die aus diesen Diskussionen identifizierten Elemente für die gemeinsame Gestaltung von „Hilfen aus einer Hand“ wurden am Ende der Veranstaltung von unserem Tagungsbeobachter gebündelt und von allen Teilnehmenden gemeinsam im Plenum verabschiedet.

Kerstin Landua

* vgl. Stellungnahme der Bundesregierung zum 15. Kinder- und Jugendbericht, S. 11

Die Familie im Mittelpunkt

Beispiel „Roy“

**Aussagen einer betroffenen Mutter:
Wie habe ich die Hilfestellung erlebt?
Was hätte ich mir besser/anders gewünscht?**

BRITTA DISCHER, ANTJE WÖSTMANN

Fallverständigung Roy

Der Impuls zu diesem Fall wurde von der Therapeutin aus einem Autismus-Therapie Zentrum sowie einer Psychologin einer Gruppe für Kinder von psychisch erkrankten Eltern gegeben. Sie trugen die Sorge vor, dass Roy, 11 Jahre alt, selbstverletzendes Verhalten sowie Anzeichen von Depressionen zeigt und seine Medikamente unregelmäßig nimmt.

Es erging die Anfrage nach einer Initiierung und Moderation eines Austausches im Hilfesystem, mit dem Ziel der Erstellung eines nachhaltigen Konzeptes für Roy (bio-psycho-sozial) innerhalb seiner Familie.

Die Vielfalt der Hilfesysteme

Um Roy und seine Mutter kümmern sich mehrere Helfer und Hilfesysteme gleichzeitig:

Roy erhält Hilfen von der Kinderärztin und dem Sozialpädiatrischen Zentrum, von einer Psychologin im Rahmen einer psychologisch begleiteten Gruppe (SPZ/soziale Gruppenarbeit durch das Jugendamt), von einer Psychologin im Autismus-Therapiezentrum, von einer Psychotherapeutin, der Lehrerin, einer Sonderpädagogin, von einem Ehrenamtlichen aus dem familienunterstützenden Dienst sowie von einem Sozialarbeiter des Jugendamtes.

Die Mutter bekommt psychosoziale ambulante Begleitung, Hilfen des Jugendamtes nach § 35a SGB VIII und sporadisch Hilfe zur Erziehung und von der Unterhaltskasse, Sozialpädagogische Familienhilfe (zwischenzeitlich abgebrochen), Unterstützung durch die Pflegegeldkasse und das Sozialamt, Hilfen vom Familienunterstützenden Dienst, vom Arzt, einem Psychotherapeuten und einer Psychiaterin sowie vom Sozialpädiatrischen Zentrum – Plattform Konzepte für Kinder.

Roy hat eine 16-jährige Schwester, die eine depressive Erkrankung aufweist und ebenfalls Hilfen bekommt. Sie übernimmt sehr viel Verantwortung innerhalb der Familie, was wir recht kritisch sehen. Die depressive Erkrankung der Mutter führt dazu, dass diese häufig in eine Phase gerät, in der sie nicht aktiv sein kann. Die Mutter hat außerdem noch einen vierjährigen Jungen. Wir fragten im Rahmen des Interviews mit der Mutter nach dessen Entwicklung. Laut Aussage des Kindergartens würde der Junge einige Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Der Kindergarten beantragt zurzeit eine Integrationskraft, weil der Junge nach Ansicht der Mutter intensivere personelle Unterstützung braucht.

Der Vater von Roy ist nach Schweden ausgewandert und lebt dort in einer neuen Partnerschaft. Inzwischen ist dort auch ein Kind geboren worden, sodass Roy noch einen Bruder bekommen hat. Das hat Roy zum Zeitpunkt des Geschehens großen Kummer bereitet, weil er nicht in Schweden sein konnte.

Die 16-jährige Schwester hat einen anderen Vater. Wir wissen allerdings nicht, ob zwischen ihm und seiner Tochter noch Kontakt besteht. Vor dem Vater von Roy gab es noch einen weiteren Partner der

Input-Vortrag

Mutter und auch der Vierjährige hat einen anderen Vater, der aktuell in der Familie lebt. Allerdings ist er nur am Wochenende im Familiengeschehen involviert und übernimmt dann auch Erziehungsverantwortung. In der Woche arbeitet er außerhalb auf Montage. In Bezug auf die Erziehung entstanden Konflikte zwischen der Mutter und dem neuen Partner, die im weiteren Verlauf eine Rolle spielten. Auch beim Vater haben wir den Verdacht, dass eine psychische Erkrankung vorliegt.

Teilnehmende der Fallverständigung

An der Fallverständigung nehmen teil:

- die Mutter von Roy,
- der Partner der Mutter,
- die Fachkraft Ambulant Betreutes Wohnen,
- ein Sachbearbeiter des Jugendamtes,
- eine Praktikantin des Jugendamtes,
- die Kindertherapeutin,
- die Psychologin vom Autismus-Therapiezentrum als Impulsgeberin,
- die Klassenlehrerin der Grundschule,
- der ehrenamtliche Begleiter (Pate) über den Familienunterstützenden Dienst,
- die Koordinatorin des Familienunterstützenden Dienstes,
- eine Moderatorin,
- ein Praktikantin des Projekts „Konzepte für Kinder“ und
- eine wissenschaftliche Begleitung.

Solche Art der Fallverständigungen, wie sie an diesem Beispiel vorgestellt wird, wurde bei uns von der Universität Münster evaluiert. In der nächsten Woche findet unsere große Abschlussveranstaltung statt, auf der die Evaluationsergebnisse bekannt gegeben werden.

Ohne dass wir dies vorher konzeptionell festlegten, dauern die Fallverständigungen auf diese Weise ein- einhalb bis zwei Stunden. Die erste halbe Stunde ist meist sehr anstrengend und bedeutet eine große Herausforderung, vor allem für die Moderatorin. Die Vertreter der unterschiedlichen Systeme geben sich zunächst abwartend darauf, was passieren wird. Danach kommt so etwas wie eine „Jammerrunde“: Jede Seite beteuert, sich immer sehr viel Mühe gegeben zu haben. Etwa nach der Hälfte der Zeit sind sich schließlich alle darin einig, dass wir wegen Roy zusammensitzen und alle gemeinsam aufgefordert sind, ihm zu helfen. Damit beginnt die eigentliche Arbeit und in der Regel erreichen wir recht gute, vorzeigbare Ergebnisse.

Zusammenfassende Ergebnisse

Wir sind bestrebt, verlässliche Vereinbarungen zu treffen. Die erste Vereinbarung bezieht sich auf die Erziehungskonflikte zwischen der Mutter von Roy und ihrem Partner. Roy befindet sich auf dem Weg zur Pubertät. Der nicht leibliche, aber durchaus ambitionierte Vater hatte Aufklärungsgespräche mit ihm geführt, was bei der Familie nicht so gut angekommen ist. Außerdem gab es Auseinandersetzungen auf der Partnerschaftsebene. Hierzu sollten Gespräche und somit eine Unterstützung der Mutter und ihres Partners zum Thema Erziehung und Partnerschaft stattfinden. Diese wurden von der zuständigen Mitarbeiterin aus der Psychiatrie vom Ambulant Betreuten Wohnen übernommen.

Der Kummer von Roy in Bezug darauf, dass sein leiblicher Vater nun eine neue Partnerin und ein neu geborenes Kind hat, wurde ebenfalls aufgegriffen. Roy durfte aufgrund der Familiensituation nicht wie gewohnt seine Ferien in Schweden verbringen, weil nun kein Zimmer für ihn zur Verfügung stand. Wir

Input-Vortrag

kamen darin überein, dass die Mutter dieses Thema mit ihrem ehemaligen Partner besprechen muss, um vielleicht doch noch eine Lösung zu finden, anstatt den Urlaub abzusagen.

Roy ging in die 4. Klasse. Es war kurz vor den Sommerferien und es stand an, dass Roy eine weiterführende Schule besucht. Nach den Vorstellungen der Mutter sollte Roy die bilinguale Realschule besuchen. Sie hatte aber überhaupt keine Informationen darüber, ob dort Sonderpädagogen tätig sind und wie dort mit Integrationshelfern umgegangen wird – kurz, ob ihr Sohn mit seiner Beeinträchtigung dort gut aufgehoben ist. Von der Grundschullehrerin und dem Familienunterstützenden Dienst wurde zugesichert, dies vorher zu erfragen und zu überprüfen, ob das die richtige Schule für Roy ist und wie man den Schulbesuch bewerkstelligen kann. Es wurde die Überlegung angestellt, ob Roy eventuell Integrationshilfe in der weiterführenden Schule gebrauchen könnte. Wenn es so sein sollte, versprach das Jugendamt entsprechende Unterstützung bei der Formulierung des Integrationsantrags.

Ein weiteres Thema war die Überprüfung der medikamentösen Einstellung, angesichts der beginnenden Pubertät und des erheblichen Wachstums von Roy. Man muss stets sein selbstverletzendes Verhalten und die Depressionen im Hintergrund sehen, die uns Kummer bereiteten. Es stand die Frage der richtigen Dosierung im Raum und danach, wie wir dafür sorgen können, dass Roy die Medikamente wirklich einnimmt. Ein 10-jähriger kann natürlich nicht die Verantwortung dafür tragen, dass er auf eine regelmäßige Einnahme der Medikamente achtet. Auf der anderen Seite gibt es eine Borderline-erkrankte Mutter mit ausgeprägten depressiven Phasen, die uns häufig schilderte, dass sie nachts nicht schlafen kann und morgens verschläft, wenn die Kinder in die Schule gehen. Sie hat es einfach nicht im Griff, ihrem Sohn die Medikamente dann zu geben, wenn er sie nehmen soll. Die Erwachsenenpsychiaterin erklärte sich bereit, sich gemeinsam mit der Mutter dazu Gedanken zu machen. Auch die Ärztin war als zuständige Person dazu angesprochen.

Außerdem ging es um Alltagsorgen, u. a. um die Mahlzeiten. Die Mutter schafft es nach eigener Aussage nicht, jeden Tag zu kochen. Sie meinte, ihr Partner könnte ja auch einmal kochen, dieser würde aber meistens Fisch grillen, was die Kinder nicht mögen. Es wurde vereinbart, dass der Partner einmal wöchentlich kocht. Damit war er auch einverstanden. Ein einfaches Gericht wie Spagetti Bolognese könne man ihm beibringen. Dazu erklärten sich wiederum FUD und die Kollegin von der ambulanten Betreuung bereit.

Eine weitere Überlegung betraf die Selbstverletzungen von Roy, die evtl. ein Ausdruck von Unwohlsein im Hinblick auf seine Wahrnehmung sein könnten.

Antje Wöstmann: Wenn Kinder Wahrnehmungsstörungen haben, kann man Reize von außen setzen, zum Beispiel durch reittherapeutische Angebote oder durch bestimmte Westen oder Decken, um etwas mehr Druck auf seinem Körper zu spüren. Man wusste zu der Zeit nicht genau, ob es sich bei Roys Verhalten um ein Wahrnehmungs- oder psychiatrisches Problem handelt.

Britta Discher: Während der Fallverständigung hörten wir nebenbei von dem 16-jährigen Mädchen, das nach Aussage der Mutter sehr viel zu Hause übernimmt. Wir Fachkräfte waren etwas besorgt darüber und überlegten, wer auf das Mädchen schaut. Außerdem ging es auch um den kleinen Bruder. Der ehrenamtliche Mitarbeiter des Familienunterstützenden Dienstes wurde beauftragt, darauf ein Auge zu haben und zu prüfen, ob für die beiden Geschwister auch eine Hilfe erforderlich und möglich ist – bzw. für die Mutter im Sinne der Hilfen zur Erziehung.

Es wurde zum Abschluss eine Folgekonferenz mit allen an der Fallverständigung Beteiligten geplant. Zunächst war das nicht vorgesehen, aber im weiteren Verlauf des Projekts sind wir regelmäßig so vorgegangen. Für die Folgekonferenz für Roy entschieden wir uns aufgrund des Schulwechsels, weil uns klar war, dass darin eine große Herausforderung für alle Beteiligten liegt: Roy hat Asperger, die Mutter war

Input-Vortrag

sich nicht sicher, ob er den Weg von zu Hause zu der neuen Schule schafft, weil seine Orientierung zur Grundschule wegfallen würde, ob der Transfer mit dem Schulbus funktioniert usw. Aus diesem Grund vereinbarten wir, uns nach einem halben Jahr erneut zusammensetzen.

Während der Nachfolgekonzferenz mussten wir jedoch feststellen, dass die Zusammenarbeit komplett gescheitert ist. Die neuen Lehrer von der weiterführenden Schule sind nach Einladung erschienen, sie hatten auch das Protokoll der ersten Sitzung erhalten. Es kamen die Schulleiterin, die Klassenlehrerin und die Sonderpädagogin. Ich war zunächst erfreut darüber, aber die Vertreterinnen waren sichtlich schlecht gelaunt. Es stellte sich heraus, dass sie nicht einmal wussten, dass Roy irgendeine Behinderung hat. Die Schule hat bereits mehrere Auseinandersetzungen mit der Mutter geführt, weil der Junge dort nicht gut angekommen ist und die Mutter sich nicht gut verhalten hat. Es stand bereits die Drohung im Raum, dass der Junge der Schule verwiesen werden soll. Es hatte keinerlei Vorbereitung in dieser Schule gegeben, wie wir sie uns in der ersten Konferenz überlegt hatten.

Mit der Mutter führten wir ein Interview, in dem sie ihre Sicht darlegen konnte. Dieses Interview wurde aufgezeichnet. Im Film werden alle Hilfesysteme erwähnt, die sich um die Familie gekümmert haben. Es geht um die Fragen: Wie habe ich die Hilfestellung erlebt? Was hätte ich mir besser/anders gewünscht?

Für die anschließende Diskussion in den Arbeitsgruppen stellen sich folgende Aufgaben:

1. Erste Eindrücke zu dem, was die Mutter berichtet.
2. Bewertung der Hilfeprozesse.

In der Diskussion im Plenum soll es um die Identifizierung von Veränderungspotenzialen und -elementen gehen.

Diskussionsergebnisse

Ergebnissicherung – Zusammenfassung der Plenumsdiskussion

Identifizierung von Veränderungspotenzialen und -elementen in der Ausgestaltung der Leistungen

Die im Plenum vorgestellten Praxisbeispiele haben deutlich signalisiert, dass es nicht ausreichend ist, die beiden Systeme Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe zusammenzuführen. Es gibt Fälle, die es durch ihre Komplexität erfordern, mehr Professionen und fachliche Positionen einzubeziehen und sich dadurch ggf. eine Fallverständigung komplizierter gestaltet. Es muss transparent für alle Beteiligten sein, wer mit wem warum im Gespräch ist, ob die geplanten/gewählten Settings passen und wie die Fallverständigung und eine effektive Hilfe aus unterschiedlichen Systemen für die Betroffenen erreicht werden kann.

Zum **Beispiel 1** wurden diesbezüglich folgende Punkte festgestellt:

- In den Hilfen fehlte die Koordination.
- Die Bedarfe der einzelnen Personen wurden offensichtlich nicht hinreichend geklärt. Es wurde nicht präzise mit jeder einzelnen Person gearbeitet.
- Bei der betroffenen Person (Mutter) herrschte eine weitgehende Unklarheit über das Ziel der Hilfe sowie die Ziele der einzelnen Akteure.
- Außerdem spielt auch (noch?) eine Art „Scheuklappendenken“ der einzelnen Hilfesysteme eine Rolle in diesem Fall.

Zu beachten sind außerdem folgende Faktoren:

- Die Mutter im vorgestellten Praxisbeispiel konnte sich sehr gut artikulieren, trotzdem kam die Hilfe nur teilweise an und es konnte aus ihrer Sicht der Eindruck entstehen, dass alles, was nicht funktioniert, dem Helfersystem zuzuschreiben sei. Wie aber ergeht es Müttern bzw. Familien, die dies nicht so gut können? Die Referentin merkte hierzu an: „Wenn uns Eltern auf diese Weise begegnen, führt das mitunter dazu, dass das Helfersystem sich zurückzieht, weil der Eindruck entsteht, dass sie in der Lage sind, die Probleme selbst zu lösen. Auf der anderen Seite handelt es sich um eine Mutter mit Borderline-Erkrankung und es wurde vermutet, dass ein solcher Auftritt und so ein „Vernebeln“ Teil dieser Krankheit sein könnte. Insofern gibt es auch eine Übertragung bei den Fachkräften.“
- Aus der Position der Jugendhilfe wurde zusammenfassend angemerkt, dass einerseits für die Entwicklung einer qualitativen Hilfe Zeit benötigt wird, insbesondere dann, wenn eine externe Diagnostik erforderlich ist. Auf der anderen Seite sind in den (langen) Zeitabläufen auch schon die Grundlagen für Untätigkeitsklagen gegeben. Als Teil der Prozessqualität muss auf jeden Fall eine Kommunikation mit den Betroffenen über die Prozessabläufe stattfinden, um Transparenz herzustellen, auch als Teil der Partizipation. Hierfür müssen Ansätze gefunden werden, solche Prozesse trotz der erforderlichen Zeitabläufe zu straffen.
- Es wurde auch darüber diskutiert, inwieweit Übergänge (Kita – Grundschule und Grundschule – weiterführende Schule) eine Rolle spielen. Diese müssen in solchen Fällen mitgedacht werden, um eine kontinuierliche Hilfe zu gewährleisten. Manche Problematiken wurden im beschriebenen Fall erst dann beleuchtet, als der Junge die Schule besuchte.
- Es wurde abschließend festgestellt, dass jeder in seinem Bereich nicht die Verantwortung bis zum Schluss übernommen hatte. Das betrifft den Kinderarzt ebenso wie die Jugendhilfe. Das muss jede Profession für sich noch einmal reflektieren, warum das so ist, denn es ist äußerst wichtig, kontinuierlich dran zu bleiben und seine Verantwortung wahrzunehmen.

Diskussionsergebnisse

Ergebnissicherung – Zusammenfassung der Plenumsdiskussion

Gibt es für die Gestaltung einer engen Kooperation der Professionen und einer gemeinsamen Übernahme von Verantwortung gute Beispiele und/oder Lösungsvorschläge aus dem Plenum?

- (1) In **Bielefeld** übernehmen die Familienunterstützenden Dienste einen großen Teil der Informationsaufgaben für die Eltern, z. B. wenn es um die Veränderungen durch das Pflegestärkungsgesetz geht, die einige Neuerungen in der Unterstützung im Alltag mit sich bringen und noch nicht überall bekannt sind. Viele Eltern – so wie diese Mutter, die schon länger mit dem Helfersystem zu tun hat – wissen nicht, was heute für Möglichkeiten der Unterstützung zur Verfügung stehen. Solche Informationen werden in der Regel nicht direkt von den Pflegekassen an die betroffenen Familien gegeben.
- (2) Am Sozialpädiatrischen Zentrum in **Königsborn** gibt es das Bemühen, über den Qualitätszirkel der Kinderärzte andere Akteure des Gesundheitsbereichs einzubeziehen und einzuladen, nicht nur die Kinderärzte, sondern auch die Frühförderstellen, Ergotherapeuten, Motopäden usw. Außerdem gilt die Verabredung, einmal im Jahr diesen Qualitätszirkel mit Vertretern der Jugendhilfe zusammenzubringen. Dies ist ein Weg der Annäherung und des Kennenlernens, um besser miteinander zusammenzuarbeiten.
- (3) In **Düsseldorf** wurde das Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder“ ins Leben gerufen. Den Kern bildet die enge Zusammenarbeit zwischen den Geburtskliniken, der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe, um sehr frühzeitig Hilfen schon aus der Klinik heraus anbieten zu können. Das hat sich sehr bewährt. Über 1.000 Fälle sind in diesem Zusammenhang bearbeitet worden. Sobald die Kinder über drei Jahre alt sind, gestaltet sich das Hilfesystem allerdings nicht mehr so komplex. Aus diesem Grund wurde damit begonnen, zwischen Kinderärzten und Sozialarbeitern aus den Bezirken Partnerschaften herzustellen, die auch anonyme Fallbesprechungen ermöglichen. Mit diesem Ansatz sollen Dialoge und Kooperationen zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe auf den Weg gebracht werden.

Auch das sogenannte „Hilfehopping“ ist ein schwieriges Thema. Es gibt bereits Städte, die in dieser Hinsicht unter einem Dach agieren. Welche Regelungen sind hier bekannt und/oder praktiziert?

- (1) In **Dortmund** wurden mehrere Netzwerke zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe im Kontext der Drogen- und Suchthilfe aufgebaut. Dort erwies es sich als sehr hilfreich, diese verbindlich zu implementieren und fallunabhängige Netzwerktreffen einzurichten. Diese bilden die Basis des Kennenlernens, des Erfahrens der rechtlichen und finanziellen Grundlagen und der Kultur des Umgangs miteinander. Somit treffen die Hilfesysteme nicht nur in den Einzelfällen aufeinander. Die Zusammenarbeit funktioniert in Einzelfällen meist nicht, weil man nicht die gleiche Sprache spricht. Es ist aus Erfahrung sehr hilfreich, fallunabhängige, verbindliche Netzwerke aufzubauen, ähnlich wie in den Frühen Hilfen, und das für alle anderen Personen, Klienten und Zielgruppen, u. a., um erst einmal eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. An diesen fallunabhängigen Netzwerktreffen dürfen nicht nur Leitungskräfte beteiligt sein, sondern diese müssen heterogen besetzt sein. Praktiker/innen gehören unbedingt mit hinein.
- (2) Als weitere Erfahrung aus **Dortmund** wurde weitergegeben, dass ein Konfliktmanagement etabliert werden sollte, in Zeiten, in denen es noch keine Konflikte gibt. Es wurde Bezug genommen auf Haim Omer, der den gewaltlosen Widerstand in Israel etablierte und den Ausspruch prägte: „Man muss das Eisen schmieden, solange es kalt ist.“ Das ist Aufgabe in den fallunabhängigen Netzwerktreffen, bei denen genau solche Fälle, die hier vorgestellt wurden, anonymisiert mit Fachkräften der verschiedenen Systeme – und mit der Familie im Mittelpunkt – besprochen werden können. Dabei sollte im Fokus stehen, was sich die Familie von der Kooperation gewünscht hätte, was nicht gut funktioniert hat und was gemeinsam für die Zukunft geplant wird, also die gemeinsame Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen.

Diskussionsergebnisse

Ergebnissicherung – Zusammenfassung der Plenumsdiskussion

- (3) **In Rostock** wurde die Erfahrung gemacht, dass Netzwerke immer nur dann schnell arbeiten, wenn eine Krisensituation ansteht. Die Kolleg/innen treffen sich ausschließlich aus Anlass der Krise. Deshalb ist der Hinweis sehr wichtig, sich auch fallunabhängig und in einem positiv besetzten Kontext zu treffen. Auch wenn die Netzwerke in der Krise recht gut funktionieren, wird insgesamt zu wenig Zeit eingeplant, außerhalb von Krisen miteinander zu kommunizieren.

Wie sehen das die Träger, die die Hilfen leisten? Bisher wurden eher Steuerungsfragen aufgeworfen. Wie aber sind die Träger innerhalb der Systeme beteiligt?

- (1) Sehr viel hängt an den handelnden Personen. **Im Kreis Gütersloh und im Kreis Herford** wurden mit den Jugendämtern Konzepte heilpädagogischer Familienhilfe entwickelt, weil immer wieder deutlich wurde, dass die klassische sozialpädagogische Familienhilfe über zu wenig Hintergrund verfügt, um die Besonderheit von Kindern mit Behinderungen in der Familie aufzunehmen, sich über die Auswirkungen auf das Familiensystem klar zu werden und daraufhin eine stärkere moderierende Funktion einzubeziehen. Letztere ist eine wesentliche Aufgabe der heilpädagogischen Familienhilfe. In Bielefeld ist dies leider bisher nicht gelungen.

Sicht einer Kinderärztin: Im Rahmen des Münchhausen-by-proxy-Syndroms wurde sehr gut aufgearbeitet, dass die Tatsache, dass die betroffene Hauptperson – hier die Mutter – das Team völlig spaltet, zu den diagnostischen Kriterien gehört. Je ausgeprägter die psychische Problematik der Erziehungsberechtigten ist, desto größer ist die Gefahr, dass die eigentlich wohlmeinenden und vernünftigen Fachkräfte gegeneinander aufgebracht werden und untereinander einen Stellvertreterkonflikt austragen, weil die Hauptperson die Bearbeitung des Hauptthemas gar nicht zulässt. Darin besteht die Herausforderung für die Helfersysteme, mit solchen schwierigen Personen umzugehen. Es ist bekannt, dass Kollegen aus dem medizinischen Bereich häufig fragen, warum die Jugendhilfe nichts tut, und umgekehrt zu hören bekommen, warum die Kinderärzte nicht sehen, was los ist. Das ist einfach typisch und je ausgeprägter die psychische Erkrankung ist, desto mehr treten diese Effekte leider ein.

Aus Sicht der Referentin: In der Auswertung der Modellprojekte wurde häufig mitgeteilt, dass die Eltern das Problem seien, weil sie lügen oder das Helfersystem spalten. Aber es ist unsere Aufgabe, mit diesen Eltern – so, wie sie sind – einen Umgang und auch einmal ein deutliches Wort finden. Wir dürfen uns nicht vorführen lassen. Trotzdem richte ich mein erstes Augenmerk darauf, wie wir unsere Fachlichkeit verbessern können. Dahin geht meine ganze Energie und daher sehe ich nicht als erstes Problem die Eltern. Diese sind so, wie sie sind und ich habe gelernt, mit ihnen umzugehen. Wir können Standards entwickeln, und zwar nur miteinander und nicht gegeneinander.

Zur Frage „Einer muss den Hut aufhaben“

Weiter wurde abschließend im Plenum thematisiert, ob in so einem komplexen Fall Hilfen aus einer Hand geschaffen werden können, bei denen einer „den Hut aufhat“, während der Blick auf die Bedürfnisse der einzelnen Mitglieder der Familie gerichtet wird – in dem Fall getrennt der Blick auf Bedürfnisse der Mutter und der Blick auf die Bedürfnisse der Kinder. Kann eine Fachkraft allein dieses Spannungsfeld gestalten oder ist es nicht zunächst hilfreich, wenn jemand für die Bedürfnisse des Kindes steht und jemand für die Bedürfnisse der Eltern und man dies auf professionelle Weise versucht zusammenzubringen? Das Fachwissen einer Person ist begrenzt und sollte sich zunächst auf einen Punkt konzentrieren. Überlegenswert ist in diesem Kontext, ob nicht eher „viele Hüte“ verteilt werden müssen, die aufeinander abzustimmen sind. In diesem Zusammenhang bilden die Themen Verantwortung, Steuerung, Koordination die Komplexität ab.

Praxisbeispiel 1: Grenzgänger

Kinder und Jugendliche im Grenzbereich von Beeinträchtigungen – Hilfen und wechselnde Zuständigkeiten (SGB VIII oder SGB XII)

ROBERT PFEIFFER

Das Amt für Jugend, Soziales und Asyl in Rostock bestreitet die komplette Bandbreite der Daseinsfürsorge und -vorsorge für alle Lebenslagen und Altersschichten. Wir haben insgesamt sieben Fachabteilungen, eine Fachabteilung SGB XII, eine Fachabteilung Eingliederungshilfe, Allgemeiner Sozialer Dienst, Besondere Soziale Dienste, hinzu kommt eine Asylabteilung, eine Abteilung Kindertagespflege, Unterhaltsvorschuss/Beistandschaften. Die Hansestadt Rostock entschied sich im Jahr 2000 für das Modell der Gewährleistungskommune. Das heißt, sämtliche sozialen Leistungen wurden an freie Träger vergeben. Im Amt selbst werden lediglich die Verwaltungsleistungen erbracht.

1. Fallvorstellung – Jonathan, etwa ein Jahr alt

Die junge, alleinerziehende Kindesmutter hat das alleinige Sorgerecht für Jonathan. Sie lebt mit einem Geschwisterkind in Mutter-Kind-Einrichtung. Die Mutter hatte es tatsächlich geschafft, in der Einrichtung die Schwangerschaft mit Jonathan zu verheimlichen. Als die Entbindung anstand, fuhr sie allein in die Klinik. Die Klinik setzte sich daraufhin mit der Mutter-Kind-Einrichtung sowie mit dem Jugendamtsbereich in Verbindung. Die Kindesmutter kümmerte sich im Klinikum nicht um das Kind und fand nach eigener Aussage nach einem Toilettengang ihren Sohn mit Erstickungssymptomen vor und überließ ihn der Klinik. Alles, was in diesen Fällen klinisch machbar ist, wurde veranlasst, trotzdem konnte eine Schädigung nicht verhindert werden.

Jonathan ist ein schwerstgeschädigter Säugling mit folgenden Beeinträchtigungen:

- spastisch,
- kein Saug- und Schluckreflex,
- wird niemals laufen und sprechen können,
- leidet an Krampfanfällen.

Eine akute medizinische Indikation war im Krankenhaus am Ende nicht mehr feststellbar und Jonathan könnte entlassen werden. Es stand jedoch die Frage im Raum, wohin er entlassen werden kann – in die Mutter-Kind-Einrichtung zu der Mutter, die sich auch im Nachgang nicht um ihn gekümmert hat?

Jonathan wies nach der Entlassung aus der Klinik einen hohen Pflegebedarf auf:

- Sechsmal täglich benötigte er enterale Ernährung, d. h. über eine Sonde,
- medizinisches Absauggerät für Speichel war notwendig,
- Medikamentengabe.

Im Hinblick auf den Betreuungsbedarf wurde festgestellt, dass dem Jungen eine Bezugsperson fehlte, die ihm Nähe, Ruhe und Zuwendung gibt. Dadurch war Jonathan häufig unruhig und dies könnte ein Auslöser für Spastiken und Krämpfe sein.

Die Kindesmutter war im Gesamtprozess wenig präsent und mit der Pflege und Versorgung von Jonathan und dem Geschwisterkind selbst in der Mutter-Kind-Einrichtung überfordert. Wegen der emotionalen Überforderung zeigte sie Vermeidungsstrategien. Schließlich wurde – auch in Abstimmung mit

Praxisbeispiele + Diskussion

Jonathans Vater – die Entscheidung für eine Vollzeitpflege getroffen. Wir hatten es mit zahlreichen Problemlagen zu tun, mit Bedarfen des Kindes und der Mutter.

2. Lösung: Übergreifendes Fallmanagement

Bei der Suche nach den richtigen Angeboten und Lösungen für die geschilderte Situation stellte sich die Frage, ob Jonathan tatsächlich ein „Grenzgänger“ ist und wir ihn so behandeln müssen oder ob wir in der Praxis Möglichkeiten haben, die Grenzen zu verschieben, um zu vermeiden, dass er wie so viele Kinder und Jugendliche zwischen den Systemen hin- und hergereicht wird.

Hierbei können wir auf die Zusammenarbeit innerhalb des Amtes mit den entsprechenden Ressorts, aber auch mit den freien Trägern, zurückgreifen. Zudem gibt es als Instrument eine amtsinterne Verfahrensregelung, die die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Abteilungen und Sachgebieten regelt. Ein komplexer Fall bedarf einer komplexen Zusammenarbeit, daher sind alle, die in einen solchen Fall einzubeziehen sind (im ersten Schritt zunächst innerhalb des Amtes), auch tatsächlich zu beteiligen. Dahinter steht die Grundhaltung, dass wir als öffentlicher Träger in der Gesamtverantwortung stehen. Das betrifft die Verfügbarkeit der Hilfen, die Planungsverantwortung und die Gewährleistung.

Es geht einerseits um die Sorgeberechtigten als Anspruchsberechtigte bei erzieherischen Bedarfen, andererseits um das noch nicht volljährige Kind als Anspruchsberechtigter auf Leistungen der EGH § 53 XII.

Die amtsinterne Verfahrensregelung schreibt ein einheitliches Verwaltungshandeln vor und regelt gleichzeitig die Kooperation mit freien Trägern zur Vermittlung, Unterbringung und Erziehung von Kindern/Jugendlichen. Außerdem werden die Leistung des Unterhalts, die HzE-Kosten des Kindes/Jugendlichen in Vollzeitpflege und die Betreuung und Pflege des Kindes/Jugendlichen nach § 54 Abs. 3 SGB XII geregelt. Die Koordinierungsverantwortung für alle Prozesse verbleibt im Amt.

In der amtsinternen Verfahrensregelung ist festgelegt, dass wir abteilungsübergreifend arbeiten. Die Eingliederungsabteilung arbeitet mit dem ASD zusammen, was nicht in allen Kommunen selbstverständlich ist, denn mitunter gehören Jugend- und Sozialamt zu unterschiedlichen Dezernatsbereichen.

Für die Hilfeplanung wird eine Prozesskette abteilungsübergreifend umgesetzt, und zwar zur:

- Analyse, Einschätzung des erzieherischen Betreuungs- und Pflegebedarfs,
- Analyse, Einschätzung des (sonderpädagogischen) Förderbedarfs,
- Einschätzung zur Prognose der Rückkehroption,
- fortlaufenden Hilfeplanung und
- zum Vermittlungsauftrag bis zur Beendigung der Hilfe.

Die Umsetzung erfolgt durch regionale Fachteams – Fallmanager/innen SGB VIII + SGB XII – in Form kollegialer Beratungen. Wir vernetzen mit der Verfahrensregelung die Kollegen/Kolleginnen vor Ort, um möglichst Lösungen innerhalb des Sozialraums zu finden. In jedem Fall gibt es einen Moderator, der den Fall nicht kennt. Dieser hat sich irgendwann als „Peter“ bei uns etabliert, der meist schwarz trägt. Er muss alles zusammenführen, was die einzelnen Professionen an Ideen und Vorschlägen einbringen. Je nach Stand der Verfahren laufen die Beratungen unter Einbindung der Eltern, freier Träger (PKD), wenn nötig weiterer Ämter (z. B. Gesundheitsamt) u. a. Akteure.

Praxisbeispiele + Diskussion

Dazu erstellten wir eine komplexe, durchstrukturierte Prozesskette. Das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII ist verbindlich. In der Verfahrensregelung sind klare Abläufe und innerhalb dieser Abläufe auch klare Verantwortlichkeiten festgelegt, von

- 1. Schritt = Vorfeld Hilfestellung
- 2. Schritt = Durchführung ReFaTe (Fachteam)
- 3. Schritt = Vermittlungsauftrag an die freien Träger
- 4. Schritt = Beratung aller beteiligten Akteure (Eltern, freie Träger, andere Ämter etc.)
- 5. Schritt = Inpflegegabe
- 6. Schritt = Fortlaufende Hilfeplanung
- 7. Schritt = Beendigung der Hilfe.

Damit kann sich niemand seiner Verantwortung entziehen.

3. Praxisprobleme

Die fallbedingte Komplexität erzeugt einen hohen Koordinierungs- und Steuerungsaufwand im Amt. Das Schnittstellenmanagement vertikaler Verflechtungen – amtsintern/amtsextern – ist nicht einfach. Dies ist mit einem hohen Personaleinsatz verbunden.

Die Akteursdiversität erzeugt Kommunikationsasymmetrien. Auch wenn die Kooperation selbstverständlich zu unserer Arbeit gehört, bedeutet dies nicht, dass alle verstehen, was die Fachkraft aus dem jeweils anderen System meint. Die Sprache des ASD unterscheidet sich von der der Sozialhilfe. Kommt noch jemand aus der Abteilung Finanzen hinzu, wird es noch schwieriger.

Wir spannen Netzwerke innerhalb des Amtes und nach außen, trotzdem gibt es angesichts der Akteursvielfalt Interessensdivergenzen. Das ist kein unbekanntes Phänomen. Hier gilt es immer wieder nachzusteuern und auch nach Kompromisslösungen zu suchen.

Aufgrund von Zuständigkeiten und Ressourcenzuteilungen treten Interdependenzen auf. Wir sprachen bereits über „Scheuklappendenken“, das am eigenen Sozialgesetzbuch endet.

Zusammenfassend lassen sich Personalprobleme sowie Probleme der fachlichen, rechtlichen und sachlichen Zuständigkeiten in der Praxis ausmachen.

Wenn man jedoch den Fall im Blick hat, ist eine Zusammenarbeit vieler Akteure unumgänglich; auf das Fallbeispiel Jonathan angewendet: Es sind viele Akteure für eine passende und effektive Hilfe erforderlich, aber der Aufwand lohnt sich. Jonathan konnte letztlich in einer liebevollen Pflegefamilie in Niedersachsen untergebracht werden.

Vielen Dank, ich freue mich auf die Diskussion mit Ihnen.

Praxisbeispiele + Diskussion

Diskussion

Zum „Moderator“ im Prozess in Rostock wurde noch einmal zum Verständnis erklärt:

Der Moderator, im Praxisbeispiel mit „Peter“ bezeichnet, hat die Aufgabe, die Runden mit Fallmanager und den anderen beteiligten Akteuren zu moderieren und zu einer gemeinsamen Entscheidung zu führen. Er hat jedoch in strittigen Fällen keine Entscheidungsbefugnis, damit keine Entlastungsmöglichkeit für die Beteiligten dahingehend entsteht, dass sie sich zurücklehnen und auf eine Entscheidung warten können. Jeder muss sein Statement abgeben. Wird kein Konsens erreicht, wird der Fall an die Führungsebene gegeben. Es verbirgt sich dahinter keine eigene Fachstelle. Das Jugendamt Rostock arbeitet mit einem rotierenden System. Damit sollen immer unterschiedliche Blickwinkel hineinkommen. Die Fach- und Sozialraumteams werden jeweils von anderen Kolleg/innen moderiert. Man entschied sich für die Moderation durch Mitarbeiter/innen des Jugendamtes, weil das Jugendamt immer in der Endverantwortung steht, auch wenn alle Beteiligten eine Verantwortungsgemeinschaft bilden.

Dazu wurden folgende Anmerkungen aus dem Teilnehmerkreis formuliert:

Dieser Moderator verkürzt viele Reibereien und verhindert eine lange Prozessdauer. Auch wenn durch das Modell in Rostock scheinbar ein höherer Personaleinsatz an der Stelle entsteht, an dem an einem Ort sehr viele Personen zusammensitzen, ist dieser jedoch zielführend. Wenn man nicht miteinander spricht, muss mehr miteinander geschrieben werden, das erhöht den Aufwand noch stärker. Hier werden Perspektiven und Statements direkt ausgetauscht, daher rechnet sich dieser interaktive Teil mit einer Fachkraft als Moderator durchaus.

Auch das Gesundheitsamt ist ein Amt. Wenn ein medizinischer (Pflege-)Bedarf besteht, steht das Gesundheitsamt ebenfalls in der Verantwortung. Daher könnte man sich den Moderator auch aus diesem oder einem anderen Bereich hinzuholen. Zum Beispiel gibt es in der sozialmedizinischen Nachsorge einen Kreis, zu dem man sich Casemanager hinzuholen kann, die eine neutrale Moderation des Prozesses führen können. **Wir brauchen ein neues Gesetz, in dem geregelt ist, dass wir interdisziplinär arbeiten müssen und dass dies in einer Verantwortungsgemeinschaft passiert**, sodass das Jugendamt nicht immer auf seine Endverantwortung verweist. **Wir brauchen die Perspektivenvielfalt und das fachliche Know-how von jedem Beteiligten, der seine Profession vertritt.**

Fallfinanzierung bei unterschiedlichen Bedarfen

In Rostock gibt es keine Ressourcendiskussion innerhalb des Amtes, da es sich nicht um zwei getrennte Ämter (Jugendamt und Sozialamt) handelt. Zuständigkeitsfragen werden nicht nur fachlich gelöst, sondern es werden auch Finanzierungsoptionen gesucht. Daher können sich die Kolleginnen und Kollegen auf die fachlich-inhaltliche Diskussion konzentrieren. Ein Amt zahlt aus unterschiedlichen Abteilungen, das ist außergewöhnlich und meist länderspezifischen Regelungen unterworfen. Das bedeutet, dass man auf Länderebene eine Lösung finden muss.

Fallunabhängige Kommunikation

Kommunikation ist in der Zusammenarbeit das allerwichtigste, auch im Zusammentreffen außerhalb der Falldiskussionen, nur dadurch können sie voneinander wissen und zusammenwachsen. Es geht um soziale Kommunikation und Interaktion. Auch dabei ist der Moderator ein gutes Bindeglied. Kommunikation braucht aber auch immer Zeit, vor allem, wenn man dabei eine andere „Sprache“ lernen will. In Düsseldorf werden gemeinsame Fortbildungen mit Fachkräften aus der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe durchgeführt, wobei man sich zu einem gemeinsamen Thema austauscht. Gemeinsame Workshops finden auch in Rostock statt, und zwar nicht nur mit verschiedenen Ämtern, sondern auch mit freien Trä-

Praxisbeispiele + Diskussion

gern. Es kommt bei den Mitarbeiter/innen sehr gut an, sich außerhalb von Falldiskussionen in theoretischen Auseinandersetzungen kennenzulernen und auch einfach miteinander in Kontakt zu kommen.

Frühförderbedarf/Fallzusammenführung:

In Rostock gibt es eine interdisziplinäre Frühförderstelle. In der Frühförderung wird eine interdisziplinäre Diagnostik inkl. Bedarfsermittlung durchgeführt. Diese wird mit in das Fallverfahren eingebunden und zusammengeführt. Zumindest werden die einzelnen Planungsverfahren nebeneinander gelegt. Die Koordinierungsverantwortung des Jugendamtes gilt für alle Prozesse, auch für die Kontaktaufnahme zur Frühförderstelle. Die Verfahrensregelung führt zur Koordinierung der Hilfen, die evtl. nebeneinander oder hintereinander laufen. In dem vorgestellten Videobeispiel „Roy“ wollte das Jugendamt die Koordinierung nicht übernehmen, was jedoch den Vorteil brachte, dass der Blick der Fachkräfte geweitet wurde, mehr Flexibilität erlaubt war und die Hierarchie ein wenig aus dem Weg geräumt wurde.

In Hamburg treffen sich regelmäßig quartiersbezogene und bereichsübergreifende Sozialraumteams – mit Frühen Hilfen, Eingliederungshilfe usw., wobei an den Lücken im System ständig weitergearbeitet wird. Allerdings bleibt das Thema „behindertes Kind“ bisher immer ein Sonderfall und wird bei den Problemen, die ein Quartier ohnehin zu bearbeiten hat, schlichtweg übersehen. Das heißt, hier herrscht eine Priorisierung. Auch wenn man von der Idee der kollegialen Beratung in diesem Kreis zu einem Fall ausging, mit allen, die am Kind arbeiten, gestaltete sich dies in der Praxis äußerst schwierig. Dazu fehlten den einzelnen Akteuren zeitliche Ressourcen, um regelmäßig teilzunehmen und sich dort zu engagieren. Das ist stets ein Hauptthema, auch für die freien Träger. Diese Problematik besteht auch in den Rostocker Sozialraumteams. Eine regelmäßige Teilnahme von sämtlichen Akteuren ist zeitlich nicht möglich. Die Sozialraumteams sind jugendhilfelasstig. In den Besprechungen werden zudem Schwerpunkte gesetzt, die dazu führen, dass Themen der Behindertenhilfe „Exoten“ sind. Der Sozialraum, der in den Fokus genommen wird, ist nicht deckungsgleich mit dem Sozialraum der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung, weil diese in der Menge im Sozialraum nicht vorkommen. Für sie ist in der Regel auch nicht die Schule das Quartier, sondern dort werden sie hin befördert.

Zur Verfahrensregelung in Rostock generell:

Die Eltern erleben das Jugend- und Sozialamt in Rostock als EIN Amt, es ist ihnen meist wohl nicht bewusst, dass sie sich in verschiedenen Rechtskreisen bewegen. Wir müssen den Familien die Rechtskreise auch nicht näher bringen, sondern für sie ist es wichtig, dass die Hilfe passt. Daher müssen auch nicht mehrere Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen mehrmals mit den Familien sprechen, sondern sie haben einen Ansprechpartner, nämlich den, bei dem die Fallführung liegt. Die Verfahrensregelung verpflichtet die Kollegen dazu, in einem gemeinsamen Hilfeplanverfahren die tatsächlichen Bedarfe festzustellen. Die unterschiedlichen Systeme müssen die vorhandenen Möglichkeiten der jeweils anderen Systeme kennen und auch auf sie verweisen können. Die Umsetzung des BTHG wurde gerade eingeleitet, daher ist die Verfahrensregelung überarbeitungsbedürftig. Auch das Thema Datenschutz und Schweigepflichtentbindung im Zusammenhang mit der gemeinsamen Fallberatung wurde in Rostock vor dem Hintergrund der neuen EU-Datenschutzverordnung wieder aufgegriffen. Die Vorplanung wird zunächst nur durch die einzelnen Fachkräfte in kollegialer Beratung durchgeführt. Später werden die Eltern, die Kinder und evtl. andere Angehörige sowie andere für den Fall relevante Personen eingebunden.

Wir wollen EINE Hilfe, die aber viele Facetten haben kann. Wir werden nicht zu der einen Hilfe kommen, die alles umfasst, sondern jeder wird in seiner Profession seine Fachlichkeit einsetzen müssen. Dabei dürfen wir keine Abstriche machen, um keine Qualitätsverluste zu erleiden. Daher müssen wir systemisch herangehen. Die Verfahrensregelung ist ein guter Ansatz dazu. Je kleiner das Kind ist, desto ganzheit-

Praxisbeispiele + Diskussion

licher ist es zu behandeln! Je jünger das Kind ist, desto mehr ist Liebe eine Tätigkeit. Die Pflege des Kindes und die Bindung – das sind Dinge, die nicht voneinander zu lösen sind. Insofern möchte ich davor warnen, das Thema „Pflege“ zu vernachlässigen.

Gemeinsame Sprache/ICF/ITP

Die ICF soll zur besseren Verständigung der unterschiedlichen Professionen und zur Überwindung der Kommunikationsasymmetrie beitragen. ICF ersetzt jedoch nicht das gemeinsame Fallverstehen, das erarbeitet werden muss. Die unterschiedliche berufliche Sozialisierung, unterschiedliche Perspektive und die jeweils andere Sprache bleiben bestehen. Es ist wichtig, dass wir uns alle verstehen und dass es zumindest gemeinsame Sprachelemente gibt. Eine gemeinsame Sprache in dem Sinne, dass die Perspektivenvielfalt durch eine einheitliche Perspektive ersetzt wird, ist nicht sinnvoll und liegt nicht in unserem Interesse und auch nicht im Interesse der Kinder und Familien.

ICF wird zukünftig ein wichtiges Thema sein und die Nutzung der ICF ist in den unterschiedlichen Bereichen vielfältig zu gestalten, im Verwaltungshandeln, wenn es um Begründungsdiagnostik oder Förderdiagnostik geht, anders als im interdisziplinären Fallgespräch in der Frühförderung. Es gibt 1.400 Items in 5 verschiedenen Bereichen, die codiert werden können. Mit der ICF ist sorgsam und sensibel umzugehen und es ist die Frage zu beantworten, wer bestimmt, welche Items ausgesucht werden. Es darf keine Beliebigkeit eintreten. Die Kernaussagen einer **Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zur ICF¹** sind: ICF darf keinesfalls reduziert werden. ICF ist kein Diagnostikinstrument. Bedarfserhebung muss immer ein Prozess sein und bleiben. ICF sollte aber auch nicht überhöht werden – als ein neues Lösungsinstrument für alles, sondern sie kann hilfreicher Teil des Prozesses sein. Der Prozess muss im hermeneutischen Fallverstehensverfahren bestehen bleiben.

Ein Papier zur ICF von der Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie² kann auf der Homepage der Gesellschaft heruntergeladen werden, es enthält Hinweise darauf, wie man ICF interdisziplinär gut einsetzen kann, außerdem Beteiligungsbögen für Betroffene

In Rostock läuft die Hilfeplanung allerdings seit Kurzem über den ITP vom Institut für personenzentrierte Hilfen (ITP – entwickelt durch Frau Prof. Petra Gromann und das Institut für personenzentrierte Hilfen (Fulda) für alle Menschen mit Behinderungen). ITP lässt den **medizinischen Bereich aus, was dem Anspruch, interdisziplinär auf einen Fall zu schauen und bspw. Pädagogik und Medizin zusammenzubringen, zuwiderläuft**. Es stellt sich dann die Frage, ob nur der Kinderarzt anhand der ICD 10 den medizinischen Bedarf feststellt und wie dann aus einem Hilfeplan ein Teilhabeplan wird. Rostock ist **Modellkommune in Bezug auf ITP** und erhebt regelmäßig die Stärken und Schwächen des Instruments FrüKi-Bogen zum ITP. Die Fachberater in Rostock sind damit nicht zufrieden.

Es gibt nach SGB IX die Notwendigkeit einer **interdisziplinären Diagnostik**, die in einen interdisziplinären Förder- und Behandlungsplan mündet. Der Bedarf muss vorher ermittelt werden, damit man Ziele für Kind und Eltern beschreiben kann. Das bedeutet, dass **im Frühförderbereich insgesamt – für alle Leistungen, die interdisziplinär für Kinder im Vorschulbereich notwendig sind – diese Bedarfsermittlung Bestandteil der Diagnostik sein muss**. Nach meiner Einschätzung wird das häufig separat gesehen. Der ITP-Bogen von Frau Dr. Gromann wurde in Mecklenburg-Vorpommern eingeführt. Es wird eine interdisziplinäre Diagnostik und irgendwann mit dem ITP-Bogen von Frau Gromann die Bedarfsermittlung durchgeführt. Wie soll das funktionieren? Wie oft müssen Eltern zu Terminen erscheinen? **Die Bedarfs-**

¹ <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PLICF1.web.pdf>

² <https://www.dgspj.de/qualitaetssicherung/icf-cy/>

Praxisbeispiele + Diskussion

ermittlung findet vielmehr im Bereich der Frühförderung in der interdisziplinären Diagnostik statt! Es muss uns gelingen, die Bedarfsermittlung so durchzuführen und zu dokumentieren, dass sie den Forderungen des SGB IX entspricht. Mit einem separaten Bogen kann das nicht gelingen. In Rostock arbeitet eine gute interdisziplinäre Frühförderstelle, die auch eine gute interdisziplinäre Diagnostik durchführt. Hier darf nichts parallel entwickelt werden, sonst kommt es zu einem noch höheren Koordinationsaufwand. Und das kann man auch den Eltern und Familien nicht zumuten.

ICF gibt eine Struktur und hilft dabei zu erkennen, wen man für den Fall braucht. Daher sollte die Jugendhilfe keine Scheu davor haben, ICF auszuprobieren. ICF hilft, interdisziplinäre Plattformen zu schaffen, und zwar unter Beteiligung der Betroffenen.

Sie ist ein Instrument für eine gemeinsame Sprache, für den Austausch und dafür, im Ergebnis eine gemeinsame Unterstützung für Familien in jede erdenkliche Richtung zu erarbeiten. Wenn das ein Instrument einer gemeinsamen Sprache ist, aber leider im SGB IX der Punkt der Bedarfsermittlung (§ 13 + 19 oder § 7 – Vorbehalt abweichender Regelungen) steht, widerspricht sich das aus Sicht der Frühförderung. Es wurde auch immer wieder im Prozess zur Gesetzesformulierung angemerkt, dass es zu Schwierigkeiten kommt, wenn diese Formulierung so stehen bleibt. Und die haben wir jetzt. Denn nun hat jemand Bögen dafür entwickelt, die so nicht funktionieren können, denn es geht um eine gemeinsame Sprache. Anhand dieses Bogens ist das eben nicht ausreichend möglich. Im Bereich der Frühförderung herrschen ganz andere Modalitäten, die über Jahrzehnte gewachsen sind und die mit diesem einen Wort und diesem einen Bogen teilweise nun verdreht werden.

Diese Bedenken sollten wir dem BMFSFJ zurückmelden. Es sind Irritationen durch eine gesetzliche Vorgabe zu einem Instrument entstanden, das nicht so ausgereift erscheint. Auch an das Institut sollte dies zurückgemeldet werden, das diesen Bogen erstellt hat. Auch die Fachberater, die damit arbeiten sollen, sind nicht zufrieden damit. Es ist bekannt, dass er so nicht ausreichend hilfreich ist.

Praxisbeispiel 2: Rechtzeitiger und abgestimmter Zugang zu Hilfen ...

... mit interdisziplinärer Diagnostik (in der Frühförderung)

SÖREN ENGELMANN, SONJA VON NAGORSKI

Für die Prüfung und ggf. Gewährung von Eingliederungshilfe in Form von Heilpädagogischer Frühförderung arbeitet der Landkreis Potsdam-Mittelmark mit den Frühförder- und Beratungsstellen seit 2012 nach einem etablierten Verfahren → „Von der Empfehlung bis zur Hilfe“.

Der Sozialhilfeträger des Landkreises Potsdam-Mittelmark bildet das Dach heilpädagogischer Frühfördermaßnahmen (Abb. 1):

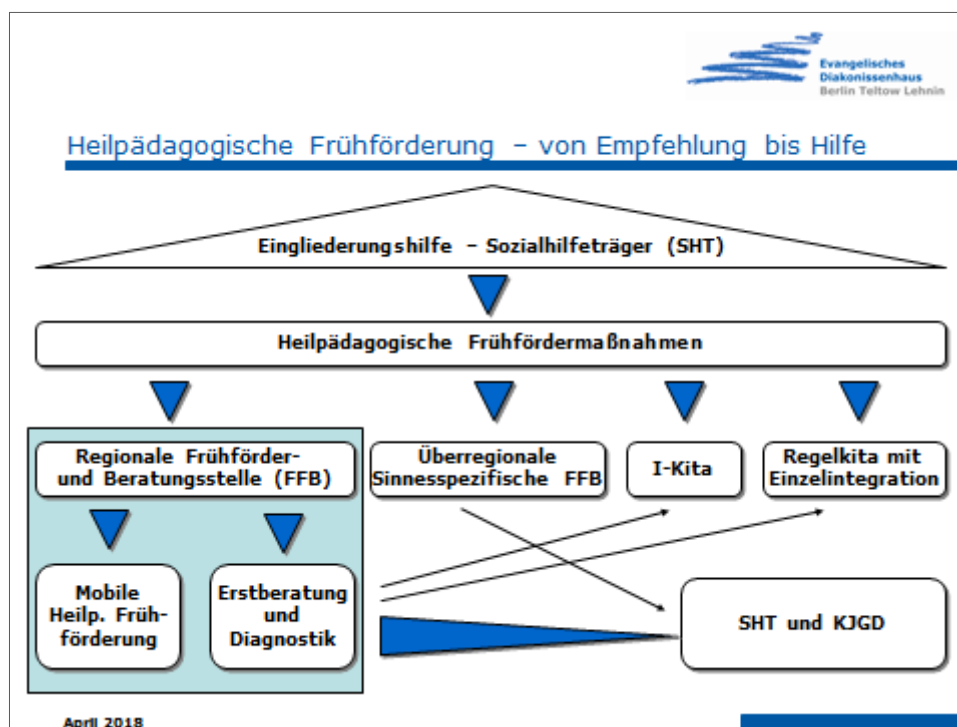


Abb. 1

Die Regionalen Frühförder- und Beratungsstellen im Landkreis Potsdam-Mittelmark bieten Erstberatung und Diagnostik sowie mobile heilpädagogische Frühförderung an. Zudem gehören überregionale, sinnesspezifische Frühförder- und Beratungsstellen, Integrations-Kitas sowie Regelkitas mit Einzelintegration zu den Leistungserbringern im Rahmen der heilpädagogischen Frühfördermaßnahmen. Die überregionalen, sinnesspezifischen Frühförderstellen haben den gleichen Verfahrensweg wie die regionalen Frühförder- und Beratungsstellen. Im Rahmen der Erstberatung und Diagnostik wird in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialhilfeträger (SHT), dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und den Eltern ermittelt, welche Maßnahmen für die Kinder empfehlenswert sind.

Praxisbeispiele + Diskussion

Zum Aufgabengebiet der Frühförder- und Beratungsstelle (FFB) Teltow gehören Erstberatung, Diagnostik und heilpädagogische Frühförderung, grundsätzlich wird:

- familienorientiert,
- umfeldorientiert,
- interdisziplinär,
- ressourcenorientiert,
- mobil,
- regional und
- ganzheitlich gearbeitet.

Die heilpädagogische Frühförderung ist eine Eingliederungshilfe für Kinder von 0 bis 6 Jahren mit einer Entwicklungsverzögerung oder (drohenden) Behinderung.

Der Verfahrensweg

Die Ausgangslage ist bestimmt durch die Sorge um die Entwicklung eines Kindes, z. B. seitens Personenberechtigter, anderer Bezugspersonen oder niedergelassener Kinderärzte. Die Personensorgeberechtigten nehmen telefonisch oder persönlich Kontakt zum Sozialhilfeträger oder direkt zur FFB auf. Überwiegend erfolgt die Empfehlung zur Kontaktaufnahme durch die Kita, den KJGD im Rahmen von Reihenuntersuchungen, durch Ärzte, durch das Sozialpädiatrische Zentrum etc. Nehmen die Eltern zunächst den Kontakt mit dem Sozialhilfeträger auf, werden sie von der zuständigen Fallmanagerin nach entsprechender Beratung zum Verfahrensweg an die FFB verwiesen.

Im (meist telefonischen) Erstkontakt findet ein offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot statt. Gegebenenfalls wird die Familie aufgrund der Einschätzung im Rahmen dieser ersten Beratung an andere, geeignete Institutionen weitervermittelt, in den überwiegenden Fällen wird ein Termin zur Erstberatung in der FFB vereinbart.

Während der persönlichen Erstberatung in der FFB findet ein intensives Gespräch mit einer oder beiden Sorgeberechtigten mit Auftragsklärung statt. Dabei werden die Ausgangssituation der Eltern und des Kindes sowie erste anamnestische Daten erfasst, es erfolgt eine Analyse der Bedürfnisse, Wünsche und Probleme der Eltern und des Kindes und den Eltern werden Informationen zur Eingliederungshilfe, zur Antragstellung (inkl. Nachweis des Sorgerechts), zum Angebotsspektrum der heilpädagogischen Frühförderung und möglicher heilpädagogischer Frühfördermaßnahmen gegeben. Überdies wird das weitere Procedere geklärt und die „Einwilligung in die Übermittlung personenbezogener Daten“ ausgefüllt und unterzeichnet.

Ein mögliches Ergebnis der Erstberatung ist, dass keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind oder dass eine Weitervermittlung an andere Institutionen (z. B. Jugendamt/Familienhilfe), Fachärzte, Therapeuten o. ä. zielführender ist. Die meisten Erstberatungen münden jedoch in der Einleitung der interdisziplinären Eingangs-/Erstdiagnostik als wesentliche Grundlage für die differenzierte Einschätzung des Kindes in Bezug auf die Gesamtentwicklung und Gesamtsituation. Diese Diagnostik wird Kind- und Kontextorientiert durchgeführt.

Dazu bezieht die Frühförderstelle alle am Kind beteiligten Personen ein:

- Kontaktaufnahme mit der Ärztin des KJGD zur medizinischen Diagnostik,
- ggf. Kontaktaufnahme mit der Psychologin des KJGD für ggf. zusätzlich psychologische Diagnostik (bei Bedarf auch Beobachtung im Gruppengeschehen im Rahmen der Kita),

Praxisbeispiele + Diskussion

- Einbeziehung des Sozialhilfeträgers zur Fallsteuerung oder bei Fragen zur weiteren Bearbeitung (Zuständigkeiten, geeignete Hilfeformen o. ä.),
- Kontaktaufnahme mit der Kita und Anfordern von Kitaeinschätzung,
- ggf. Kontaktaufnahme mit dem niedergelassenen Kinderarzt,
- ggf. Kontaktaufnahme zu bereits mit dem Kind arbeitenden Therapeuten,
- ggf. Anfordern weiterer Berichte, z. B. aus dem SPZ,
- ggf. Kontaktaufnahme mit anderen Institutionen, z. B. Jugendamt.

Der Sozialhilfeträger (SHT) wird einbezogen, sobald die Eltern die Schweigepflichtsentbindung erteilt haben, und erhält den Erstberatungsbogen. Hier können aufgrund der Informationen bereits Überlegungen angestellt werden, in welche Richtung die Maßnahmen gehen sollen, eventuell kann bereits der Kontakt zu einer Integrationskita oder anderer Institutionen aufgenommen und andere Vorbereitungen für den weiteren Verlauf getroffen werden.

Die heilpädagogische Diagnostik wird mittels standardisiertem pädagogischen Testverfahren (überwiegend ET6-6 R) in der FFB durchgeführt, ggf. im Lebensraum des Kindes (zu Hause oder in der Kita). Parallel dazu führt der KJGD eine medizinische Untersuchung durch und leitet den Befund an die FFB und den SHT weiter. Generell werden alle vorliegenden Befunde zwischen FFB, SHT und KJGD zur Vorbereitung der interdisziplinären Fallbesprechung ausgetauscht.

Die Daten und Zeiten für die interdisziplinären Fachgespräche stehen bereits Anfang eines Jahres für das laufende Kalenderjahr für alle Frühförderstellen des Landkreises Potsdam-Mittelmark fest. Die Terminierung und Zuordnung der zu besprechenden Kinder sowie das Versenden der schriftlichen Einladungen für alle am Kind beteiligten Personen erfolgt durch die FFB in Absprache mit dem SHT und dem KJGD. Folgende Teilnehmer werden zum interdisziplinären Fachgespräch eingeladen: Personensorgeberechtigte, Fallmanagerin des SHT, Ärztin und ggf. Psychologin des KJGD, Kita (und ggf. Therapeuten, niedergelassene Kinderärzte, Familienhelfer/Jugendamt etc.).

An einem Tag finden mehrere interdisziplinäre Fachgespräche hintereinander statt (ca. 30-45 Minuten pro Fall) inklusive Erstellung eines interdisziplinären Förder- und Behandlungsplans (Gesamtplan).

Vor dem interdisziplinären Fachgespräch zur Förder- und Behandlungsplanung wird zunächst ein Austausch ausschließlich zwischen FFB, KJGD und SHT geführt. Dabei wird eine fallbezogene Auswertung und Analyse aller vorliegenden Befunde unter Berücksichtigung der bisher bekannten Wünsche und Bedürfnisse der beteiligten Personen, insbesondere der Personensorgeberechtigten, und eine vorläufige Überlegung geeigneter Hilfeformen und Interventionen vorgenommen.

Im Rahmen der interdisziplinären Fallrunde (in Anwesenheit der geladenen Teilnehmer) werden die Ergebnisse aus der interdisziplinären Diagnostik vorgestellt sowie aktuelle Entwicklungen, Bedürfnisse und Ziele der beteiligten Personen, insbesondere die Wünsche und Sorgen der Personensorgeberechtigten, erfragt. Die Fallrunde wird vom SHT moderiert.

Die Bedarfsermittlung erfolgt anhand der vorliegenden Diagnose(n), in Anlehnung an die ICF-CY ressourcen-, umfeld- und bedürfnisorientiert. Wichtig ist ein individuell abgestimmter Hilfe- und Förderbedarf.

Im Förder- und Behandlungsplan erfolgt die Festschreibung aller angedachten Empfehlung(en) für:

- vorrangige Hilfen (medizinisch-therapeutische Maßnahmen),
- Heilpädagogische Frühförderung (mobil, I-Kita oder Einzelintegration),
- andere Institutionen oder weiterführende Diagnostik (z. B. SPZ, Kinder- und Jugendpsychiater),

Praxisbeispiele + Diskussion

- Jugendhilfeleistungen

sowie der damit verbundenen Bedarfe und Zielstellungen, auch die Festlegung des individuellen Gewährungszeitraumes durch den SHT.

Mögliche Ergebnisse der interdisziplinären Fallrunde sind:

- Heilpädagogische Frühförderung durch die regionale FFB ,
- Heilpädagogische Frühförderung in einer sinnesspezifischen FFB,
- Heilpädagogische Frühförderung in einer Regelkita mit Einzelintegration,
- Heilpädagogische Frühförderung in einer Integrationskita,
- Weitervermittlung an andere Institutionen,
- medizinisch-therapeutische Maßnahme(n) (z.B. Ergo/Logo),
- keine Maßnahme im Sinne der Eingliederungshilfe erforderlich.

Sind die Eltern mit der empfohlenen Hilfe einverstanden, können sie bei der Fallmanagerin des SHT sofort den Antrag auf Eingliederungshilfe stellen. Nach Antragstellung erfolgt durch den SHT die Bescheiderteilung an die Personensorgeberechtigten sowie die Kostenübernahmeerklärung an den jeweiligen Leistungserbringer.

Die Einbindung des Sozialhilfeträgers von Beginn an ermöglicht eine sofortige Entscheidung (bis auf wenige Ausnahmen) und Zusage für eine Maßnahme und somit auch einen beschleunigten Beginn.

Das vorgestellte Verfahren gewährleistet eine enge Zusammenarbeit zwischen Heilpädagogik, Medizin und Sozialhilfeträger. Es handelt sich um ein strukturiertes Verfahren mit eindeutig geregelten Verantwortlichkeiten und Abläufen.

Bei einer Verlaufsdiagnostik, d. h. einer Fortschreibung der Förder- und Behandlungsplanung für mobile Frühförderung/I-Platz/Einzelintegration ist das Procedere der Erstdiagnostik übertragbar.

Diskussion

Bedarfsfeststellung/passende Hilfe

Das Bearbeitungsverfahren vollzieht sich in einem Zeitraum zwischen vier und acht Wochen inkl. Diagnostik, wenn die Eltern mitarbeiten. Wenn Kinder vom SPZ mit ausreichender Diagnostik und chronischen Krankheiten kommen, wird die Hilfe erst einmal eingeleitet und alles andere erfolgt später, je nachdem, welchen Bedarf die Familie oder das Kind außerdem hat.

Wichtig ist es, dass die beteiligten Akteure zunächst zueinander finden, auch durch eine gemeinsame Sprache, und die verschiedenen Blickwinkel der beteiligten Professionen akzeptieren. Trotz auftauchender Differenzen in den Empfehlungen wird gemeinsam nach der bestmöglichen Hilfe für das Kind gesucht. Dabei werden die Eltern mitgenommen. Es gibt durchaus Fälle, in denen die Eltern eine Hilfe ablehnen, nachdem sie vorher den Weg des Prozesses mitgegangen sind, vor allem, wenn sie vom Jugendamt zu uns geschickt worden sind. Damit müssen wir umgehen, denn die Mitwirkungspflicht hat einen großen Stellenwert. Stellen wir einen hohen Bedarf fest und die Eltern wollen keine Hilfe, bleiben wir dran und nehmen noch einmal mit dem KJGD Kontakt auf, im schlimmsten Fall auch mit dem Jugendamt, wenn eine Gefährdung des Kindes zu befürchten ist. Ansonsten können wir die Eltern nicht dazu zwingen, eine Hilfe anzunehmen.

Praxisbeispiele + Diskussion

Frühförderung im Landkreis und Koordination mit anderen Hilfen:

Der vorhandene Pool an Fördereinheiten, auf den innerhalb eines Jahres zurückgegriffen werden kann, erlaubt ein bedarfsorientiertes Vorgehen in der Förderung. Man ist daher nicht auf eine oder zwei Fördereinheiten wöchentlich festgelegt. Kinder und Familien sind keine Maschinen, die nach einem festen, starren Prinzip funktionieren. Somit sind auch die Frühförderinnen flexibel genug – sofern es der Terminplan hergibt – auch einmal für einige Stunden in die Kita zu gehen, um ein Kind im Bedarfsfall über einen längeren Zeitraum zu beobachten. Sieht die Förderin aktuell einen sehr hohen Bedarf, kann sie ein paar Tage später erneut in die Familie gehen. Es geht um die mobile Frühförderung vorzugsweise im häuslichen Umfeld der Familie.

Es gibt Überlegungen, Teile des Verfahrens auch im Rahmen einer inklusiven Jugendhilfe im SGB VIII zu übertragen, weil viel davon gut wirkt. Die Frühförderstelle arbeitet auch aufsuchend, vor allem in Familien, die sich in schwierigen Lebenslagen befinden und wo eine SPFH installiert ist. Mitunter bekommt ein freier Träger einen Auftrag und Sie von der Frühförderstelle erhalten einen anderen Auftrag für dieselbe Familie. Das ist eine schwierige Komponente, die Rollenkonflikte in sich birgt. Daher muss Rollenklarheit herrschen und Absprachen stattfinden, wenn bereits das Jugendamt – z. B. mit einer SPFH – in der Familie tätig ist und jetzt eine neue Hilfe (Frühförderung) hinzukommen soll. Das ist im Landkreis sehr unterschiedlich. Häufig begleiten die Familienhelfer die Familie zur Erstberatung in die Frühförderstelle und sind somit von Anfang an mit im Boot. Das ist der beste Fall und leider sehr abhängig vom Träger der Jugendhilfe bzw. von den Personen. Strukturell ist es nicht geregelt. Aber in unserem Landkreis findet in dieser Hinsicht eine Entwicklung statt.

Auch in anderen Bundesländern wie in Hessen gibt es keine strukturell verankerten Absprachen zwischen den Leistungsträgern, sondern die Absprachen werden im Einzelfall hergestellt. Von der Frühförderung gibt es den dringenden Wunsch, häufiger als Mitakteure im Jugendamt an den Hilfeplangesprächen teilzunehmen. Oftmals wird dann aber der Datenschutz als Gegenargument benutzt. Wenn Eltern das selbst nicht wollen, dann ist das auch keine Frage. Aber dieses Argument zu benutzen, bevor das überhaupt erfragt wurde, halte ich nicht für gerechtfertigt. Offiziell ist die Hilfeaufnahme freiwillig, auch wenn Familien zu uns geschickt werden.

Thema „Selbstbeschaffung“:

Es stellt sich die Frage der Selbstbeschaffung, vor allem, da die Frühförderstelle so einen guten Draht zur Mitarbeiterin vom Sozialamt hat. Die Frühförderstelle ist an der Diagnose beteiligt und führt auch die Therapie durch. Der Sozialhilfeträger prüft jedoch sehr streng und plädiert mitunter in der Runde selbst doch für eine andere Hilfe, als sie im Vorfeld besprochen und empfohlen wurde. In Ausnahmefällen gibt es sogar eine Doppelleistung, z. B. mobile Frühförderung und Integrationskita. Die Mitarbeiterin des Sozialamts richtet sich nicht immer nach den Empfehlungen der anderen in der Runde. Das heißt, der Kostenträger entscheidet in einigen Fällen für eine andere Hilfe, als die Fachkräfte-Runde empfiehlt. Es herrscht aber zwischen den Teams und dem Sozialhilfeträger ein großes Vertrauen und die Teams melden sich auch, wenn die Hilfe eingestellt werden kann. Auch die Frühförderstelle überprüft genau, welche Hilfe die vorrangige ist und welchen Anteil dabei die Heilpädagogik haben muss, und erkennt mitunter, dass andere Hilfen zunächst den Vorrang haben müssen, mit denen sie selbst nicht befasst ist.

Der Hinweis auf die Frage der Selbstbeschaffung weist auf eine Schwachstelle in der Struktur hin, die gut erkannt und umgangen wird. Wenn aber irgendwann andere Personen an den Stellen arbeiten, muss man das neu beachten. Und das nennt man ein Strukturproblem. Auch wenn das Gelingen des Verfahrens in der Praxis tatsächlich stark von den Personen abhängt, wurde die Zusammenarbeit – auch mit

Praxisbeispiele + Diskussion

dem Jugendamt – grundlegend verbessert und es findet ein gutes Miteinander und ein guter Austausch statt.

Die Kinder, die in die Frühförderung kommen, sind zu Recht dort, da das Screening vorher stattgefunden hat. In Bayern wurden laut einer Studie etwa 30 % weitervermittelt, was auch für Hessen bestätigt werden kann. Es kommt darauf an, wo die Frühförderstelle angesiedelt ist und wie die Kontakte zur Jugendhilfe sind. Insofern kann von einer Selbstbeschaffung in der Frühförderung keine Rede sein, zumal in der Frühförderung keine Not besteht, sich Kinder selbst zu beschaffen, weil alle endlos lange Wartelisten haben. Der Bedarf ist einfach sehr groß.

Es ist gelungen, das vorgestellte Verfahren in sechs Landkreisen in ähnlicher Weise – mit kleinen Nuancen – zu platzieren, weil die Mitwirkenden und auch die Ämter davon überzeugt sind, dass dadurch kurze Wege geschaffen werden und die Fachlichkeit in der Einschätzung vorweg eben nicht Selbstbeschaffung abbildet, sondern den Bedarf des Kindes, denn es werden im gesamten Prozess viele Akteure beteiligt. Wenn sich die Fachleute einig geworden sind, kann der Rehaträger am Ende in seinem Bewilligungsprozess zudem zu einem ganz anderen Ergebnis kommen. Das Verfahren ist demnach in sich stimmig und kann durchaus in weiteren Landkreisen angewendet werden. Das Papier zu den SPZ ist in den Frühförderstellen bekannt.

Thema Kostenerstattung und Krankenkassen:

Es gibt ein Curriculum Sozialpädiatrie für Kinderärzte mit eigener Praxis. Wenn die Ärzte diese Weiterbildung absolviert haben, ist es möglich, Kooperationen mit anderen Akteuren in den sozialen Lebensfeldern von Kindern abzurechnen. Das ist ein wichtiger Hinweis für diejenigen, die auf die Kooperation mit Kinderärzten angewiesen sind. In Hessen springt das Land in die Bresche für sämtliche originären Kostenträger für den interdisziplinären Austausch im Bereich der Frühförderung, was tatsächlich zu einer bestehenden Qualität geführt hat.

Inzwischen gibt es zwischen den SPZ und den umliegenden Frühförderstellen Kooperationsverträge auf freiwilliger Basis. Die Krankenkassen in Brandenburg konnten noch nicht von adäquaten Kostensätzen im Rahmen der Komplexleistungen überzeugt werden. D.h., alles, was interdisziplinär durchgeführt wird, zahlt der Sozialhilfeträger allein und die Krankenkasse ist noch nicht beteiligt, weil die Kostensätze, die sie anbieten, nicht ausreichen. Zum neuen Gesetz werden jetzt Neuverhandlungen geführt und wir hoffen, dass sich diese Wege in der Finanzierung der einzelnen Bausteine wiederfinden – mit Beteiligung der Krankenkassen. Lediglich an einer Frühförderstelle, die komplex arbeitet und alles anbietet, ist die Krankenkasse beteiligt. Das funktioniert dort nur, weil es sich um eine kommunale Frühförderstelle handelt und das Geld in den Topf der Kommune fließt. Ein freier Träger kann mit diesen Sätzen nicht arbeiten.

Das ist nicht überall der Fall. In Düsseldorf verhandelt der Jugendamtsleiter selbst mit der Krankenkasse und mit dem Sozialamt, wenn es um Komplexleistungen geht. Die Sätze sind in der Tat nicht besonders hoch. Aber im Endeffekt muss man das Verfahren sehen. Die Krankenkassen vergleichen untereinander von Region zu Region und nehmen den geringsten Satz, der möglich ist, als Grundlage für die Verhandlungen in der Region. Aber auf jeden Fall beteiligen sie sich.

Praxisbeispiel 3: Wie inklusiv sind wir bereits jetzt, wie inklusiv wollen wir werden?

Ambulante und stationäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Was brauchen diese? Welches Selbstverständnis und welche Weiterentwicklungsbedarfe gibt es?

THOMAS ZIEGLER

Unsere Einrichtung **KEEP GdR Jugendhilfe** gibt es seit etwa 10 Jahren. Wir starteten mit vier Pädagogen und hatten zunächst nicht die Absicht, eine Einrichtung zu gründen, sondern wollten überwiegend im 1:1-Kontext für einen anderen Träger arbeiten. Diesen Ansatz verfolgten wir aus der Kritik an den herkömmlichen Konzepten der stationären Jugendhilfe heraus. Es war auch kein Problem, einen Träger zu finden. Die Träger waren offensichtlich froh darüber, so eine Konstellation von vier Pädagogen, die mit vier Jugendlichen arbeiten, vorzufinden. Das Konzept dazu war relativ schnell erstellt und wir fanden auch ein Objekt, das uns passend erschien. Wir nutzen die erlebnispädagogische Methode, um an die Jugendlichen heranzukommen und einen einfachen Beziehungsaufbau zu gestalten.

Der Träger erstellte die von der Heimaufsicht geforderte Betriebserlaubnis inklusive der Leistungsbeschreibung für uns. Es wurde eine Prüfung durchgeführt, die positiv verlief. Die Heimaufsicht verlangte jedoch, dass der Träger uns einstellen müsse. Dies lehnte der Träger jedoch ab, da er nur mit Honorarkräften arbeiten wollte. Daraufhin sollte der Träger für die Personen die Betriebserlaubnis stellen. Somit gründeten wir eine eigene Einrichtung. Ein Kollege der Heimaufsicht besprach mit uns die Rahmenbedingungen, weil wir mit solchen Dingen nicht vertraut waren und eigentlich auch damit nichts zu tun haben wollten. Wir wollten die Jugendlichen begleiten und sie in ihrem Leben weiterbringen. Unsere Betriebserlaubnis umfasst die Arbeit mit Jugendlichen ab 12 Jahren.

Wie inklusiv sind wir bereits?

In unserem Konzept war verankert, dass die Jugendlichen, die wir betreuen, eine Eigenverantwortung bekommen, ihr Leben gestalten lernen und mit uns gemeinsam erarbeiten, wie sie weiterkommen wollen. Darin bestand unsere Grundidee. Die Zielgruppe unserer Einrichtung sind Jugendliche mit einem Bedarf an Maßnahmen des SGB VIII, nach § 35 und 35a Eingliederungshilfe, aber auch nach § 34. Unsere Betriebserlaubnis lässt beides zu. Grundsätzlich nehmen wir alle Jugendlichen auf. Mit Hilfe unseres eigens erstellten Clearingkonzepts arbeiten wir gemeinsam mit dem Jugendlichen, an seinem Bedarf ausgerichtet.

Unser **Aufnahmekonzept** erstreckt sich von der Anfrage eines Jugendamtes bis zur Entscheidung, den betreffenden Jugendlichen bei uns zu betreuen bzw. Entscheidung des Jugendlichen für die Maßnahme. An uns wenden sich die Jugendämter immer dann, wenn sie in Not sind und dringend einen Platz brauchen. Eine sofortige Bereitstellung ist jedoch nicht immer möglich. Zu Beginn stießen wir auf Jugendliche, die etwas schwieriger waren und mit denen man anders arbeiten muss. Wir stellten fest, dass wir zunächst eine eigene Bedarfsklärung brauchen. Mit der Anfrage erhalten wir Informationen aus Berichten und Gutachten über den Jugendlichen. Mit diesen Informationen geht es ins Team und dort wird vom

Praxisbeispiele + Diskussion

Betreuer eine Entscheidung getroffen, ob er mit dem betreffenden Jugendlichen arbeiten kann und möchte.

Danach findet ein persönliches Kennenlernen des Jugendlichen statt – überwiegend beim Jugendamt. Es ist wesentlich einfacher, einen Termin im Jugendamt zu finden, als dass jemand vom Jugendamt zu uns kommt. Das liegt zum Teil daran, dass wir bundesweit angefragt werden.

Dem Jugendlichen wird das 90-tägige **Clearingkonzept** mit seinen drei Phasen vorgestellt, damit er weiß, was auf ihn zukommt. Im Entscheidungsprozess können sich beide Seiten überlegen, ob es zu einem Start der Maßnahme kommt oder nicht. Nach spätestens einer Woche soll eine Rückmeldung gegeben werden.

Nach der Entscheidung für eine Maßnahme starten wir in der **Phase 1** mit einer Wanderung. Das wird dem Jugendlichen von Anfang an klargemacht: Er bekommt von uns einen Rucksack, einen Schlafsack und eine Ausrüstung, nur laufen muss er selbst. Der Jugendliche entscheidet allein, wie lange er läuft, wo er schläft und was er einkauft. Der Jugendliche wird dabei beobachtet, um seine Stärken und Schwächen und seine Reaktionen auf eine Krise zu ermitteln, damit wir mit ihm gemeinsam Wege finden, um eine Veränderung herbeizuführen. Wir weisen immer wieder darauf hin, dass er sich selbst verändern müsse. Wir werden das nicht tun und können es auch nicht.

Phase 2 besteht aus einer Fahrradtour, die ähnlich abläuft wie die Wanderung. Der Jugendliche entscheidet auch hier, wie schnell und wie lange er fährt, wo er schläft und was er unterwegs einkauft.

Phase 3 ist die Eingliederung zurück ins gesellschaftliche Leben. Hier wird mit dem Jugendlichen geklärt, ob es in Richtung Schule, Ausbildung oder andere Bereiche gehen soll.

Nach 60 Tagen gibt es einen Hilfeplan. Wir wissen, was der Jugendliche braucht, der Jugendliche weiß, was er will. Wir gestalten den Hilfeplan gemeinsam. Der Jugendliche selbst gibt an, was er für eine Betreuung möchte und wie diese ausgestaltet sein soll.

Das Clearing dauert insgesamt 90 Tage. Der Hilfeplan nach 60 Tagen ist so ausgerichtet, dass danach noch Zeit bleibt, entweder eine Anschlussmaßnahme oder eine andere Einrichtung zu finden. Wir suchen gemeinsam mit dem Jugendlichen und dem Jugendamt nach einer Anschlussmaßnahme oder einer Einrichtung – je nach vorliegendem Bedarf. Das bildet den Abschluss des Clearings.

Es ist uns sehr wichtig, dass der Jugendliche eindeutig mit diesem Ablauf einverstanden ist. Die meisten Jugendlichen melden sich nach einer Woche Bedenkzeit mit einer positiven Entscheidung.

Das Clearingkonzept sollte eigentlich unsere Kernaufgabe darstellen, wir wollten nichts anderes tun. Wir stellten jedoch mitunter nach 60 Tagen fest, dass es für den einen oder anderen Jugendlichen keine Maßnahme gibt. Wir wussten nicht, wohin der Jugendliche gehen kann. Daraufhin entwickelten wir neue Konzepte, die für die Jugendlichen passend sind, und erstellten Anschlussmaßnahmen, damit wir die Jugendlichen nicht ins Ungewisse entlassen.

Das persönliche Gespräch ist uns insofern wichtig, dass wir einen relativ genauen Eindruck von dem Jugendlichen bekommen. Die Berichte und Gutachten sind sicherlich hilfreich, allerdings stehen dort mitunter Dinge, die erst einmal abschrecken, zum Beispiel: „Der 13-jährige Jugendliche warf einen Fernseher nach dem Betreuer.“ Beim Kennenlernen stellten wir fest, dass es sich um einen eher kleinen, schwächlichen Jungen handelte. Mittlerweile ist er fünf Jahre bei uns.

So kann eine Anfrage an uns lauten:

Praxisbeispiele + Diskussion

„Es kommt sehr häufig vor, dass er die Erwachsenen nicht versteht und darauf mit Wutausbrüchen und Schreien reagiert. Seine verbale Aussprache ist meist unverständlich. Es kommt häufig vor, dass er mit Gegenständen wirft oder versucht diese zu zerstören, wenn seine Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Er kann beim Essen nicht auf Sauberkeit achten, und wirft dieses häufig auf den Boden. An eine eigenständige Körperhygiene ist nicht zu denken, bei Aufforderung dazu kommt es nicht selten zu Konflikten.“

Nach solchen Anfragen müssen wir entscheiden, ob wir den Jugendlichen aufnehmen oder nicht bzw. ihn erst einmal anschauen. Bei der o. g. Anfrage handelt es sich allerdings um meinen kleinen Sohn. Damit möchte ich zeigen, dass die Aussagen bestimmte Vorstellungen bei uns erzeugen, die sich beim persönlichen Kennenlernen korrigieren lassen. Darin besteht auch unser Selbstverständnis. Inzwischen neigen wir dazu, uns erst recht den Jugendlichen mit der „schlimmsten“ Akte anzuschauen. Wenn wir ihn uns angeschaut haben, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 90 %, dass wir ihn aufnehmen.

Wie inklusiv wollen wir werden?

Im Setting des Clearings können wir durch die Rahmenbedingungen sehr inklusiv sein. Es ist zeitlich begrenzt und die Anforderungen sind durch die Rahmenbedingungen gegeben. Äußere Faktoren spielen eine nicht so große Rolle. Wir schaffen schöne Erlebnisse. Daher ist es relativ einfach, in diesem Setting inklusiv zu sein.

Wie inklusiv wir tatsächlich werden wollen, stellt sich meist in den Anschlussmaßnahmen heraus, denn dann hat man es mit Problemstellungen in der alltäglichen Arbeit, Schule, Ausbildung und Mobilität zu tun.

Wir können die Jugendlichen in der Clearingphase sehr gut stabilisieren. Sie sind bereit für Neues und für einen Neubeginn. Wir nehmen sie in eine Maßnahme auf und sofort stellt sich die Frage der Beschulung. Wir melden die Jugendlichen an der Schule an, das ist zunächst kein Problem. Vor allem zu Beginn unserer Tätigkeit teilte die Schule nach einigen Tagen mit, dass sie den Jugendlichen nicht betreuen kann. Inzwischen haben wir mit der Schule ein gutes Verständnis erarbeitet, sodass sie es zumindest mit dem Jugendlichen probieren. Seit drei Jahren hat die Schule zudem versucht, Inklusionsschule zu werden, ist allerdings dreimal durchgefallen. Wir konnten die Gründe dafür nicht nachvollziehen, vermuten aber einen Zusammenhang darin, dass die kleinste Schule im Landkreis, die 30 km entfernt liegt und den Inklusionszuschlag bekam, nicht geschlossen werden soll. Ein Jugendlicher, der dort aufgenommen worden ist, muss nun sehr weit fahren, was recht schwierig ist. Der Jugendliche muss halb 7 aufstehen, um mit dem Bus zu fahren, der 8:20 Uhr an der Schule ankommt, wobei der Unterricht jedoch bereits um 8 Uhr beginnt. Dieser Jugendliche ist zuvor wegen dauernden Zuspätkommens seiner Schule verwiesen worden und darf nun offiziell zu spät kommen. Meist raucht er erst noch vor dem Betreten der Schule, sodass nun die nächsten Probleme vorprogrammiert sind.

Schule ist Ländersache und jedes Land regelt das anders. Es ist aber für uns als Einrichtung und erst recht für den Betroffenen nicht einfach, wenn er als Ziel den Schulabschluss auf normalem Weg anstrebt und dabei zusätzliche Hürden zu überwinden sind. Wir setzten uns mit dem Schulamt mehrmals zusammen, um die Probleme zu bearbeiten und zu lösen. Im ersten Gespräch wurde uns vorgeworfen, wir seien an den Problemen selbst schuld, wenn wir solche Jugendlichen nehmen. Uns wurde nahegelegt, eine eigene Schule zu betreiben. Unser Anliegen ist es jedoch, die Jugendlichen in eine normale Schule zu bringen. Würden wir eine neue Schule gründen, könnten die Jugendlichen zwar einen Schulabschluss erreichen, aber eben nicht auf normalem Weg. Mittlerweile sind wir dabei, gemeinsam eine Lösung zu erarbeiten. Wir sind auf einem guten Weg, aber dieser braucht Zeit.

Diese Probleme stellen sich bei der Frage, wie inklusiv wir werden wollen. Wir waren der Ansicht, dass wir schon recht inklusiv arbeiten, sehen uns aber jetzt mit dem Phänomen konfrontiert, dass wir die „Braven“

Praxisbeispiele + Diskussion

nicht mehr aufnehmen und damit wiederum exkludieren. Wir arbeiten mit den Schwierigen zusammen, das kann man uns zugutehalten, müssen aber nun überlegen, wie wir alle unter ein Dach bringen, damit sie in ihrer Entwicklung weiter vorwärts kommen.

Was braucht es für die betroffenen Menschen?

Ich glaube, dass viel gewonnen ist, wenn wir in der Betreuung unserer jungen Menschen mehr flexible Handlungsmöglichkeiten einbauen. In der Jugendhilfe und in der Eingliederungshilfe haben wir zum Glück diese Handlungsmöglichkeiten. Wir haben freie Hand, Maßnahmen zu kreieren. Die Schwierigkeiten habe ich bereits erwähnt. In Bezug auf die Finanzierung sind wir recht gut aufgestellt. Das betrifft auch die Maßnahmen für junge Volljährige. Wenn unsere Jugendlichen das 18. Lebensjahr überschritten haben, gibt es keine Schwierigkeiten, die Maßnahmen weiterzuführen und die Hilfen in den Fällen nach § 35 und 35a SGB VIII weiter gewährt zu bekommen. Hier besteht eine Kostenzusicherung bis zum 21. Lebensjahr und man kann in Ruhe mit den Jugendlichen arbeiten.

Schwierigkeiten ergeben sich, wenn der junge Mensch danach in die Sozialhilfe übergehen muss. Wenn der Antrag an den neuen Kostenträger nicht rechtzeitig gestellt wird, wird die Sozialhilfe erst einmal nicht genehmigt. Es muss ein fließender Übergang gewährleistet sein. Allerdings erklären sich die meisten Jugendämter im Falle eines nicht rechtzeitig gestellten Antrags bereit, die Maßnahme erst einmal weiter zu finanzieren.

In einem Fall wurde der Jugendliche gefragt, was er braucht. Seine Antwort lautete: „Ich brauche jemanden, dem ich vertrauen kann.“ Er bekam einen gesetzlichen Betreuer, will mit dem aber nicht in Kontakt treten, weil er ihn nicht kennt. Er landet auf der Straße, hat eigentlich ein Anrecht auf Sozialhilfe bzw. Grundsicherung, bekommt diese aber nicht ausbezahlt, weil er keinen Wohnsitz mehr hat. Und das, weil er sich nicht traut, den Betreuer aufzusuchen. Er hat einfach eine Blockade. An dieser Stelle sind wir wieder eingesprungen und haben ihn von der Straße geholt, um die Angelegenheit mit ihm zu regeln.

Es stellt sich deshalb die Frage, wie schnell die gesetzlichen Betreuer für die Jugendlichen zur Verfügung stehen. Die Gerichte gehen davon aus, dass ein Jugendlicher während der Zeit in der Jugendhilfe keinen gesetzlichen Betreuer benötigt. Wir stellen jedoch fest, dass der gesetzliche Betreuer schon frühzeitig einbezogen werden muss, damit sich Vertrauen aufbauen kann. Die Jugendlichen, mit denen wir zu tun haben, zeigen häufig eine Scheu davor, sich in die Gesellschaft zu begeben und mit unbekanntem Personen in Kontakt zu treten. Die Aussage, dass eine Vertrauensperson gebraucht wird, ist symptomatisch für die jungen Menschen. Daher benötigen wir in dieser Hinsicht mehr Flexibilität. Wir sind inzwischen mit unserem zuständigen Richter so verblieben, dass er darauf hinwirkt, die gesetzlichen Betreuer früher einzubeziehen.

Weiterentwicklungsbedarfe können wir gern gemeinsam diskutieren. Vielen Dank.

Diskussion

Thema Schnittstellen/Übergänge

Ab 18 Jahren gibt es eine gesetzliche Betreuung. Wenn vorher eine Vormundschaft besteht, haben die Vormünder eine ganz klare Verpflichtung, den Übergang zu regeln. Wenn keine Vormundschaft bestand, muss der Übergang ein halbes Jahr vorher auf jeden Fall thematisiert werden. Dazu müssen klare Regelungen eingeführt werden, die man mit der Fallführung bespricht und in der Regel gibt es keine Probleme bei den Amtsgerichten. Jugendämter zahlen in besonderen Fällen so lange, bis der nächste Träger den Fall übernimmt, denn bis 27 Jahren können Jugendhilfeleistungen

Praxisbeispiele + Diskussion

erbracht werden. Es ist selbstverständlich, dass nicht eine Institution die Hilfe einfach abbricht, ohne zu schauen, was im Anschluss passiert.

Nach den 60 Tagen Clearing wird jeweils entschieden, welche Maßnahme der Jugendliche braucht. KEEP Jugendhilfe bietet eine Intensivgruppe mit maximal drei Plätzen und Erziehungsstellen an oder es wird an andere Einrichtungen vermittelt. Wenn wir keine guten stationären Angebote haben, gilt die Inobhutnahme häufig als einzige Alternative. Die ist aber keine Lösung. Insofern ist die Maßnahme wesentlich besser geeignet als eine Inobhutnahme mit hoher Verweildauer.

Die Zusammenarbeit mit den Schulen gestaltet sich schwierig. Es sollen möglichst nur die liebsten und klügsten Kinder und Jugendlichen in die eigene Schule aufgenommen werden, die stromlinienförmig sind – sobald jemand irgendwo aneckt, hat man ein Problem. Im Moment werden die **Debatten darüber geführt, dass zu viele Sozialarbeiter in den Schulklassen sind, was man evtl. mit Pools lösen kann.** Dieses Thema müssen wir noch einmal separat betrachten.

Die Jugendlichen kommen bereits mit einem Gutachten oder einer Diagnose bei uns an und wir haben eine behandelnde Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Wir sind nicht an eine KJP angeschlossen. Wir wenden uns ggf. an einen Kinder- und Jugendpsychologen. Das ist unsere Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Jugendhilfeplanung findet im Jugendamt statt. wichtig ist das **gemeinsame Finden von Lösungen. Dieses Miteinander führt zur passgenauen Hilfe.** Die Federführung hat natürlich das Jugendamt, aber die Hilfe wird gemeinsam erarbeitet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes, die Fallführung betreiben, sind nicht allwissend und haben auch ihre Defizite. In vielen Hilfeplangesprächen wissen die freien Träger, was die geeignete Maßnahme ist. Wir müssen hier nicht so tun, als ob nur einer bestimmt, sondern es geht immer darum, wie wir **Partizipation untereinander und mit den Familien gestalten und gemeinsam die richtige Hilfe zur richtigen Zeit finden.** Mit einer Einwilligung und einem Verständnis in die Maßnahme habe ich eine größere Chance, dass kein Abbruch stattfindet. **Abbrüche sind das schlimmste, was passieren kann und das geschieht häufig bei aufoktroierten Maßnahmen.** Das heißt, wir müssen das „WIR“ mit allen Konsequenzen durchziehen. Es besteht sogar die Gefahr, dass spezialisierte Einrichtungen Macht über das Jugendamt bekommen. Das kann teilweise gefährlich sein, weil die Jugendämter in einer großen Not stehen, einen Platz zu finden – und die Einrichtungen haben ihn.

Zugang zur Maßnahme/Umgang mit Zielgruppen

Es kommt sehr auf die **Motivation des Jugendlichen** an. Das ist aber generell das Problem bei 14-/15-Jährigen, ob sie ausreichend Motivation zeigen. Probleme zeigen sich, wenn das Clearing als Bewährungsaufgabe fungiert und der Jugendliche zunächst zustimmt, um nicht ins Gefängnis zu müssen. Damit ist u. a. das Wunsch- und Wahlrecht aufgehoben. Die Jugendlichen sind tatsächlich häufig nicht motiviert. In den persönlichen Gesprächen bringen sie ihre Ablehnung zum Ausdruck, durch Deutschland zu radeln oder zu laufen. Das ist ihr gutes Recht. Sie müssen selbst entscheiden, ob sie **90 Tage vom Jugendamt bezahlt kriegen wollen, um sich Gedanken darüber zu machen, ob und wie sie ihr Leben verändern möchten.** Die meisten lassen sich nach dem Gespräch auch darauf ein und mit denen gibt es keine Probleme. Im Clearing gab es drei Abbrüche von 237 Jugendlichen. Die Jugendlichen sind im Schnitt zwischen drei und fünf Jahren bei uns – bis zum 21. Lebensjahr. Es sind in erster Linie Jungen, aber Mädchen sind nicht ausgeschlossen.

Ausschlusskriterien sind akute Suchtproblematik und – laut Betriebserlaubnis – eine **geistige Behinderung.** KEEP Jugendhilfe will jedoch versuchen, keinen mehr auszuschließen, ist aber durch die Be-

Praxisbeispiele + Diskussion

triebserlaubnis etwas eingeschränkt. Zurzeit ist die Einrichtung noch nicht darauf eingestellt, **Jugendliche mit körperlichen Behinderungen** aufzunehmen. Es werden inzwischen entsprechende Fortbildungen angestoßen.

Ein wesentlich häufiger auftretendes Problem als Körperbehinderung ist das Thema der **chronischen Erkrankung, die eine regelmäßige medikamentöse Therapie erfordert**, wie z. B. Diabetes oder Asthma. Ein Diabetiker hat einen Bedarf in Bezug auf Ihre Maßnahmen und bekommt somit ein ernstes Problem mit seiner Therapie, weil er seine Medikamente nicht regelmäßig nimmt. Die chronischen Krankheiten, die eigentlich gut behandelbar sind, sind ein Thema. **Der Betroffene gerät in eine größere Gefahr, dass er Probleme durch das Handling mit dieser chronischen Krankheit entwickelt und ist tatsächlich darauf angewiesen, dass die Personen, die um ihn herum tätig sind, nämlich die Betreuer in der Wohngruppe, ein gewisses Maß an Verantwortung im medizinischen Bereich übernehmen.** Dass das schwierig ist, sehen wir im Kontext Kita und Schule täglich. Das stellt eine große Herausforderung für die Jugendhilfe dar. Im Umfeld sind immer Ärzte zu erreichen, daher kann so etwas innerhalb des Clearings abgeklärt werden. Es wird vorher ein Check durchgeführt, ob der Jugendliche den Belastungen des Clearings gesundheitlich überhaupt gewachsen ist. Das muss im Einzelfall geklärt werden – unter Einbeziehung einer fachlichen Beratung. Vielleicht würde das Clearing dann anders gestaltet werden. Der Jugendliche kennt sein Problem am besten und wenn er das Clearing tatsächlich mitmachen möchte, wird auch ein Weg gefunden, das zu realisieren.

Ein großer Nachholbedarf besteht bei KEEP Jugendhilfe in der Elternarbeit. Je schwieriger das Herkunftsmilieu und je größer die Problematik der Jugendlichen ist, desto weniger wird an den Ursachen gearbeitet, weil auch die Elternarbeit schwieriger und komplexer wird. Im Clearingprozess findet eine Fallbeobachtung über den Betreuer und den Jugendlichen sowie separat eine narrative, biografische Diagnostik statt. Über das Interview werden die biografischen Daten aufgestellt.

Gesetzliche Betreuung

Mit der gesetzlichen Betreuung mit Erreichen der Volljährigkeit befasst sich die Einrichtung noch nicht lange. Die ersten Jugendlichen kommen jetzt erst in die Volljährigkeit hinein. Die Jugendlichen bekommen zum Teil einen Behindertenausweis wegen **posttraumatischer Belastungsstörungen**. Der gesetzliche Betreuer wird installiert als Unterstützung für finanzielle Probleme und lebenspraktische Aufgaben, außerdem bei **Eigen- und Fremdgefährdungsaspekten**.

Hier scheint ein Kooperationsdefizit vorzuliegen. Es gibt eine gewisse Erwartung an den gesetzlichen Betreuer, der die qua Rolle gar nicht ausfüllt. „Betreuer“ hört sich nach Betreuung an, aber gerade in diesem Übergang, gibt man sich entweder der Illusion oder auch nur dem ungenuten Gefühl hin, dass wir 18-Jährigen, die aus unserer fachlichen Sicht noch nicht selbstverantwortlich zurechtkommen, wenigstens einen gesetzlichen Betreuer gegeben haben. **Aber es kommt darauf an, wie der gesetzliche Betreuer seine Aufgabe versteht.** Nach dem Recht reicht es aus, dass er sich um die finanziellen Angelegenheiten kümmert. Und er muss nicht zu dem Jugendlichen gehen, sondern der Jugendliche muss ihn aufsuchen. Es gibt viele andere gesetzliche Betreuer, die Sozialarbeiter sind und die Aufgabe anders verstehen. Es scheint ein Spielball zu sein, wie wir mit dem Übergang bei den 18-jährigen umgehen. **Der gesetzliche Betreuer schließt eine Lücke, wenn wir Glück haben.**

Mit den gesetzlichen Betreuern muss man **gemeinsam eine Arbeitsgrundlage finden. Die Defizite wurden erkannt und müssen bearbeitet werden.** In Düsseldorf gibt es 6.500 Betreuungen, davon sind 3 % zwischen 18 und 21 Jahren alt. Es ist also keine Rarität, aber es handelt sich auch um keine große Gruppe. Es sind aber auch Betreuungen dabei, die im familiären Kontext gesehen werden. Lediglich etwa 30 Betreuungen finden nicht im familiären Kontext statt.

Praxisbeispiel 4: Inobhutnahme und Krisenintervention – wie inklusiv sind „wir“?

Kinderschutz muss auch für Kinder und Jugendliche mit (schweren) Beeinträchtigungen stärker in den Fokus genommen werden

Bericht über eine Mutter und ihren Sohn in einer extremen Notsituation auf der Suche nach Hilfe

MAREN SEELANDT

1. Einleitung

Meine sehr geehrten Damen und Herren, zunächst vielen Dank, dass ich heute und hier die Möglichkeit habe, ein Praxisbeispiel „Aus dem Leben gegriffen“ vorzustellen.

Zunächst möchte ich mich kurz vorstellen: Mein Name ist Maren Seelandt. Ich bin seit rund 35 Jahren in der Eingliederungshilfe tätig und davon gut 26 Jahre in unterschiedlichen Führungspositionen bei Leben mit Behinderung Hamburg beschäftigt. Als Bereichsleiterin für den Kinder, Jugend und Familienbereich von Leben mit Behinderung arbeite ich mit meinen Teams schon sehr lange an den Schnittstellen der Eingliederungshilfe, insbesondere der Jugendhilfe und dem Gesundheits- und Bildungsbereich.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle auch „Leben mit Behinderung Hamburg“ kurz vorzustellen: Ursprung und Herzstück von Leben mit Behinderung Hamburg ist der Elternverein. Im Elternverein haben sich gut 1500 Familien mit einem behinderten Angehörigen zusammengeschlossen. Selbsthilfe und politische Einflussnahme in der Stadt zeichnen den Elternverein aus. Seit mehr als 60 Jahren steht „Leben mit Behinderung Hamburg“ Familien mit einem behinderten Angehörigen zur Seite. Die Tochtergesellschaft des Elternvereins, die Leben mit Behinderung Hamburg Sozialeinrichtungen gGmbH, bietet Menschen mit Behinderung eine Vielfalt von Unterstützungsleistungen zum Wohnen, Arbeiten, in der Freizeit, im Kultur- und Erwachsenenbereich usw. an. Der Bereich Familie wendet sich an alle Familien in Hamburg, in denen ein Kind mit Behinderung lebt oder ein Elternteil eine Beeinträchtigung hat. Die Angebote werden in vier Regionalbüros koordiniert. Neben der allgemeinen Sozialberatung, den entlastenden Angeboten und den Kooperationen mit Schulen, gibt es zur Unterstützung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien ambulante Fachleistungen aus der Eingliederungshilfe und den Hilfen zur Erziehung.

2. Nun zu meinem Praxisbeispiel:

Ich berichte Ihnen von einer Mutter und ihren beiden Kindern, die wir im Rahmen von Familienentlastung und einer ambulanten Fachleistung aus der Eingliederungshilfe über mehrere Jahre begleitet haben.

Vorwegschicken möchte ich, dass natürlich jedes Beispiel sehr individuell ist. Es bietet sich aus meiner Sicht für unser Thema an, da sich die strukturellen Lücken gut identifizieren lassen und wir eine grobe Ahnung davon bekommen, was aus Sicht einer Mutter mit ihren beiden Kindern in einer äußerst schwierigen Lebensphase gefordert und abverlangt wird.

In der Kürze der Zeit kann ich keine umfassende und vollständige Fallvorstellung – insbesondere auch aus den Perspektiven der beiden Kinder – geben. Ich berichte Ihnen vielmehr von den relevanten Eckdaten.

Praxisbeispiele + Diskussion

Ich möchte auch betonen, dass es mir bei der Darstellung nicht darum geht, einzelnen Beteiligten mangelnde Kompetenz oder Unwilligkeit vorzuwerfen. Mir geht es vielmehr darum, die strukturellen Lücken in diesem Beispiel sichtbar zu machen. Natürlich sind es immer Menschen in ihrer Funktion und Rolle die sich verhalten, die Entscheidungen treffen, die Türen zu oder auf machen – aber die Rahmenbedingungen, in denen sie dieses tun, sollen im Fokus stehen.

Ich möchte Ihnen nun die Familie vorstellen:

Frau S. ist Krankenschwester. Nach mehreren Jahren der beruflichen Pause, die aufgrund der Versorgung und Erziehung der Kinder notwendig war, nimmt sie ab Anfang 2010 an einer umfassenden Weiterqualifizierung zur Fachkrankenschwester teil. Sie will wieder ins Berufsleben einsteigen. Im Verlauf spreche ich von ihrem Arbeitsplatz, da Frau S. ca. 30 Stunden für diese Qualifizierung – analog zu einem Arbeitsplatz – zur Verfügung stehen muss.

Frau S. lebt mit ihren beiden Kindern Franny und René im Hamburger Westen. Die Zwillinge sind im Jahr 1999 geboren, also 12 Jahre alt, als sich die Krise anbahnt und dann zuspitzt.

Das Verhältnis zum Kindsvater ist laut Aussage von Frau S. schwierig. Es gibt nur wenig Kontakt.

Franny besucht die Stadtteilschule im Quartier. Sie kommt dort gut zurecht. Franny wirkt insgesamt eher ruhig und schüchtern. Mit ihren beiden besten Freundinnen verabredet sie sich viel.

René besucht von 8.00 – 15.00 Uhr eine spezielle Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. René hat von Geburt an das Williams-Beuren-Syndrom.

Das Williams-Beuren-Syndrom (WBS) zählt zu den „seltenen Erkrankungen“ (es tritt mit einer Häufigkeit von 1:10.000 bis 1:7.500 auf). Seit 1993 ist bekannt, dass es spontan durch den Verlust von genetischem Material auf Chromosom 7 bei der Bildung der Keimzellen entsteht. WBS wurde in der medizinischen Literatur zum ersten Mal Anfang der 1960er-Jahre durch die beiden Kardiologen Williams und Beuren beschrieben. Lange Zeit war WBS nur Experten bekannt. Durch die zunehmenden Forschungsaktivitäten in den letzten 25 Jahren sind das Wissen und der Bekanntheitsgrad zum WBS gestiegen.

Als Leitsymptome können folgende Merkmale betrachtet werden:

- Gefäßverengungen und -veränderungen, insbesondere in Herznähe,
- typische Gesichtszüge (Elfengesicht, funny-face),
- Schielen,
- Kleinwuchs,
- leichte bis mittelschwere und schwere geistige Behinderung,
- Entwicklungsverzögerung (u. a. Laufen und Sprechen),
- typisches Persönlichkeitsprofil,
- Ess- und Trinkschwierigkeiten,
- Geräuschempfindlichkeit und
- musikalische Begabung.

Nun zu René:

Menschen die René kennen, beschreiben ihn als freundliches und aufgeschlossenes Kind. Er liebt Musik, hört gern Radio oder beschäftigt sich mit Murmeln oder anderen Spielsachen in seinem Zimmer. Er geht auch gern raus und hält sich in der Natur auf.

René spricht nicht, er lautiert und verständigt sich mit Gestik und Mimik.

René hat eine schwere kognitive Beeinträchtigung. Er ist für sein Alter recht groß und kräftig und da er Essen liebt und kein Sättigungsgefühl empfindet, hat er mit starkem Übergewicht (Adipositas) zu tun. Der

Praxisbeispiele + Diskussion

Kühlschrank muss immer abgeschlossen werden, da René sich ansonsten selbst bedient und alles aufessen würde. Es kommt immer wieder zu Streit und Auseinandersetzung, wenn es um das Thema Essen geht. René hat eine geringe Hemmschwelle und kann seine eigenen Kräfte kaum einschätzen.

Frau S. hat ein annehmendes und inniges Verhältnis zu beiden Kindern. Auch Franny und René verstehen sich grundsätzlich gut miteinander.

Zum Verlauf:

Mit Einsetzen der Pubertät im Jahr 2011, also vermutlich auch mit den körperlich-hormonellen Veränderungen, werden die Probleme mit René immer heftiger. René will ein „Nein“ immer häufiger nicht akzeptieren; insbesondere wenn es um Essen geht. Er reagiert mit Impulskontrollverlusten, die sich in Form von Kopfnüssen, beißen, gegen Wände hauen, mit Kot schmieren u. ä. äußern. Er wirkt in diesen Situationen wie außer sich.

Die Problematik verschärft sich zu Hause, in der Schule und in allen anderen Lebensbereichen. René's Wutausbrüche richten sich gegen alle Personen, die konsequent Grenzen setzen. Er unterscheidet offensichtlich nicht.

Frau S. hat schon seit einer längeren Zeit eine Mitarbeiterin zur Familienentlastung organisiert. Die junge Mitarbeiterin kommt mindestens einmal pro Woche und beschäftigt sich mit René am Nachmittag - überwiegend in der Wohnung. Die Mitarbeiterin versucht im Kontakt mit René das Thema Essen auszuklammern. Das gelingt nicht immer, so dass auch sie mit René in Auseinandersetzungen gerät. Sie mag René und hat eine kompetente Anleiterin von Leben mit Behinderung Hamburg.

Im Frühjahr 2011 beantragt Frau S. bei der Sozialbehörde eine zusätzliche stundenweise Unterstützung. Eine Hamburger Fachleistung aus der Eingliederungshilfe „Hilfen für Familien mit einem behinderten Kind“ wird vom Jugendpsychiatrischen Dienst für fünf Stunden wöchentlich befürwortet und vom Sozialamt bewilligt.

Eine Sozialpädagogin von uns übernimmt die stundenweise Unterstützung von René und zur Beratung von Frau S.

Nach mehreren Beratungsgesprächen mit unserer Mitarbeiterin und der Sozialpädagogin vom Jugendpsychiatrischen Dienst, entschließt sich Frau S. im Juni – um selbst durchzuatmen und auch um wieder etwas Zeit für Franny zu haben – eine Kurzzeitunterbringung für René zu suchen. Sie beantragt bei der KK die Kostenübernahme. In Hamburg gibt es zwei Einrichtungen, die dafür in Frage kommen. Der Plan sieht vor, dass zunächst eine Kurzzeitunterbringung für einen temporären Zeitraum gesucht wird, diese Einrichtung dann aber auch für einen dauerhaften Wohnplatz geeignet sein sollte.

Während sich die Suche nach einer Kurzzeitunterbringung hinzieht, kommt es im Dezember zu einem Vorfall in der Schule. René beißt während des Kuchenbackens der Klassenerzieherin ins Bein. Frau S. muss René sofort abholen. Bis Januar darf er nicht mehr zur Schule kommen.

Die Beraterin vom ReBBZ, dem regionalen Beratungs- und Bildungszentrum, rät Frau S. René zur Diagnostik und ggf. stationären Aufnahme im Sozialpädiatrischen Zentrum vorzustellen.

Im Januar 2012 findet ein Besichtigungstermin in einer der Kurzzeitunterbringungseinrichtung für Kinder und Jugendliche in Hamburg statt. Außerdem besichtigt Frau S. eine weitere Einrichtung in Schleswig-Holstein. René soll die anderen Jugendlichen kennenlernen, um anschließend zum Probewohnen zu

Praxisbeispiele + Diskussion

kommen. Frau S. ist begeistert von der Einrichtung und hofft auf eine positive Entscheidung. Bei beiden Einrichtungen besteht eine lange Warteliste.

Frau S. macht sich Sorgen um Franny, immer öfter kommt es auch zu Streit zwischen Franny und René. Franny wurde schon mehrmals gebissen. Franny wirkt jetzt oft sehr traurig, manchmal auch angespannt. Sie zieht sich vermehrt in ihr Zimmer zurück oder verbringt viel Zeit bei ihren Freundinnen. Franny äußert immer häufiger, dass sie sich wünscht, dass René auszieht.

Ende Januar kommt es erneut zu einem Vorfall in der Schule. René hat seinen Lehrer gebissen, er darf den Rest der Woche nicht mehr zur Schule kommen.

Zeitnah erfolgt ein Gespräch mit dem Schulleiter, dem Klassenteam, der Mitarbeiterin vom ReBBZ, der Mitarbeiterin von Leben mit Behinderung Hamburg und Frau S. Ergebnis: Bis eine stationäre Einrichtung gefunden ist, soll René nur halbtags beschult werden. Sollte René erneut beißen oder anderweitig jemanden gefährden, muss er sofort abgeholt werden und darf am folgenden Tag nicht in die Schule. Parallel sollte eine medikamentöse Einstellung auf den Weg gebracht werden.

Frau S. hat das Gefühl, dass René keine Chance mehr in seiner jetzigen Schule hat. Denn nach den letzten Vorfällen wurde René jeweils eine Woche vom Schulunterricht suspendiert. Außerdem ist er mehrfach nicht vom Fahrdienst abgeholt worden, so dass Frau S. ihren Arbeitsplatz verlassen musste, um die Beförderung zu sichern. Sie hat immer mehr Angst um ihren Arbeitsplatz.

Mitte Februar entscheidet die Schule, dass René nur noch solange zur Schule kommen kann, bis ein Wohnplatz zum Probewohnen gefunden ist. Aus Sicht der Schule kann außerdem nur ein Schulwechsel die Lösung sein.

Ende Februar findet das Probewohnen in Schleswig-Holstein statt. René hat starkes Heimweh, weint viel, isst nicht und wird nach drei Tagen von Frau S. abgeholt.

Ein Schulwechsel findet statt. René besucht nun eine andere spezielle Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in einem anderen Stadtteil.

In den darauffolgenden drei Monaten gibt es nur kleine Zwischenfälle. René scheint sich in der neuen Klasse wohl zu fühlen. Auch zu Hause entspannt sich die Situation für alle Beteiligten. Die Suche nach einer Wohnmöglichkeit rückt etwas in den Hintergrund.

Mitte Juni und im weiteren Verlauf kommt es auch in der neuen Schule zu fremdgefährdenden Übergriffen von René. Er beißt eine Lehrerin. Die Schule sieht sich, auch nach Rücksprache mit dem ReBBZ, nicht mehr in der Lage, René zu beschulen. Nach den Sommerferien muss er erst einmal zu Hause bleiben.

Die Untersuchung im Juni im Sozialpädiatrischem Zentrum ergibt, dass eine medikamentöse Einstellung nicht sinnvoll sei. Für eine stationäre Aufnahme, ggf. mit Frau S. gemeinsam, um Verhaltensweisen und Interaktionen zu beobachten und Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, gäbe es derzeit keinen Platz. Auch das zuständige Kinderkrankenhaus bei dem René vorstellig wird, rät von einer medikamentösen Behandlung ab.

Frau S. ist im Kontakt mit mehreren Wohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Es gibt derzeit jedoch keine freien Plätze. Sie nimmt außerdem Kontakt zum Fachamt Eingliederungshilfe auf und bittet um Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Unterbringung für René.

Frau S. ist verzweifelt. René kann nicht zur Schule. Er langweilt sich zu Hause. Es gibt immer mehr Streit. Sie weiß nicht, wie sie ihre Weiterbildung zu Ende bringen und ihren Arbeitsplatz erhalten soll, und um

Praxisbeispiele + Diskussion

Franny und René macht sie sich große Sorgen. Um die Betreuung von René zu übernehmen, nimmt sie sich zunächst nach den Sommerferien Urlaub.

Frau S. findet ab Mitte August eine Tagesmutter, die René nun acht Stunden betreut. Zunächst läuft alles ganz gut, dann nach ca. zwei Monaten, kommt es zu einem heftigen Vorfall. In einer Essenssituation geht René auf die Tagesmutter los. René schlägt seinen Kopf gegen eine Glastür, hinter der sich die Tagesmutter aus Angst verschanzt hat. Sie ruft laut um Hilfe. Nachbarn rufen daraufhin die Polizei. Als diese eintrifft, hat sich René wieder beruhigt. Die Tagesmutter kann sich eine weitere Betreuung von René nicht vorstellen. Sie hat Angst vor ihm.

Frau S. bittet ihre Schwester aus dem Ausland zu kommen, damit sie sich um René kümmert und Frau S. nicht ihren Arbeitsplatz verliert und ihre Weiterbildung abschließen kann. Die Schwester kommt Ende August nach Hamburg.

Anfang September verletzt sich René zu Hause in einer Auseinandersetzung am Kopf und beißt Frau S. mehrmals stark in den Arm. Sie fährt daraufhin mit René zu mehreren Krankenhäusern. Kein Krankenhaus will ihn aufnehmen. Im UKE endlich erhält Frau S. ein Gespräch und René wird untersucht. Frau S. erhält daraufhin Dippiperon Saft (Beruhigungsmittel) für zu Hause.

Am folgenden Tag fährt Frau S. ins Kinderkrankenhaus. Ihr erscheint die Dosierung der sedierenden Wirkung viel zu hoch, René ist kaum ansprechbar. René wird zunächst im Kinderkrankenhaus aufgenommen und medikamentös neu eingestellt.

Es steht noch eine Rückmeldung einer Wohneinrichtung in Schleswig-Holstein aus. Frau S. ruft an und erhält eine Absage - während des Probewohnens seien mehrere Mitarbeitende von René verletzt worden.

Unsere Mitarbeiterin (HfbK-Betreuung) hat ebenfalls große Schwierigkeiten mit René. Immer wieder kommt es bei Grenzsetzungen zu körperlichen Übergriffen.

Frau S. hat zu zwei weiteren Wohneinrichtungen in Lübeck und Bremen Kontakt aufgenommen.

In der ersten Woche der Herbstferien nimmt René am Ferienhortangebot von Leben mit Behinderung Hamburg teil. Die ersten vier Tage verlaufen ohne Probleme, am fünften Tag kommt es auch hier zu körperlichen Auseinandersetzungen.

In der zweiten Ferienwoche hospitiert René in einer Wohneinrichtung in Bremen. Es läuft gut. René steht auf der Warteliste.

Ende Oktober beginnt der Hausunterricht. Eine Sonderpädagogin kommt für drei Stunden wöchentlich zu René nach Hause. Er ist jetzt seit vier Monaten vom Schulbesuch suspendiert. Zunächst sollen einige Wochen Hausunterricht stattfinden und dann ist eine schrittweise Eingliederung in den Schullalltag geplant.

Anfang November nimmt unsere Mitarbeiterin in Absprache mit Frau S. Kontakt zur Pflegekinderstelle auf. Dort wird die Anfrage an die Sonderpflegestelle weitergeleitet - mit geringer Aussicht auf Erfolg, da es nur wenig Pflegefamilien gibt, die sich auf die besonderen Bedarfe von Kindern wie René einstellen können.

Frau S. körperliche und seelische Verfassung ist schlecht. Es gab erneut körperliche Auseinandersetzungen mit René. Sie hat ein blaues Auge und blaue Flecken an den Armen und ist krankgeschrieben. Frau S. weint viel und ist verzweifelt. Sie weiß nicht mehr, wie sie René gerecht werden soll. Sie macht sich große Sorgen um Franny, die viel zu kurz kommt.

Praxisbeispiele + Diskussion

Frau S: nimmt Ende November Kontakt zum Jugendamt auf. Sie schildert ihre schwierige Situation und bittet um Hilfe. Sie könne nicht mehr. Wenn sie keine Hilfe bekäme, wüsste sie nicht, was dann passierte. „Wenn ich keine Hilfe bekomme, stürze ich mich gemeinsam mit René vom Balkon oder ich setze ihn im Wald aus.“ Diese Aussagen zeigen die emotionale Verfassung von Frau S.

Die ASD Mitarbeiterin verweist an das Fachamt für EGH, da sie sich mit den Einrichtungen für behinderte Kinder nicht auskenne und sie auch nicht zuständig sei.

Frau S. nimmt noch einmal Kontakt zum Fachamt Eingliederungshilfe auf. Das Fachamt sei aber für Not-situationen nicht zuständig, Frau S. solle sich an den KJND wenden. Das Fachamt würde sich aber um einen Dauerunterbringungsplatz kümmern.

Bremen meldet sich. Sie hätten einen Patz für René. Der Leiter der Einrichtung wolle wegen der Kosten-übernahmeklärung Kontakt zum Fachamt in Hamburg aufnehmen. Später gibt es dann doch eine Absa-ge der Einrichtung.

Durch die Telefonbereitschaft von „Leben mit Behinderung Hamburg“ über die Weihnachtszeit gibt es viele unterstützende Beratungsgespräche in dieser Zeit. Der Jugendpsychiatrische Dienst übernimmt dafür die Kosten.

Franny will, obwohl sie kein gutes Verhältnis zu ihrem Vater hat, dort hinziehen. Sie hält die ständigen Auseinandersetzungen und die Sorgen der Mutter nicht mehr aus.

Im Frühjahr 2013 findet Frau S. dann endlich eine Einrichtung in Niedersachsen. René zieht nach einem gelungenen Probewohnen dorthin. Es gefällt ihm gut. Es kommt anfänglich zwar auch zu vielen Auseinandersetzungen, aber letztendlich machen vermutlich die klaren Strukturen, das gute Fachpersonal, die reizarme Umgebung, das große Grundstück mit der Möglichkeit viel draußen zu sein und die gute medi-kamentöse Einstellung das Gelingen möglich.

Franny ist nicht zu ihrem Vater gezogen.

Frau S. schaffte mit viel Kraft ihren Abschluss. Sie besucht René nun oft in seiner Wohneinrichtung, auch gemeinsam mit Franny.

Diskussion

Der Fall bewegt sich im Rahmen des § 8a SGB VIII. Das Jugendamt hätte die Mutter nicht wegschicken und einfach an den Kinder- und Jugendnotdienst verweisen dürfen. **Der ASD ist im Rahmen von § 8a SGB VIII so lange zuständig, bis die zuständige Stelle übernimmt!** Man hätte auf jeden Fall handeln und eine Kinderschutzmeldung auf den Weg bringen müssen.

Überforderung der Eltern und der Systeme

Beim ASD und in den Jugendhilfeeinrichtungen herrscht eine große Unsicherheit - nicht Unwilligkeit -, mit Kindern mit starken Verhaltensauffälligkeiten umzugehen. Sie verfügen nicht über die notwendigen Kenntnisse und Expertisen - was man auch nicht einfach voraussetzen kann. Einrichtungen drohen dem ASD damit, „schwierige“ Kinder wieder zu ihnen zurückzuschicken. Einerseits gibt es viel zu wenig Plätze für Kinder mit solchen Auffälligkeiten, andererseits gibt es ein fachliches Problem im Umgang mit diesen Kindern. **Wir werden z. B. massiv aufgefordert, Medikamente zu geben, um den Mitarbeitern das Leben zu erleichtern.** Die Forderungen kommen sowohl von Einrichtungen als auch von Schulen, damit die Kinder „funktionieren“ und nicht stören. **Aber das ist Kindeswohlgefährdung, wenn wir die Kinder**

Praxisbeispiele + Diskussion

mit Medikamenten ruhigstellen. Es besteht in den vorhandenen Einrichtungen aber die große Herausforderung, dafür das Fachpersonal zu finden, weil im Umgang mit diesen Kindern und Jugendlichen Verletzungen nicht ausgeschlossen werden können. Man kann nicht einfach nur beschließen, Kinder mit starken Verhaltensauffälligkeiten zu betreuen, sondern man muss sich gut überlegen, WIE man es macht, was man dafür für Menschen braucht und ob das Fachpersonal nicht wieder verloren geht, wenn es zu belastend wird. Das ist wirklich schwierig. Es wird meist nicht offen gesagt, dass dafür plädiert wird, den Kindern Medikamente zu geben. Aber damit wird echt Schindluder getrieben. Viele Eltern möchten ihrem Kind keinen Hustensaft mit Alkohol geben, aber es ist erschreckend, was wir diesen Kindern geben. Viele Eltern werden gesellschaftlich dazu genötigt, ihren Kindern solche Medikamente zu geben, weil die Kinder sonst nicht (er)tragbar sind.

Viele Familien, die über Jahre eine derart anspruchsvolle Versorgung leisten, benötigen gelegentlich eine kurzfristige Entlastung. In Hamburg gibt es immerhin „Hände für Kinder“, aber in vielen Regionen ist so etwas für Kinder überhaupt nicht vorgesehen. Dort wird mitunter auf die Kurzzeitpflege von Senioren verwiesen, weil die Finanzierung über die Pflegekasse läuft. Aber das ist für Kinder, vor allem für Kinder mit speziellen Verhaltensweisen absolut nicht geeignet. Mitunter haben Kinder mit Behinderungen Eltern, die selbst kognitiv nicht so fit oder der Sprache nicht so mächtig sind. Daher ist es umso wichtiger, dass es Vereine gibt, die die Eltern begleiten. Wenn es für fitte Eltern schon kaum möglich ist, eine entsprechende Einrichtung zu finden, wie soll es Eltern gelingen, die nicht über solche Potenziale verfügen? Suizidandrohungen von Eltern aufgrund massiver Überlastung sind sehr ernst zu nehmen. Auf die vorhandenen therapeutischen Plätze warten die Kinder etwa ein Jahr, weil sie sehr personalintensiv sind, wenn man therapeutisch und auch perspektivisch arbeiten will. Wir haben gute Konzepte erarbeitet, die medikamentenarm oder sogar medikamentenfrei im therapeutischen Setting laufen, aber es gibt keine Anschlusseinrichtungen, die dieses Setting anbieten.

Es zeigt sich eine Überforderung bei den verschiedenen Stellen und wenig koordinierte Zusammenarbeit. Es ist wichtig, dass das Fachwissen vor Ort vorhanden ist, denn die Mitarbeiter im Jugendamt und in der Eingliederungshilfe kennen die spezifischen Besonderheiten nicht immer. Daher ist eine Verknüpfung mit Menschen notwendig, die mit Spezialwissen auf das Kind schauen können. Und Zeit wird gebraucht!

Das müssen wir an das Bundesministerium melden: Wir können nicht länger warten! Wir können nicht noch auf weitere Dialogforen warten. Es besteht dringender Handlungsbedarf, vor allem in der Zusammenarbeit, die Wechselwirkungen hat. Und dies ist auch ein Ressourcenproblem. Eine Große Lösung kann nicht additiv passieren. Wir werden über neue Systeme reden müssen. Das haben wir bereits in den anderen Dialogrunden festgestellt und merken immer deutlicher, dass wir dieses neue System schnell zusammenbringen müssen, um der Realität des Lebens zu entsprechen. Es sind nicht nur Einzelfälle. Es wird immer deutlicher, in welcher Form das System funktionieren muss.

Ausstattung der Systeme und Stärkung der Regelsysteme

Es finden sich in etlichen Bereichen schwierige Fallverläufe, die dazu führen, dass am Schluss sehr teure Hilfen stehen. Diese sind z. T. einer mangelhaften Fallsteuerung, einem falschen Angebot oder auch der Selbstüberschätzung von einigen Trägern geschuldet, die gar nicht über das richtige Setting und/oder keine ausreichende Qualifikation verfügen. Die Probleme zeigen sich demnach in der Zusammenarbeit der Systeme und in der Ausstattung der Systeme.

Immer wieder geht es darum, Kosten zu minimieren, aber der Denkansatz sollte sein: Unsere Familien sind es wert, dass wir vernünftige Qualifikationen und Settings sowie auskömmliche Ressourcen für Fall-

Praxisbeispiele + Diskussion

steuerung zur Verfügung stellen. Die Kollegen in den Behörden – ob in der Eingliederungshilfe oder in der Jugendhilfe – haben häufig nicht die zeitlichen Ressourcen, in der Regel übergreifendes und ganzheitliches Fallmanagement zu betreiben. Die fachlichen Ansätze gehen immer mehr in Richtung einfachen Casemanagements, d.h. Vergabe und Überprüfen von Aufträgen. Auch wenn die Jugendhilfe nicht für die Eingliederungshilfe zuständig ist, muss die Familie, die Hilfe sucht, entsprechend ihres Bedarfs beraten werden und der Fall ganzheitlich gesteuert werden. Unabhängig vom Kinderschutz kann man sich auch als Jugendamt intensiv mit der Familie und ihren Problemen ganzheitlich auseinandersetzen. Es stellt sich daher die Frage, wie die Strukturen ausgestattet sind, welche Qualifikation wir wollen und wozu wir bereit sind.

Wir verfügen nicht über genügend passende Anschlusssysteme und haben deshalb eine lange Verweildauer in der Inobhutnahme. In Düsseldorf werden Systeme gesucht, die die in sechs Kategorien geclusterten Problembereiche bearbeiten können: psychologische, medizinische u.a. Problematiken. Es werden Anschlusshilfen gesucht, die in den Trägern in Düsseldorf organisiert werden können, um eine direkte Überleitung zu schaffen. Je länger die Verweildauer in der Inobhutnahme ist, umso schwieriger wird die Situation. Es sind schnelle Lösungen notwendig, aber diese Hilfen müssen kreiert werden. Sie sind teuer, trotzdem unerlässlich. Das ISA untersucht zurzeit schwierige Fallverläufe von verschiedenen Jugendämtern. Es gibt Fälle, die 800 Euro pro Tag kosten, weil es schließlich nicht mehr anders möglich war – bis hin zum Einsatz von Security. Die Spitze lag bei 1.200 Euro pro Tag. Insofern stehen wir selbst in der Verpflichtung. Das Laborieren am aktuellen Zustand reicht nicht aus, wir müssen lösungsorientiert denken. ISA will über ein halbes Jahr die Fälle analysieren. Daraus lassen sich sicherlich Erkenntnisse für die praktische Arbeit ziehen und diese werden auch mit der Eingliederungshilfe zu tun haben.

Die Jugendämter, die sich an spezialisierte Einrichtungen wenden, sind in Not und sind in der Regel auch bereit, die hohen Entgelte, die wir für diese Angebote brauchen, zu zahlen. Das Problem besteht auch nicht darin, hochspezialisierte Maßnahmen anzubieten, zu entwickeln und zu konzeptionieren. Problematischer sind die Auseinandersetzungen mit den unterschiedlichen Bezirksämtern und in den Bundesländern zu den Regeleinrichtungen. Bei einigen Personalschlüsseln (bspw. vier Fachkräfte für zehn Plätze) stellt sich die Frage, welche Erwartungshaltung dahinter steckt, dort Hilfen zur Erziehung zu leisten. Wir müssen eigentlich zunächst einen Schritt zurückgehen und uns erst einmal die Regelangebote und -leistungen sowie die Ressourcen der Kommunen in Bezug auf die Möglichkeit, gutes Fallmanagement zu leisten, ansehen. Die Sozial- und Jugendämter müssen im Hinblick auf ihre Ressourcen gestärkt werden.

Wir müssen von den Leistungen ausgehen, die zu beschreiben sind, und erst dann über Entgelte und Personaleinsatz diskutieren. Erst müssen wir darauf schauen, welche Leistungen sinnvoll sind. Jeder Tag, den wir weniger brauchen, weil richtig begonnen wurde, ist ein Gewinn.

Wenn Kinder aufgrund einer spezifischen Bedarfslage nicht in Schule oder Kita integriert werden können, betreuen die Familien die Kinder ganztägig zu Hause und so entsteht bei denen, die eine Entlastung brauchen, eine noch höhere Belastung. Somit werden spezialisierte Einrichtungen für Fälle notwendig, für die eigentlich auch andere Lösungen möglich wären. In Berlin fehlen mittlerweile 3.000 Kindertagesplätze – für alle Kinder, nicht nur für Kinder mit besonderen Bedarfen. Die meist überbelegten Kitas suchen sich unter diesen Umständen lieber Kinder aus, die möglichst einfach sind. Übrig bleiben die Kinder mit speziellen Bedarfen und das betrifft dann die Familien, die ohnehin einer sehr hohen Belastung ausgesetzt sind. Das Regelsystem ist dringend zu stärken und dazu sind auch multiprofessionelle Teams aufzustellen, damit Kinder mit besonderen Problemlagen integriert werden können.

Praxisbeispiele + Diskussion

Regelangebote sind so auszubauen, dass wir gar nicht mehr über Inklusion reden müssen, weil diese inklusiv sind. In Düsseldorf wurde entschieden, dass, wenn Inklusionsplätze vorhanden sind, immer ein Platz freigehalten wird, um die Belastung in den Einrichtungen geringer zu halten. Wir verfügen zurzeit über 600 Einzelintegrationsplätze und gleichzeitig über 600 freie Plätze. Das bedurfte eines umfangreichen Diskussionsprozesses, zumal außerdem 2.000 Familien einen Platz suchen. Das ist eine Frage, in welche Richtung dieser Bereich austangiert werden soll und wem man gerecht werden will, denn allen kann man zurzeit in der Masse nicht gerecht werden. Der Wille zur Stärkung der Regeleinrichtungen ist vorhanden, aber der öffentliche Druck geht mitunter in eine andere Richtung.

Inklusion muss an den Kindern mit den höchsten und komplexesten Bedarfen gemessen werden. Das ist der Maßstab. Ansonsten ist eine Einrichtung nicht inklusiv. Das heißt nicht, dass wir keine spezifischen Angebote brauchen. In Hamburg ist Inklusion per Schulgesetz verordnet und es findet ein Übergang von sogenannten Schwerpunktschulen statt, um den Peergedanken nicht zu verlieren und weil man die wenigen Kinder nicht vereinzelt haben will. Auf der anderen Seite verfügt man nicht über so viele Sonderpädagogen, um sie in alle Schulen zu verteilen. Das führt jedoch dazu, dass das Schulgesetz nicht konsequent umgesetzt werden kann und die Schulen nicht über die entsprechende Ausstattung verfügen, sodass die Sonderschulen in Hamburg weiterhin bestehen und sogar wieder stark zugenommen haben. Das Thema Inklusionsschule stagniert in Hamburg und ist sogar rückläufig. Das kommt daher, weil die Kinder mit besonderen komplexen Bedarfen und höheren Barrieren in den Schulen nicht anlanden. Daher ist es wichtig, den Maßstab derjenigen mit einem hohen Hilfebedarf als Indikator für Inklusion zu berücksichtigen.

In Hamburg läuft die Unterbringung von Kindern in die Jugendhilfe in der Regel über die Angebotsberatung. Seitdem Inklusion an Schulen betrieben wird, hat die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zugenommen, die als nicht beschulbar bezeichnet werden. Das heißt zum Beispiel für das Kind im eben beschriebenen Fall: Wäre es in der Schule gut gelaufen und man hätte im System etwas gefunden, hätte dieses Kind nie untergebracht werden müssen, wenn die Mutter zusätzlich noch eine gute Unterstützung bekommen hätte. Daher ist aus meiner Sicht Schule gefordert. Die Lösung kann nicht darin liegen, dass wir aufgrund von Nichtbeschulbarkeit immer mehr Kinder unterbringen müssen. Meist handelt es sich zudem um besonders teure Fälle, die ich klinische Jugendhilfe nenne. Die Kinder und Jugendlichen haben eigentlich keinen pädagogischen Bedarf, sondern einen medizinischen. Wir müssen sie mit sehr hohen Kosten unterbringen und wissen, dass sie mit 21 Jahren in die Psychiatrie gehen. Wir behalten sie nur so lange „am Leben“, bis sie 21 Jahre alt werden. Dafür gibt es keine geeigneten speziellen Einrichtungen. Ich hoffe, dass es mehr davon auch regelhaft gibt, damit wir nicht immer Einzellösungen erfinden müssen, die sehr viel Geld kosten.

Im Bezirk Oberpfalz hat man sich des Problems des Verschiebebahnhofes zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie angenommen. Die Verantwortung wird bisher zwischen den Systemen hin und her geschoben. Die Schule bezeichnet ein Kind als nicht beschulbar, der freie Träger nimmt das Kind nicht auf, weil es „zu schwierig“ ist oder der freie Träger möchte etwas spezielles anbieten, aber die Heimaufsicht geht nicht mit. Um diesen Zustand zu verbessern, wurde im Sommer des letzten Jahres ein Kreis der Beteiligten geschaffen, das sind die Jugendämter der Oberpfalz, die Heimaufsicht, die örtliche Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Schulaufsichtsbehörde. Dieser Kreis überlegt, welche Einrichtungen wir brauchen, um diese ganz besonderen Jugendlichen unterbringen zu können. Es soll ein Konzept erarbeitet werden, das keine Ausschlusskriterien zulässt. Die Maßnahmen sollen an der individuellen Situation der Jugendlichen ausgerichtet sein. Es soll eigentlich auch keine Möglichkeit geben, diese Jugendlichen schneller wieder zu entlassen. Das soll entweder in öffentlicher Trägerschaft passieren oder wir finden tatsächlich einen freien Träger, der sich darauf einlässt. Wir planen das mit 4 bis 5 Plätzen zu Beginn, die jeweils etwa 600 Euro pro Tag kosten werden. Alle, die

Praxisbeispiele + Diskussion

bisher die Verantwortung hin und her geschoben haben, überlegen sich nun eine eigene Einrichtung.

Das ist ein mutiger Schritt und auch notwendig, denn Inobhutnahme ist eine öffentliche Aufgabe. Und wenn Sie keinen freien Träger finden, ist es eine öffentliche Aufgabe, für die Unterbringung zu sorgen. Solche und ähnliche Wege müssen wir einfach gehen, um überhaupt einmal Angebote machen zu können. Ansonsten versuchen wir weiterhin, die Standardprobleme zu lösen, und erzeugen Dreh-türeffekte. Das ist nicht sinnvoll.

Praxisbeispiel 4: Inobhutnahme und Krisenintervention - wie inklusiv sind „wir“?

Kinderschutz muss auch für Kinder und Jugendliche mit (schweren) Beeinträchtigungen stärker in den Fokus genommen werden

Bericht aus der Kurzzeitwohngruppe Brücke, die für Inobhutnahme und zur Krisenintervention für Familien mit behindertem Kind bzw. Kindern von umliegenden Jugendämtern angefragt wird

DETLEF VINCKE

Die Region Bielefeld fasst alle Angebote für junge Menschen zusammen, d. h. wir haben einen großen Jugendhilfebereich, außerdem einen Bereich Junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen/Suchterkrankungen und sozialen Schwierigkeiten. Ich selbst bin zuständig für alle Angebote für junge Menschen mit einer Behinderung.

Die Kurzzeitwohngruppe Brücke

Die Kurzzeitwohngruppe Brücke liegt mitten in Bethel, im Obergeschoss des Hauses Noah. Dort sind Betreuungszeiten von einer Übernachtung bis zum mehrwöchigen Aufenthalt möglich – je nach individuellem Bedarf. Es wird eine langfristige und verlässliche Jahresplanung mit allen Familien angelegt, was schon darauf hindeutet, dass kurzfristige Anfragen manchmal nicht bedient werden können. Flexible Terminvergaben bei kurzfristigen Anfragen sind aber nicht ausgeschlossen.

Diese Einrichtung ist keine Kurzzeitpflegeeinrichtung, sondern eine SGB-XII-Einrichtung, die eine Betriebserlaubnis gemäß § 45 SGB VIII hat. Es stehen acht Plätze zur Verfügung, wir können aber bis zu 16 Personen betreuen, weil die Zimmer doppelt belegt werden können. Es kommt auf das Setting an, welche jungen Menschen zusammenkommen. Es gibt Konstellationen, in denen wir guten Gewissens 16 junge Menschen gleichzeitig betreuen können.

Bei der Kurzzeitwohngruppe Brücke handelt es sich um ein Leistungsangebot der Eingliederungshilfe. Wir haben eine Leistungs-, Prüf- und Vergütungsvereinbarung mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Es ist ganz bewusst nicht als SGB-XI-Einrichtung konzipiert, weil die Vorgaben für SGB-XI-Einrichtungen uns durchaus auch fachlich-inhaltlich in eine Richtung schieben, die zu der Klientel, die wir betreuen wollen, überhaupt nicht passt.

In der Einrichtung haben wir es mit sehr verschiedenen Situationen zu tun, weil wir es mit sehr individuellen Hilfebedarfen zu tun haben, in erster Linie mit zwei Leistungstypen: Leistungen für junge Menschen, die nur eine geistige Behinderung haben, und für junge Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen Problematiken – sowie drei Hilfebedarfsgruppen. Das heißt, die Tagessätze bei uns erstrecken sich von 170 Euro bis 220 Euro am Tag.

Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch die Angehörigen im Vorfeld über das Sozialamt bzw. direkt beim LWL und bei der Pflegekasse, denn Verhinderungspflege muss zuerst eingesetzt werden und die Eingliederungshilfe ist nachrangig. Mit dem LWL besteht allerdings seit einigen Jahren die Vereinbarung, dass, wenn die Verhinderungspflege für Familienunterstützende Dienste eingesetzt werden soll und die

Praxisbeispiele + Diskussion

Familie das bereits so geplant hat, die Eingliederungshilfe darauf verzichtet, dass die Verhinderungspflege dafür eingesetzt wird, und sofort in die Finanzierung einsteigt.

Das Leistungsangebot gibt es seit 1983 in Bielefeld. Der Leiter der Einrichtung ist seit vielen Jahren in der Arbeitsgemeinschaft beschäftigt, die sich um die Kurzzeitbetreuung kümmert. Nach langer Zeit ist es uns in Nordrhein-Westfalen gelungen, auch dem LVR nahezubringen, dass es durchaus einen Bedarf für Kurzzeitbetreuung in der Eingliederungshilfe gibt. Dieses Angebot ist in Deutschland noch nicht verbreitet. Wir halten das Angebot aber, in Abgrenzung zur Kurzzeitpflege, für sehr wichtig.

2015 konnte das Angebot in den Neubau in Bielefeld Bethel umziehen. Das Haus liegt fußläufig zur Marmre-Patmos-Schule. Das ist eine Förderschule mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung. Das hat große Vorteile für uns, weil es vielen Schülern dieser Schule ermöglicht, auch in der Woche unsere Angebote in Anspruch zu nehmen. Es ist ein strukturelles Problem, auch von Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Kinder, dass diese häufig in wirtschaftliche Schwierigkeiten kommen, weil die Kinder an den Wochentagen selten das Angebot annehmen können, wenn sie ihre Schule besuchen.

In der Kurzzeit-WG Brücke werden jährlich 130 – 150 Kurzzeitgäste im Alter von 4 – 17 Jahren betreut. Das heißt, es kann auch ein Kind vor der Schulpflicht aufgenommen werden. In unseren stationären Einrichtungen ist eine Aufnahme erst möglich, wenn das Kind zur Schule geht.

Viele der Gäste haben Mehrfachdiagnosen. Neben der geistigen Behinderung kommen körperliche Einschränkungen (durchaus mit einem hohen pflegerischen Bedarf), Autismus-Spektrum-Störung, Epilepsie und zunehmend herausforderndes Verhalten hinzu. Gelegentlich verbleiben die jungen Gäste in der Kurzzeitwohngruppe, bis ein Platz für stationäres Dauerwohnen gefunden wird.

Leistungsangebot und Kompetenz

Das Haus ist barrierefrei und verfügt über einen Aufzug. Ein großer Garten mit Terrasse, Rundwegen und Spielgeräten ist für die Kinder und Jugendlichen frei zugänglich und jederzeit nutzbar. Das Haus liegt mitten im verkehrsberuhigten Kerngelände.

Die stationäre Betreuung beinhaltet Förderung, Erziehung, Assistenz und Pflege für Kinder und Jugendliche, die dauerhaft auf Unterstützung, Begleitung und/oder Beaufsichtigung angewiesen sind.

Die Mitarbeiterschaft der Einrichtung ist multiprofessionell zusammengesetzt (sozial- und heilpädagogische, pflegerische und hauswirtschaftliche Qualifikationen). Die Kurzzeitwohngruppe Brücke verfügt über eine Nachtwache, die neben der Kurzzeitwohngruppe auch für die Intensivplätze im Erdgeschoss der Einrichtung zuständig ist. Dort kann z. B. Sauerstoff überwacht, abgesaugt und Sondenernährung gegeben werden kann. Die beiden Bereiche arbeiten eng zusammen. Bei Bedarf befindet sich zusätzlich zur Nachtwache eine Nachtbereitschaft in der Kurzzeitwohngruppe.

Ergänzend zu den Alltagsroutinen der Betreuung in der Kurzzeitwohngruppe gibt es diverse Aktivitäten, die die Familien entlasten und für die Entwicklung der jungen Menschen bedeutsam sind:

- Zweimal im Jahr werden Ferienfreizeiten für acht bis 12 Gäste angeboten (fünf bis sieben Tage). Das spielt vor allem eine Rolle, wenn die Eltern mit ihren nicht-behinderten Kindern in den Urlaub fahren wollen und nicht das Gefühl haben sollen, dass die Kinder mit Behinderung irgendwo nur verwahrt werden.
- Regelmäßig beteiligt sich die WG Brücke an dem inklusiven 5x5-km-Lauf in Berlin, aus Bielefeld beteiligen sich dabei 60 – 70 Personen mit und ohne Behinderung.

Praxisbeispiele + Diskussion

- Seit drei Jahren werden regelmäßig Wochenendevents angeboten. Wir bieten sie unter der Bezeichnung Jungen-, Mädchen- oder Familienwochenenden an. Die Jungen- oder Mädchenwochenenden sind ein spezielles Angebot für Geschwisterkinder gleichen Geschlechts und ihre Mutter oder ihren Vater. Diese Angebote werden sehr gern in Anspruch genommen. Beim Familienwochenende wird auch schon mal im Garten der Kurzzeitwohngruppe gezeltet.
- „Fit fürs Leben“: Es werden spezielle Programme zur Verselbständigung konzipiert und angeboten. Dafür brauchen wir die hauswirtschaftliche Fachkraft. Die jungen Menschen mit geistiger Behinderung sind immer sehr stolz darauf, wenn sie am Ende ein Zertifikat bekommen. Die Familien melden zurück, dass
 - ihre Kinder Hilfe im Haushalt wesentlich aktiver anbieten,
 - die Kinder selbständiger in der Erledigung ihrer Tagesaufgaben zu Hause geworden sind.

Die Eltern erzählten uns von einer Zunahme der eigenen Ruhe, Geduld und des Glaubens an ihre Kinder.

Anfragen und Wünsche der Jugendämter

Seit einigen Jahren fragen zunehmend Jugendämter an. Zunächst kamen die Anfragen eher unspezifisch und es wurde zumeist nach einem (irgendeinem) kurzfristig freien Platz für eine stationäre Aufnahme gefragt, oft, ohne genauere Angaben zum Hilfebedarf des Kindes machen zu können. Im Gespräch wurde dann meist deutlich, dass der erhebliche Druck darauf beruhte, dass ein Kind mit Behinderung aus seiner Ursprungsfamilie herausgenommen werden sollte/musste und Inobhutnahme-Einrichtungen der Jugendhilfe sich überfordert sahen. Es fanden sich dann auch keine Bereitschaftspflegefamilien.

Auf Nachfrage beim Landesjugendamt wurden wir darauf hingewiesen, dass unsere Betriebserlaubnis Inobhutnahmen nicht zulassen. Mir ist auch im Bereich des LWL keine Einrichtung für junge Menschen mit Behinderung bekannt, in deren Betriebserlaubnis Inobhutnahme eingeschlossen ist. Aber ...

... es gibt ja die Kurzzeit-WG Brücke, wo ohnehin jemand Urlaub machen kann oder anruft und am nächsten Tag für eine Nacht dort bleibt, was praktisch einer Inobhutnahme gleichkommt.

Seit ca. vier Jahren sind die Anfragen der Jugendämter aus Ostwestfalen-Lippe präziser und gehen zumeist auch direkt an die Leitung der Kurzzeitwohngruppe. Kurze Wege sind wichtig und in der Jugendhilfe auch eigentlich üblich. In der Eingliederungshilfe ist das etwas anders. Wir haben eine eigenständige Leistungsvermittlungsabteilung. Aber für diese Art der Anfragen geht es in den direkten Austausch. Die Eingliederungshilfe fühlt sich seit einigen Jahren der Regionalisierung und Sozialraumorientierung verpflichtet, daher sind die anfragenden Jugendämter aus Ostwestfalen-Lippe. Wir würden Anfragen aus Hamburg mittlerweile nicht einmal mehr beraten, weil wir der Auffassung sind, dass sich das Land Hamburg selbst kümmern muss. Das sagen wir auch in Bezug auf das Rheinland, da das Rheinland einen eigenen Landschaftsverband hat.

Es gibt Anfragen zur Krisenintervention, bspw.

- wenn das Jugendamt in einer Familie tätig ist und mitbekommt, dass die Mutter vorübergehend in eine Klinik muss,
- ein Familiensystem vorübergehend unter der Woche überlastet ist und sich um das Kind mit Behinderung nur an Wochenenden angemessen kümmern kann. Dadurch bekommen wir eine Art Internatsfunktion, die relativ leicht umzusetzen ist, da innerhalb der Woche meist noch Plätze zur Verfügung stehen.

Praxisbeispiele + Diskussion

Es gibt Anfragen zur „Inobhutnahme“, bspw.

- wenn das Jugendamt in einer Familie tätig ist und den Eindruck hat, dass das Kindeswohl des behinderten Kindes gefährdet ist,
- wenn das Jugendamt eingeschaltet wird, weil eine Flüchtlingsfamilie ein behindertes Kind „dabei hat“ und der Eindruck besteht, dass das Kindeswohl gefährdet ist, weil sich die Familie nicht angemessen um das Kind kümmert,
- wenn das Jugendamt darauf hingewiesen wird, dass eine Familie sich nicht um die angemessene Entwicklung des/der behinderten Kindes/r kümmert, bspw. Schulbesuche eher sporadisch erfolgen. In einem aktuellen Fall hat die Mamre-Patmos-Schule das Jugendamt eingeschaltet.

Anfang 2017 fragte das Jugendamt Bielefeld uns an, ob wir nicht für das Jugendamt ein Konzept für die Krisenintervention für Flüchtlingsfamilien mit behinderten Kindern entwickeln könnten. Diese Frage stand im Zusammenhang mit der zu dieser Zeit noch bestehenden erheblichen Anforderungen in Bezug auf ankommende Flüchtlinge. Mittlerweile sind die Zahlen etwas zurückgegangen. Diese Anfrage zeigt aber durchaus Probleme auf.

Grenzen und Problemlagen

Es gibt keine Garantie dafür, dass in der Brücke jederzeit ein entsprechender Platz frei ist. An Wochenenden und in Schulferien ist die Kurzzeitwohngruppe bereits ab Beginn eines Jahres ausgebucht.

Es gibt absehbare Belegungskonstellationen, die eine kurzfristige Aufnahme eines Kindes auf Grund seines individuellen Hilfebedarfs nicht zulassen – bspw. wenn bereits viele Kinder mit umfassendem pflegerischen Bedarf betreut werden und das Kind, das aufgenommen werden soll, hochgradig fremdgefährdend ist.

Im Austausch mit dem Jugendamt Bielefeld zu dem zuvor angesprochenen neuen Konzept wurde abgeschlossen, dass eine „Freihaltepauschale“ verhandelt werden könnte. Eine „Platzierung“ durch ein Jugendamt schließen wir generell aus, da immer die Belegungssituation insgesamt für eine Aufnahme beachtet werden muss (s. o.).

Bei sehr kurzfristigen Aufnahmen durch ein Jugendamt wird die Zusage der Kostenübernahme des Jugendamtes schriftlich benötigt. Das Jugendamt geht in der Regel davon aus, dass eine Einrichtung einen bestimmten Tagessatz hat. Bei uns jedoch können die Tagessätze stark schwanken. Daher brauchen wir vor der Klärung des tatsächlichen Hilfebedarfs eine Aussage des Jugendamtes, dass die Kosten übernommen werden. Da bei diagnostizierter Behinderung der Leistungsträger der Eingliederungshilfe zuständig ist, werden Kostenzusagen gerne auch mal kurzfristig nach erfolgter Aufnahme zurückgenommen.

Ist ein längerfristiger Verbleib in stationärer Wohnbetreuung vorgesehen, sollte ein Wechsel formal nach sechs Wochen erfolgen. Dies ist kaum realistisch, da Aufnahmeprozesse in der Eingliederungshilfe meist länger brauchen und der, dem Hilfebedarf des Kindes entsprechende, freie Platz gefunden werden muss sowie alle Formalien, inklusive Heimvertrag mit sorgeberechtigten Personen, vor der Aufnahme bearbeitet sein müssen. Wenn wir den Eindruck haben, dass absehbar ein stationärer Dauerplatz zur Verfügung steht, der genau dem Hilfebedarf des jungen Menschen entspricht, kann dieser junge Mensch in der Kurzzeit-WG verbleiben, bis tatsächlich alle notwendigen Formalien abgearbeitet sind.

Praxisbeispiele + Diskussion

Bei erheblicher Fremd- und Selbstgefährdung durch den jungen Menschen muss seit Oktober 2017 ein entsprechender richterlicher Beschluss vorliegen. Der „elterliche Wille“ und die Zustimmung zu heilpädagogisch erforderlichen Maßnahmen mit Freiheitsbeschränkung reichen nicht mehr. Das halten wir für durchaus richtig, obwohl es in der Bearbeitung mitunter etwas hinderlich ist, weil viele Kinder mit Behinderungen auch zu Hause mit freiheitsentziehenden Maßnahmen leben, z. B. mit speziellen Betten. Bei der Kurzzeitbetreuung versuchen wir, das Kind möglichst wenig Veränderung spüren zu lassen. Das heißt, wir haben die gleiche Ausstattung, die das Kind von zu Hause kennt. Die Familie braucht keinen richterlichen Beschluss, wir hingegen schon. Das bedeutet eine Verzögerung in der Bearbeitung, sodass wir uns Wege überlegen müssen, wenn es um sehr kurzfristige Aufnahmen geht. Es gibt zwar im Gesetz die Möglichkeit, mit dem Hinweis auf „Gefahr in Verzug“ erst einmal so zu beginnen und die richterliche Entscheidung nachzuholen. Aber gerade bei Inobhutnahmen besteht die Schwierigkeit, dass dies die sorgeberechtigten Eltern beantragen müssen. Zumindest müssen sie vor dem Richter erkennen lassen, dass sie diese Maßnahme wünschen. Es ist allerdings fraglich, ob die Eltern das bei einer Inobhutnahme unterzeichnen.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Diskussion

Es gibt offenbar Möglichkeiten, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so auszulegen, dass man optional eine gelungene Hilfe leisten kann, wenn der Wille, ein solches Setting anzubieten, im Vordergrund vor der Frage nach der rechtlichen Einordnung steht.

Manchmal ist es sinnlos, im eigenen Sozialraum zu suchen, wenn gerade die Entfernung sehr wichtig ist und der eigene Sozialraum das Problem ist. Man könnte jedoch im Umland nach einer Lösung suchen und die Hamburger Jugendlichen nicht gleich nach Bielefeld schicken wollen. Wir würden aber den Einzelfall prüfen. Es ist gut, wenn man die Bedarfe im Umfeld abdecken kann und die Präferenz bei den Anbietern im Umfeld liegt. Die vorhandenen Einrichtungen haben keine Probleme, voll belegt zu werden.

Wenn es um Schnittstellenaufgaben geht, um solche Konzepte oder begleitete Elternschaft o.ä., gestalten sich die Planungs- und Abstimmungsprozesse zwischen Jugendamt und Sozialplanung häufig sehr kompliziert und komplex und sind teilweise nicht gewollt. Es besteht eine gewisse Beliebigkeit. Viele Träger sind interessiert, Angebote zu entwickeln, die zuständige Behörde sieht ebenfalls entsprechende Bedarfe an den Schnittstellen, es sind jedoch noch keine abgestimmten Planungsprozesse zu erkennen. Gibt es dazu gute Praxisbeispiele, wo sich Jugendhilfe und Rehaträger überlegen, die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen inklusiv zu gestalten und etwas für die Systemsprenger zu tun? In etlichen Jugendämtern gibt es noch nicht einmal eine Jugendhilfeplanung für die Hilfen zur Erziehung. Wie soll man da eine inklusive Planung entwickeln? **Dieser Punkt sollte in der neuen Gesetzgebung unbedingt eine Rolle spielen.**

In der Bielefelder Einrichtung werden geplante Kurzzeitgäste aufgrund von „Auszeiten“ oder Ferien usw. betreut. Ein Ausschlusskriterium wäre, wenn die anfragende Familie den Eindruck vermittelt, dass es nur darum geht, das Kind für einen bestimmten Zeitraum loszuwerden und im Aufnahmegespräch deutliche Signale des Kindes erkennbar sind, dass das nicht das Richtige ist. Der kurzfristige Wohnortwechsel ist für Kinder oft eine Herausforderung. Bestimmte Syndrome oder Verhaltensweisen werden nicht als Ausschlusskriterium definiert, sondern eher das, was im Aufnahmeprozess vom Bereichsleiter im Gespräch mit der Familie herausgefiltert wird. Es geht aber auch um die Not der Familie und manchmal nehmen wir dann das Kind trotzdem für einen kurzen Zeitraum auf, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass die

Praxisbeispiele + Diskussion

Entlastung der Familie durch einen Kurzaufenthalt es rechtfertigt, dass ein Kind durch die Trennung ein wenig leidet. Manchmal hilft es auch den Eltern und den Kindern/Jugendlichen, sich voneinander zu lösen, weil dadurch andere, neue Perspektiven möglich werden, auch wenn dazu ein wenig Übung nötig ist.

Es ist offensichtlich, dass die Komplexität der Zusammenhänge im Bereich Sozialhilfe und Jugendhilfe derart hoch ist, dass es gerade für die „Satelliten“ aus dem Schul- und Gesundheitsbereich unmöglich ist, diese zu durchdringen. Das gelingt nur in kleinen Aspekten. **Ein wesentlicher Punkt muss es sein, dass es für die Schule, die sehr viel Zeit mit den Kindern und Jugendlichen verbringt, und für den medizinischen Bereich zentrale Ansprechpartner im Bereich der Sozial- und Jugendhilfe gibt**, damit der Externe nicht genauso in diesem „Dschungel“ verloren geht wie die Eltern. Das ist auch eine Frage der Ökonomisierung der Zeit. Die Kinderärzte aus den Praxen melden sich nicht, weil sie die Zeit nicht haben, mühselig nach einer Kontaktperson zu suchen. Wenn sie aber wissen, dass es eine Adresse gibt, an die sie sich wenden können, werden sie das tun und auch ihren fachlichen Input vernünftig unterbringen und können sicher sein, dass jemand im anderen System kompetent weitersucht. Auch Schulsozialarbeit ist ein Ansatz dazu. Das ist ein wichtiges Thema.

Bei den bereits vorhin angesprochenen Schulsuspendierungen müssen die Ärzte im Gesundheitsamt in der Regel die Schulfähigkeit begutachten. Insofern ist das Gesundheitsamt ebenfalls eine Clearingstelle, weil die Schulärztin sich ein Bild über die Positionen der Schule, des SPZ, der Familie und des Jugendamtes macht. Das ist sehr hilfreich. Weil wir so viel mit den Fällen von Schulsuspendierungen zu tun haben, sollte dieser Prozess auch von der öffentlichen Gesundheitshilfe begleitet werden. Das System ist allerdings klein. Das hat den Vorteil, dass es besser vernetzt ist - gerade in die anderen Bereiche hinein - und eine Lotsenfunktion für niedergelassenen Kollegen und teilweise auch für die Kollegen in der Klinik übernehmen. Aber wir sind nur wenige.

Es ist zu bedenken, dass die Eingliederungshilfe ins Bundesteilhabegesetz, ins SGB IX, geht und aus der Sozialhilfe hinausgenommen wird. Hier findet also ein Systemwechsel statt. Der Fokus auf die Kinder und Jugendlichen wurde aber weder in der Reform des SGB VIII im Rahmen von Inklusion noch im BTHG gesehen. Die Kinder haben nicht die nötige Lobby. Diese müssen wir stärken! Wenn wir Verhandlungen mit der Hamburger Behörde führen, tauchen Kinder und Jugendliche so gut wie überhaupt nicht auf. Das versuchen wir zu ändern. **Auch in der Behördenstruktur sind sie nicht zu finden, in der Behindertenhilfe nicht und auch nicht in der Jugendhilfe.** Wir als Profis bewegen uns in Begleitung mit den Eltern ebenfalls in diesem System und werden oft nicht gehört.

Noch etwas zum Thema Kinderschutz: Der 13. Kinder- und Jugendbericht hat die drei- bis viermal stärkere Betroffenheit und Dunkelziffer von behinderten Mädchen und Frauen in den Blick genommen. Da muss etwas geschehen!

Das Tagungs-U-Boot taucht auf ... Ein Fazit des Tagungsbeobachters

JÜRGEN TERMATH

Ein U-Boot ist undercover unterwegs und hat unterschiedliche Ebenen der Wahrnehmung. Mit dem Sehhrohr habe ich viel wahrgenommen, aber auch mit dem Sonar, das Schwingungen/Stimmungen aufnimmt. Ein U-Boot wird auch über ein Sonar und ein Radar gesteuert, daher können wir gemeinsam danach schauen, was wir für die weiteren Entwicklungen brauchen. Wenn ich Sonar und Radar als Erkennen von Hemmnissen und Stolpersteinen übersetze und versuche, mir eine Karte vorzustellen, nach der ich fahre – mich orientieren will –, brauche ich Ziele und Visionen. Wegen dieser Visionen gehen wir allerdings nicht zum Arzt, wie schon ein ehemaliger Bundeskanzler forderte, sondern wir müssen die Ziele und Visionen formulieren, konkretisieren und als Orientierungen für unsere weiteren Prozessschritte nutzen. Nach meinem Eindruck hat diese Tagung sehr wichtige Beiträge zur Konkretisierung der Ziele, der Visionen und der nächsten Schritte geliefert.

Zu Beginn sagte der Moderator Johannes Horn, dass wir diese Tagung auch nutzen wollen, um zu fühlen, was in der Praxis geschieht. Wir haben einige Beispiele gehört, die betroffen machen. Wir haben aber auch die Bereitschaft entwickelt, unsere Fehler und Unzulänglichkeiten einzugestehen und aus ihnen zu lernen. Die Zusammensetzung der Tagung war wieder sehr paritätisch und gut aufgestellt. Es hat sich inzwischen eine offene, sich gegenseitig wertschätzende und vertrauensvolle Diskussions- und Kooperationskultur entwickelt. Wenn ich mich an die ersten Diskussionen über die Entwicklung einer inklusiven Jugendhilfe zurückerinnere, war das damals bei weitem nicht so. Jeder meinte, der Besserwissende zu sein und jeder verharrte in seinen Schießscharten. Das Voneinander-Lernen ist ein wesentliches Element dieser Veranstaltung und wir alle würden gern den Bund daran beteiligen. Dazu müsste er allerdings anwesend sein.

Stand der Entwicklung

Ich war bisher der Meinung, dass der Koalitionsvertrag die Formulierung enthält, dass die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe auf der Basis des bisher Erreichten erfolgen soll. Aber es steht tatsächlich die Formulierung „eine Weiterentwicklung auf der Basis des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes“ im Koalitionsvertrag. Das steckt jedoch noch im Gesetzgebungsverfahren. Gleichwohl hatte Frau Dr. Schmid-Obkirchner bereits auf der Tagung des Difu am 28./29.11.2016 für die künftige Reform drei wichtige Punkte benannt, die als Leitlinie dienen sollten:

1. **Junge Menschen und ihre Familien sollen nicht als Objekte gemäßregelt werden.** Das heißt, in der Jugendhilfe und in der Behindertenhilfe muss das Motto: „Wir wissen, was gut für euch ist“, verbunden mit einer direktiven Haltung, die durchaus als Kultur in einigen Organisationsstrukturen noch zu finden ist, überwunden werden.
2. Die Betroffenen sind nicht auf ihre Defizite zu reduzieren. **Jugendhilfe und Behindertenhilfe sind daher nicht als Nothilfe zu verstehen, sondern haben auch einen gestaltenden Auftrag.** Das war Teil der Referentenentwürfe unter dem Stichwort der Sozialraumorientierung. Dieses wichtige Element sollten wir im Blick behalten.
3. **Die Subjekte müssen gestärkt werden.** In dieser Leitlinie finden wir uns sehr gut wieder, wenn wir uns auf die Grundsätze sozialer Arbeit besinnen.

Fazit

Diese Punkte gelten für alle weiteren Schritte in den Prozessen.

Wir haben aus dieser Veranstaltung Eindrücke aus verschiedenen, unterschiedlich beeindruckenden Praxisbeispielen gewonnen. Zunächst möchte ich den Fall „Roy“ herausgreifen, aus dem Praxisbeispiel von Frau Discher aus Nordrhein-Westfalen. Darin sind für mich einige Kernaussagen enthalten: Hilfen korrespondieren nicht immer optimal. Das hat sich auch in anderen Praxisbeispielen gezeigt. Wir haben unterschiedliche Sprachen und Systemlogiken. **Das interdisziplinäre Fallverstehen ist dringend erforderlich.** Es war ein sehr beeindruckendes Beispiel, aber leider nicht flächendeckende Realität in der Jugendhilfe. Aus dem Interview mit der Mutter ist der Wunsch nach **einem Ansprechpartner** sehr deutlich geworden.

Der Fall „Jonathan“ aus Rostock beeindruckte mich, weil dort das **fallübergreifende Fallmanagement und die Gestaltung der Prozessketten in der Hilfeplanung** dargestellt wurden – sowie der sogenannte „Schwarze Peter“, der das Fallmanagement übernimmt. Dort tauchte aber auch die Frage auf, **wie Multiprofessionalität in den Sozialen Diensten abgebildet werden kann, wenn Jugendhilfe und Eingliederungshilfe vereint werden sollen.** Fachkräfte in den ASDs haben großen Respekt vor der Kompetenzanhäufung und fühlen sich überfordert. Über das rotierende System des Fallmanagements zeigte sich, dass es sich um eine Moderation der unterschiedlichen Leistungen in ihrer Zusammenführung handeln muss. Diese wichtige Funktion muss nach meiner Auffassung beim öffentlichen Träger angesiedelt sein. Während dieser beiden Tage ist häufig das Stichwort „Fallmanagement“ bzw. „Casemanagement“ genannt worden. Wenn man sich damit genauer beschäftigt, wird man bemerken, wie unterschiedlich die Konzepte dazu sind. Fallmanagement und Casemanagement sind nicht ein und dasselbe.

In einem bereits lange zurückliegenden Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen, an dem ich selbst mitwirkte, ging es um **„Hilfen aus einer Hand für Menschen in komplexen, prekären Lebenssituationen“.** Dort wurden persönliche und materielle Hilfen nach BSHG und SGB VIII zusammengeführt. Dafür wurden **multiprofessionelle Teams gebildet und ein Casemanagement-Modell** der Fachhochschule Frankfurt von Prof. Claus Reis eingeführt. Dabei handelt es sich um ein sehr qualitatives Verfahren, bei dem es nicht nur um ein Aneinanderreihen von Kästchen und Leistungen geht, sondern wo auch eine **inhaltliche Fallverantwortung** beim Casemanager liegt. Das gilt es zu beachten, wenn wir zukünftig über die Implementierung von Casemanagement oder Fallmanagement – wie immer man das dann nennt – sprechen. Was sich seinerzeit aus diesen Prozessen entwickelte, können wir anhand des Fallmanagements bei den Jobcentern beobachten. Diese Negativentwicklung können wir in unseren Prozessen nicht gebrauchen.

Im Praxisbeispiel aus Hamburg zur Frühförderung ging es um die interdisziplinäre Kooperation, die sehr gut ausgestaltet ist, außer an der Schnittstelle zur Jugendhilfe. Es gab eine einseitige Initiative der Eingliederungshilfe, umgekehrt stockte jedoch der Informationsfluss. Daher ist von Seiten der Jugendhilfe noch daran zu arbeiten. Ich erlebe es auch an anderen Schnittstellen, dass die Jugendhilfe noch einen hohen Bewegungsbedarf hat, wenn wir zukünftig stärker in die Kooperation einsteigen. Eine Vertreterin der Eingliederungshilfe bemerkte während der Diskussion, dass sie manchmal auch anders entscheidet, als die Moderatoren aus der Frühförderung es vorschlagen. Leider sind die Kriterien offen geblieben, nach denen entschieden wird.

Im Beispiel aus der Einrichtung der KEEP Jugendhilfe von Herrn Ziegler ist deutlich geworden, dass es nicht darum geht, Kinder und Jugendliche mit ihren Bedarfen in ein vorhandenes Setting hineinzupressen. **Vielmehr muss sich das Setting der notwendigen Hilfen an die Bedarfe anpassen.** Die inklusive, personen- und werteorientierte Grundaufstellung hat in dem dargestellten Praxisbeispiel diesen Anspruch sehr gut erfüllt. Das ist ein ganz zentraler Punkt, der als Grundhaltung in die weitere Gestaltung

Fazit

der Prozesse aufgenommen werden muss. Es wurde allerdings auch eingeschätzt, dass die inklusive Grundaufstellung gleichzeitig eine Exklusion bedeutet, weil die „Braven“ nicht mehr in diesem Kontext aufgenommen werden und somit wieder eine Sondereinrichtung geschaffen wird. Solche Fragen werden uns auf dem weiteren Weg begleiten. Auch Ihr Konzept stößt an Grenzen, wenn es um die Beschränkung der Systeme geht.

Was brauchen wir?

Die Pause, die im Gesetzgebungsverfahren im November 2016 eingetreten ist, hat dem Diskussions-, Entwicklungs- und Kooperationsprozess m. E. sehr gut getan. Wir sind ein ganzes Stück damit weitergekommen, mehr voneinander zu lernen. Nun aber müsste sich der Bund endlich deutlich positionieren und verdeutlichen, wohin die Reise gehen soll – und zwar mehr und deutlicher, als es bisher dem Koalitionsvertrag zu entnehmen ist.

Wir brauchen einen Ansprechpartner für die Adressaten. Das ist sehr klar geworden. Wir müssen Systeme entwickeln, die Hilfen aus einer Hand gewährleisten, und den Ansprechpartner zur Verfügung stellen.

Wir brauchen gleichzeitig ein integriertes Fallmanagement mit klaren Strukturen und Kommunikationsprozessen, die gleichzeitig Partizipation sicherstellen. Aus dem Beispiel von Frau Discher konnte man entnehmen, dass die Kommunikation über die im Background laufenden Prozesse sehr viel Transparenz und damit Partizipation herstellt. Die Vorgänge wie z. B. die Weitergabe von Akten müssen für die Betroffenen transparent sein, um am Prozess immer wieder beteiligt zu werden.

Die gesamte Entwicklung kann auch als Qualitätsentwicklungsprozess nach § 72a SGB VIII verstanden werden. In der örtlichen Jugendhilfe sind wir in allen unseren Aufgabenbereichen dazu verpflichtet, Qualitätsentwicklungsprozesse aufzulegen. Dazu gibt es die drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ich plädiere allerdings dafür, eine vierte Ebene vorzuschalten – die Konzeptqualität. Auf dieser Ebene ist es wichtig, Haltungen zu klären sowie Fachlichkeit und Konzepte für die unterschiedlichen Aufgabenstellungen zu entwickeln. Diese wiederum dienen der Entwicklung der Strukturqualität und sind wesentliche Voraussetzungen dafür. Im Rahmen der Strukturqualität gilt es, Angebote und Leistungen sowie ein qualitatives Casemanagement zu entwickeln, das jeweils auf die örtlichen Strukturen angepasst funktionieren kann. Dazu gehört auch die **integrierte Planung**, die bereits angesprochen wurde. Davon sind wir m. E. noch weit entfernt, wenn wir sehen, wie Planungsprozesse in der Jugendhilfe laufen. Die Jugendämter, die kontinuierlich Jugendhilfeplanung betreiben, beschränken sich in der Regel auf Teilfachplanungen im Bereich der Kindertagesbetreuung, denn dazu sind wir spätestens seit dem Rechtsanspruch im U3-Bereich in den Übergangphasen verpflichtet, weil damit zwingende Prozesse in der Ausbauplanung verbunden sind. Nur wenige Jugendämter nehmen eine kontinuierliche Jugendhilfeplanung in der Kinder- und Jugendarbeit und in den erzieherischen Hilfen vor. **Eine integrierte Planung in Bezug auf die Kombination von Eingliederungshilfe und Jugendhilfe findet (bisher) so gut wie gar nicht statt.** Diesen Punkt sollten wir für eine der nächsten Tagungen aufnehmen. Im Rahmen der Prozessqualität ist u. a. die Partizipation sicherzustellen. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Erreichung der Ziele (und auch Visionen).

Die zukünftige Entwicklung ist in die kommunale Organisationshoheit eingebettet. Für all diese Schritte ist ein **verbindlicher Handlungsrahmen erforderlich. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, uns diesen zu geben.** Dabei mag man auch in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität darüber zu **diskutieren, ob ein einheitlicher Leistungstatbestand die richtige Grundaufstellung ist.** Hierzu gibt es unterschiedliche Positionen und auch Hemmnisse. Ich halte ihn trotzdem für diskussionswürdig. Vor allem ist

Fazit

es wichtig, ein integriertes Hilfeplanverfahren zu entwickeln, was sich erheblich von dem unterscheidet, was bisher in den Referentenentwürfen vorgelegt wurde.

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft ASD/KSD wurde eine Arbeitsebene initiiert, bei der es genau darum geht, mit Vertretern der Behindertenhilfe und der Jugendhilfe, der Wissenschaft und der Justiz einen gemeinsamen Diskussionsbeitrag zu erarbeiten, der ein integriertes Hilfeplanverfahren befördert. In Kürze wird aus dieser AG ein Arbeitspapier in den öffentlichen Diskussionsprozess eingespeist. Das Arbeitspapier orientiert sich sehr stark am Diskussionsbeitrag der Behindertenfachverbände aus Oktober 2017. Auf dieser Arbeitsebene herrscht eine ebensolche Diskussionsqualität wie hier, daher verspreche ich mir davon sehr viel.

Schließen möchte ich mit einem kleinen Bild in Anlehnung an Antoine de Saint-Exupéry: „Wenn du ein Schiff bauen willst, verteile nicht die Arbeit, sondern wecke die Sehnsucht nach dem großen, weiten Meer!“

Ich halte es für besonders wichtig, als Orientierung immer wieder daran zu erinnern, wohin wir wollen, auch wenn wir eine ganze Menge zu tun haben und auf vielzählige Schnittstellen und Stolpersteine treffen.

Vielen Dank.

Teilnehmende

Als Referent/innen und Moderator/innen wirkten mit:

Britta Discher, Lebenszentrum Königsborn, Unna
Sören Engelmann, Landkreis Potsdam-Mittelmark, FD Soziales und Wohnen, Teltow
Johannes Horn, Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendamt
Kerstin Landua, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
Sonja von Nagorski, Evangelisches Diakonissenhaus, Frühförder- und Beratungsstelle, Teltow
Robert Pfeiffer, Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Amt für Jugend, Soziales und Asyl
Naile Sulejmani-Hoppe, BMFSFJ, Abt. Kinder und Jugend, Rechtsfragen der Kinder- und Jugendhilfe
Maren Seelandt, Leben mit Behinderung Hamburg, Sozialeinrichtungen gGmbH
Jürgen Termath, Stadt Eschweiler, Jugendamt
Detlef Vincke, Bethel.regional, Region junge Menschen Bielefeld
Thomas Ziegler, KEEP GbR, Jugendhilfe, Schwarzach am Main

Außerdem waren Teilnehmende aus folgenden Organisationen/Institutionen beteiligt:

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
Arbeitsstelle Frühförderung Hessen, Offenbach
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Jugendamt
Bezirksamt Hamburg Mitte, Jugendamt
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm), Düsseldorf
Burgenlandkreis, Jugendamt, Naumburg
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF), Köln
Evangelische Jugendhilfe Schweicheln e. V., Hilfen zur Erziehung, Hiddenhausen
Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk - EJF, Berlin
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Zentrum Migration und Soziales, Berlin
Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft und Psychologie,
Hansestadt Lüneburg, Soziale Dienste
Internationaler Bund (IB), Abt. Familie/besondere Lebenslagen, Frankfurt am Main
Kreisstadt Unna, Frühförderstelle
Landeshauptstadt Düsseldorf, Gesundheitsamt, Kinder-, Jugendgesundheitsdienst
Landkreis Dahme-Spreewald, Amt für Kinder, Jugend und Familie, Lübben
Landkreis Greiz, Jugend- und Sozialamt
Landkreis Meißen, Kreisjugendamt
Lebenshilfe Ostholstein e. V., Bad Schwartau
Lebenszentrum Königsborn gGmbH, SPZ, Unna
MenschenKind - Fachstelle für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Kinder, HVD
Berlin-Brandenburg, Berlin
SOS Kinderdorf e. V., Stuttgart
Sozialverband VDK Berlin-Brandenburg, KJA/SPZ Spandau, Berlin
Stadt Braunschweig, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
Stadt Brühl, Fachbereich Kinder, Jugendpflege und Familie
Stadt Fulda, Amt für Jugend, Familie und Senioren
Stadt Kassel, Jugendamt
Stadt Regensburg, Amt für Organisation und Personalentwicklung
Stadt Würzburg, Allgemeiner Sozialer Dienst
Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen Alsbachtal e. V., Oberhausen
Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e. V., München

Herausgeber:

Dialogforum „Bund trifft kommunale Praxis“
Inklusive Kinder- und Jugendhilfe aktiv miteinander gestalten
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstr. 13-15 - 10969 Berlin

Tel.: +49 30 3 90 01-1 36
Fax: +49 30 3 90 01-1 46
mailto: dialogforum@difu.de
<http://www.jugendhilfe-inklusive.de>

Zusammengestellt und bearbeitet:
Kerstin Landua,
Leiterin des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis“
Dörte Jessen
Öffentlichkeitsarbeit

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstraße 13-15
D-10969 Berlin

Telefon: +49 30 39 001-0 (Zentrale)
Telefax: +49 30 39 001-100
E-Mail: difu@difu.de
Geschäftsführer: Prof. Dr. Carsten Kühl, Dr. Busso Grabow

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

lifu
Deutsches Institut
für Urbanistik