

Tagungsbericht zur 10. Plattform für öffentlichen Erfahrungsaustausch am 12./ 13.04.21 des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis“, Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH Berlin, gefördert durch das BMFSFJ.

Kinder und Jugendliche nicht verlieren, nicht zwischen den Systemgrenzen, aber auch nicht innerhalb des Systems!

Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Rahmen der 10. Plattform für öffentlichen Erfahrungsaustausch diskutierten rund 100 Teilnehmer*innen über den aktuellen Status quo sowie notwendige Weiterentwicklungsbedarfe in der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Neben dem Blick in die Zukunft entlang der geplanten Neuregelungen in einem modernisierten SGB VIII lag ein besonderer Fokus des Austausches auch auf den Erfahrungen zu Zeiten der Corona-Pandemie. Verschiedene Einblicke in die Praxis anhand von Modellprojekten und exemplarischen Fallverläufen bildeten einen Schwerpunkt der Veranstaltung.

Johannes Horn, Leiter des Jugendamts Düsseldorf und Sprecher der Konferenz der Leiter*innen der Großstadtjugendämter, moderierte die zweitägige Onlinetagung und stimmte im Rahmen seiner Begrüßung die Teilnehmer*innen auf die Diskussion der Themen der Veranstaltung ein. Wenngleich die Qualität der Kooperationen in der Praxis vor Ort deutlich von dem Engagement einzelner Akteur*innen abhinge, dürfe doch nicht vergessen werden, dass die Verantwortung der beiden Hilfesysteme für die jungen Menschen und ihre Familien auch bei Personalwechseln bestehen bleibe und insofern zur Aufrechterhaltung gewachsener Kooperationsbeziehungen immer wieder neue Anstrengungen von den Fachkräften aus beiden Systemen notwendig seien. Im Mittelpunkt müsse immer die Orientierung an den Bedarfslagen der Menschen und eine darauf ausgerichtete Unterstützung stehen. Diese Botschaft wurde anschließend in den Auftaktvorträgen von Prof. Dr. Michael Kölch und Prof. Dr. Christian Schrapper aufgegriffen und weiter ausdifferenziert.

Prof. Dr. Michael Kölch, Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Rostock, führte grundlegend in die Logik des Systems Kinder- und Jugendpsychiatrie ein und sensibilisierte die Teilnehmer*innen anschließend für die Gemeinsamkeiten, die beide Systeme – Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – einen. Dazu orientierte er sich einleitend auch an einer Gegenüberstellung von „Mythen und Fakten“ zur Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch an seiner Schnittstelle zur Jugendhilfe. So seien etwa – anders als landläufig verbreitet – Diagnosen und ihre Handhabung im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfeleistungen durchaus nicht als Schubladen miss zu verstehen, sondern vielmehr als notwendige kategorial organisierte Beschreibungen des psychischen und physischen Entwicklungsstandes des jeweiligen Kindes/Jugendlichen, auf deren Basis mit hoher Zuverlässigkeit auch Vorhersagen über den weiteren Entwicklungsverlauf des/r Betroffenen und damit einhergehend auch Teilhabebeeinträchtigungen getroffen werden können. Dabei werden Diagnosen und Hilfeplanungen nicht

losgelöst vom Umfeld des jeweiligen Kindes/Jugendlichen erstellt, vielmehr arbeite die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl multimodal als auch interdisziplinär (ärztlich, sozialarbeiterisch, familientherapeutisch, fachtherapeutisch, medikamentös etc. vgl. Kölch 2021, Folie 6) und beziehe bei Diagnostik und Hilfeplanung das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen grundsätzlich mit ein. Zwar folgen beide Systeme ihren auch gesetzlich begründeten unterschiedlichen Logiken, gleichwohl lassen sich zwischen beiden Systemen auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten ausmachen. So etwa bezüglich des Adressatenkreises – immerhin 70-80% der Patient*innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben auch Kontakt zur Jugendhilfe. Dabei stellte Kölch heraus, dass nur ein Teil der Patient*innen auch hilfeberechtigt nach § 35a SGB VIII sei, sprich: der „klassischen Norm“ der Kooperation zwischen KJH und KJP entstamme, der weitaus größere Teil an Patient*innen komme hingegen aus dem weiteren Klientenkreis der (anderen) Maßnahmen im Kontext der Hilfen zur Erziehung. Was beide Systeme weiterhin eine, seien Methoden in der Arbeit-, Hilfe- und Zielplanung für die Adressaten als auch die Zusammenarbeit mit Akteur*innen aus anderen Berufsfeldern.

Auch bestehe in beiden Systemen die Verantwortung hoheitsstaatliche Aufgaben wahrzunehmen, siehe Fokus Kinderschutz sowie den Bereich der Selbst- und Fremdgefährdung. Beide Systeme sind außerdem regional ausdifferenziert und organisiert, unterliegen wirtschaftlichen Zwängen, teilen ähnliche Probleme bei der Rekrutierung und Bindung qualifizierter Fachkräfte und kommen in bestimmten Konstellationen in Überforderungssituationen, in denen keine geeigneten Hilfemaßnahmen mehr gefunden und die bekannten Delegationsketten ausgelöst würden.

Dennoch: Mit Blick auf die Behandlungssituation im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehe die Versorgungslage in Deutschland grundsätzlich gut aus, insbesondere im internationalen Vergleich – gleichwohl es selbstverständlich auch Verbesserungen im Bereich der Zusammenarbeit mit öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie den Kinder- und Jugendpsychiatrien und den niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen brauche. Grundsätzlich erfolge die Behandlung aber immer unter Einbezug der Bezugspersonen und weiteren Bezugssysteme der Betroffenen (bspw. auch: Kindergarten und/oder Schule). Im Mittelpunkt aller (Therapie)Maßnahmen stehe die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten der Kinder- und Jugendlichen. Dazu kann auch gezählt werden, dass die Behandlung vorrangig im ambulanten Bereich, wie beispielsweise Tageskliniken erfolge, womit den jungen Menschen die Möglichkeit gegeben sein kann, ihr gewohntes Wohn- und Lebensumfeld nicht verlassen zu müssen. Nur bei schwerstkranken bzw. von komplexen Beeinträchtigungen betroffenen jungen Menschen erfolge die Behandlung (voll)stationär und ziele – anders als das häufig angenommen würde – zunächst allein auf eine Verringerung der Symptomatik, um darauf aufbauend die weitere Behandlung/Unterstützung im ambulanten oder teilstationären Setting (wieder) zu ermöglichen.

Bezüglich der Auftretenshäufigkeit von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen lässt sich Prof. Dr. Kölch zufolge in den letzten Jahren kein Anstieg ablesen. Vielmehr bleibe der Anteil stabil, wobei zu berücksichtigen sei, dass psychische Störungen nach wie vor eine der häufigsten Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter seien und eine diesbezügliche Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen aus Familien erkennbar sei, die typischerweise Unterstützungsbedarfe in vielen Lebensbereichen aufweisen und daher auch der Kinder- und Jugendhilfe bekannt seien.

In der Gesamtschau kam Prof. Dr. Kölch zu einem Fazit, dass zum Nachdenken über die Systemgrenzen hinweg anregte. Notwendig sei ein ethischer Diskurs über die Kooperation der beiden Systeme und die gemeinsame Versorgung der Adressaten. Zu bedenken sei dabei eine differenzierte Perspektive, welche Hilfe/Maßnahmen in welcher Situation für welchen „Fall“ die angemessene sein könne – allein das Vorhandensein einer Vielfalt von Angeboten führe noch nicht zu einer besseren Versorgung. Auch müssten die gesellschaftlich geschaffenen Tatsachen von „inverse care law“ und der „Zuweisung finanzieller Mittel für schwerst Erkrankte zu den verschiedenen Hilfesystemen“ in ihrem Verhältnis zueinander reflektiert werden und bezüglich des Anspruchs einer verbesserten Prävention über niedrigschwellig zugängliche Angebote diskutiert werden. Nicht zuletzt sei die jeweilige Versorgungs- und Angebotsstruktur vor Ort auch unter der Frage zu prüfen, inwiefern ein weiterer Ausbau von Spezialangeboten notwendig sei oder doch eine lebensweltnahe Weiterentwicklung der Angebotsstruktur durch eine verbesserte Zusammenführung bestehender Kompetenzen und Kooperationen zielführender sein könne?

Dieser grundlegenden Einführung aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgte mit dem Beitrag von Prof. Dr. Christian Schrapper dann eine grundlegende Einführung aus der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe. Einleitend betonte auch er, dass Kooperationen zwischen verschiedenen Systemen in der Regel abhängig seien von den jeweils handelnden Akteur*innen vor Ort. Die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Systemen unterlägen daher der fortdauernden Anforderung, sich unter den Vorzeichen wechselnder Akteur*innen immer wieder neu „erfinden“ zu müssen.

Unter dem Motto „aktuelle Befunde zum alten Thema“ stellte Prof. Dr. Schrapper dann ausgewählte Befunde aus einer aktuellen Studie im Auftrag des Ministeriums für Kinder, Familien, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MKFFI) vor, die unter Zustimmung der kommunalen Spitzenverbände im Zeitraum von März 2020 – Januar 2021 vom Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA e.V.) durchgeführt wurde. An der Onlinebefragung nahmen insgesamt 101 von 186 Jugendämtern aus NRW teil, dabei waren vorrangig mittlere und größere Stadtjugendämter beteiligt. Daneben wurden mit insgesamt 40 Expert*innen Gespräche geführt (Aufteilung: 19 Expert*innen aus den Jugendämtern, 16 von freien Trägern, 4 aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie eine junge Erwachsene).

Hervorzuheben ist beispielsweise der Befund, dass die Herausforderung, passende Angebote zu finden, auf Seiten der Jugendämter nicht etwa fehlenden finanziellen Ressourcen oder Konflikten innerhalb des Jugendamtes zugeschrieben werden, vielmehr überwiegt in NRW die Einschätzung, dass die Angebotsstruktur vor Ort unzureichend sei, d.h. dass zu wenig oder nur unpassende Angebote vorlägen. Auch Konflikte um Zuständigkeiten mit anderen Institutionen werden als Erschwernis bei der Suche nach Angeboten angegeben (vgl. Schrapper 2021, Folie 7¹). Exemplarisch untermauerte Prof. Dr. Schrapper dieses Ergebnis mit folgenden Zitaten aus den Gesprächen:

Exemplarisch für die Seite der Kinder- und Jugendhilfe: „Aber es fehlt an gemeinsamem Verständnis dafür, was die KJP tun kann und was wir tun können und welche Probleme wir

1 Die Folien zu allen Vorträgen dieser Tagung sind unter <https://jugendhilfe-inklusive.de/vortrag/detail/31928> einsehbar.

dabei haben und welche Probleme die dabei haben usw. Es ist klar, dass die Systeme sich unterscheiden, die KJPs die haben andere Finanzierungssysteme, haben mit den Krankenkassen zu kämpfen, aber wie kann eine gute Kommunikation und verbindliche Zusammenarbeit passieren. Stattdessen kommt es mir manchmal so vor, dass die dann so mauern und sich auf ihre Disziplin zurückziehen anstatt die gemeinsame Verantwortung wahrzunehmen.“ (JA_18, Pos. 25) (Schrapper 2021, Folie 8).

Exemplarisch für die Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Wenn es wirklich darum geht, dass wir uns auch in unseren Kompetenzen angesprochen fühlen und sagen: Ja, da geht es in der Tat jetzt um psychiatrische, psychotherapeutische Themen. Es ist ja ein bisschen so eine künstliche Unterscheidung zwischen pädagogischen und psychiatrischen Bedarfen. Und da habe ich den Eindruck, wird der Jugendliche manchmal wie eine heiße Kartoffel hin und hergereicht. Also die Jugendhilfe sagt, das ist ein psychiatrisches Problem. Und wir sagen, es ist ein pädagogisches, was natürlich eigentlich Quatsch ist, weil das ineinandergreift.“ (KJP_01, Pos. 33) (Schrapper 2021, Folie 8).

Ein weiterer Befund zielt auf die Einbindung der Eltern im Kontext von Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit multiplen Problemlagen. Häufig würden Herausforderungen im Kontext des familiären Umfelds eher dem persönlichen Verhalten und Belastungen der Eltern zugeschrieben, nicht aber als Ausdruck einer vorliegenden materiellen oder sozialen Not verstanden. Eltern erscheinen in der Perspektive der Expert*innen immer noch vorrangig als Problem und nicht als Teil der Lösung (Schrapper 2021, Folie 9). Besonders eindrücklich verdeutlichte Prof. Dr. Schrapper diesen Befund anhand von Auszügen eines Akteurs aus dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und aus der Perspektive einer jungen Erwachsenen:

Exemplarisch für die Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Ja, also besonders schwierig oder herausfordernd finde ich, wenn wir nach mehreren Wochen zu bestimmten Einschätzungen gekommen sind, welchen Rahmen aus unserer Sicht vielleicht ein Kind oder ein Jugendlicher bräuchte. [...] Da ging es um ein Kind im Grundschulalter, schwer traumatisiert, in der ursprünglichen Herkunftsfamilie untergebracht, jetzt aber in einer Regel Wohngruppe und schlägt dort über die Stränge, in Anführungsstrichen. **Aber in Situationen, wo so alte Traumatisierungen wieder hochkommen und unsere Einschätzung ist, dieses Kind bräuchte eigentlich nicht irgendeine große Regel-Einrichtung, sondern ein Trauma-spezifisches Angebot. Das Jugendamt geht sogar noch einen Schritt weiter und sagt: Nein, der kann wieder zurück in die familiären Verhältnisse, weil da keine akute Gefährdung mehr vorliegt. Und da sagen wir einfach: Mensch, es kann doch nicht sein, dass finden wir dann fachlich so eine Katastrophe.**“ (KJP_01, Pos. 79). (Schrapper 2021, Folie 10).

Exemplarisch für die Perspektive eines betroffenen jungen Menschen: Sarah (19) berichtet, dass sie immer den Eindruck hatte, ihre eigene Mutter wurde von der Jugendhilfe nie als Ressource einbezogen, weil die Mutter eine psychische Erkrankung hat. Sie wurde nicht gefragt, wenn es darum ging, zu erkunden, was ihre Bedarfe von sein könnten. Sarah (19) hat sich dies aber stets gewünscht. **Sie ist sich sicher, dass ihre Mutter wichtige und**

gute Beiträge hätte leisten können – unabhängig von ihrer psychischen Beeinträchtigung und unabhängig von der fehlenden Möglichkeit, die eigenen Kinder im eigenen Haushalt versorgen zu können. (Interview_JE01 43:03 – 43:48) (Schrapper 2021, Folie 10).

Weiterhin erscheinen in der Wahrnehmung der Fachkräfte insbesondere „Grenzfälle“ als besondere Herausforderung für die Unterstützungssysteme, also Kinder und Jugendliche, die mit ihrem Hilfebedarf an der Schnittstelle Jugendhilfe/Behindertenhilfe/Psychiatrie stehen und es unzureichend adäquat kompetente Institutionen gebe. Damit sind z.B. Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Auffälligkeiten gemeint, deren IQ an der Grenze zur geistigen Behinderung liegt und die nicht im Elternhaus leben können“. (Schrapper 2021, Folie 12). Dabei haben Schrapper zufolge „die Befragten fundierte Vorstellungen darüber, was nötig ist, um in besonders herausfordernden Situationen qualifizierte Hilfen anbieten zu können: Ausreichende Ressourcen (Zeit, Personal und Geld), tragfähige Kooperationen und Flexibilität in der Krise“ (Schrapper 2021, Folie 17). In diesem Zusammenhang wird von Seiten der freien Träger und der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchaus selbstkritisch auch die eigene Kompetenz und Verantwortlichkeit in den Blick genommen.

In der Gesamtschau formulierte Schrapper folgende Aufgaben für die zukünftige Gestaltung der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- (1) Die Eltern verstärkt in den Blick rücken!
- (2) Die aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Hilfestellung stärken.
- (3) Von der Fokussierung auf Ursachen, Probleme und Lösungen auf Seiten der Kinder und Jugendlichen hin zum (selbstkritischen) Blick auf das Hilfesystem und seine „schwarzen Löcher“.
- (4) Anstelle spezialisierter Angebote sind Flexibilität und tragfähige Kooperationsstrukturen im Hilfesystem gefordert.
- (5) Weitere Forschung, um die Perspektive von jungen Menschen in herausfordernden Situationen selbst aufzunehmen und sie zu verstehen, eine begleitende Evaluation, um Prozesse sowie Angebots- und Nachfragestrukturen systematisch zu analysieren und um zu zeigen, was sich unter welchen Umständen bei wem bereits bewährt hat und wo Stolpersteine liegen.

Mit Blick auf die Berichterstattung zu Kindern und Jugendlichen während der Coronapandemie resümierte er abschließend nüchtern, dass die Befundlage immer noch wenig belastbare Schlüsse zuließe. Es bestünden jedoch deutliche Hinweise, dass die ohnehin vorliegenden und bekannten Belastungen und Beeinträchtigungen junger Menschen und ihrer Familien durch die Pandemiesituation weiter verschärft werden.

In der anschließenden Plenumsdiskussion standen die Versorgungsstruktur in der kommu-

nenen Praxis sowie die Probleme bei der Versorgung von besonders auffälligen Fallverläufen im Zentrum. In diesem Zusammenhang wurde u.a. darauf hingewiesen, **dass niedergelassene Kinder- und Jugendtherapeut*innen bei der Gestaltung von Hilfen vor Ort noch viel zu wenig in den Aufmerksamkeitsfokus der Fachkräfte aus Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie rücken würden** – gleichwohl es sich um einen bedeutsamen Teil des medizinisch-therapeutischen Unterstützungssystems handle, der aus eben diesem Grund verstärkt berücksichtigt und nach Möglichkeit miteinbezogen werden müsse. Begründungsversuche für ein diesbezügliches Versäumnis in der Praxis zielten auf die Tatsache, dass Therapien Krankenkassenleistungen seien und daher möglicherweise nur marginal in den Blick der Fachkräfte aus der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie geraten würden. Daneben wurde die Bedeutung der **Erziehungsberatung** als wichtiges **Binglied für die Kooperation zwischen den Systemen** Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie hervorgehoben. In einigen Kommunen seien die Erziehungsberatungsstellen gut mit beiden Systemen vernetzt und leisteten entsprechend wertvolle Unterstützung im Rahmen eines Hilfeprozesses. Dies auch in anderen Kommunen stärker zu fokussieren, wurde als ein möglicher Ansatzpunkt für die Zukunft einer verbesserten Versorgung Betroffener betrachtet.

Im thematischen Zentrum des **zweiten Moduls** stand das **Thema interdisziplinäre Diagnostik, Behandlungsplanung und Fallverstehen**.

Unter der Überschrift „Was ändert sich beim § 35a mit der Novellierung des SGB VIII?“ lenkte Lydia Schönecker, Leiterin der Abteilung Erziehung, Inklusion und Teilhabe am Socles – International Centre for Socio-Legal-Studies, zunächst den Blick der Teilnehmer*innen auf die geltenden gesetzlichen Grundlagen aus dem BTHG und SGB VIII mit dem Fokus auf den Behinderungsbegriff. Wenngleich sich auch nach einer Verabschiedung des Regierungsentwurfs zum SGB VIII keine Änderung im § 35a SGB VIII ergeben wird und insofern ein veralteter Behinderungsbegriff in diesem Paragraphen erhalten bleibt², so hat der Gesetzgeber doch geplant, in § 7 Abs. 2 SGB VIII (modernisiert) ein erweitertes Verständnis von Behinderung zu hinterlegen: „Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und junge Menschen mit Behinderungen im Sinne dieses Buches sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können...“ (vgl. Schönecker 2021, Folie 6). Und in der Gesetzesbegründung zum SGB VIII (modernisiert, auch bekannt als KJSG: Kinder- und Jugendstärkungsgesetz) heißt es: „Die Vorschrift stellt klar, dass für Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und junge Menschen mit Behinderungen im SGB VIII grundsätzlich [...] die Begriffsbestimmung des § 2 Abs. 1 SGB IX und damit der Behinderungsbegriff der VN-BRK gilt. Insbesondere im Hinblick auf die Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII wird in Anlehnung an § 7 Abs. 1 SGB IX zugleich auf insofern vorrangige Modifizierungen hingewiesen.“ (BT-Drs. 19/26107, S. 72f., Schönecker 2021, Folie 6).

² „Veraltet“ insofern, als dass der Paragraph immer noch allein auf die „seelische Behinderung“ fokussiert und als Tatbestandsvoraussetzung zur Leistungsbewilligung außerdem die kausale Verknüpfung („daher“) zwischen Abweichung von dem „normalen“ Entwicklungszustand und Teilhabebeeinträchtigung bestehen bleibt.

Lydia Schönecker kam daher bezüglich des § 35a SGB VIII zu dem Ergebnis, dass sich mit der Reform zwar keine Änderung ergebe, verwies aber zugleich auf die sehr wohl geltenden Menschenrechtlichen Diskriminierungsverbote und appellierte an die Praxis, eines der wichtigsten Jugendhilfeprinzipien – das der Lebensweltorientierung – unbedingt bei der Bewilligung und Durchführung von Hilfen zu beherzigen und sich von dem ganzheitlich-systemischen Blick auf die jungen Menschen in ihrer je individuellen Lebenssituation leiten zu lassen. Daneben gelten die Querverbindungen zu den BTHG-Neuerungen auch nach einer Verabschiedung des geplanten SGB VIII (KJSG) fort, d.h. die dort gesetzten Fristen für die Arbeit der Rehabilitationsträger untereinander, die Nutzung standardisierter Instrumente zur Bedarfsermittlung (für die Jugendhilfe allerdings ohne Verpflichtung, dabei die ICF zu nutzen) sowie die Verschränkung von Hilfe- und Teilhabeplanung.

Mit den Beiträgen von **Ute Mendes**, Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Friedrichshain, Berlin und **Gitta Hüttmann**, Leiterin, Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg/ÜAFB, Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung e.V. (VIFF), Potsdam, rückte anschließend die **praktische Umsetzung interdisziplinärer Diagnostik und Behandlungsplanung** in den Mittelpunkt. Während Ute Mendes aus medizinischer Perspektive die Hürden bei der Zusammenarbeit ins Zentrum rückte, rief Frau Hüttmann sehr differenziert die rechtlichen Grundlagen aus dem BTHG in Bezug auf die Folgen für die Arbeit in den Frühförderstellen in Erinnerung und betonte die Bedeutung einer interdisziplinären Diagnostik im frühen Kindesalter für den weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes wie auch die Gesamtsituation der Familie, die Unterstützung benötigt.

Ute Mendes kam abschließend zu dem Ergebnis, dass für eine "Interdisziplinäre Behandlungsplanung für Kinder mit Entwicklungsstörungen aus Familien mit erheblichem Unterstützungsbedarf" eine wirkliche Vernetzung der vielen verschiedenen Akteur*innen notwendig sei, damit der Transfer der Hilfen in den Alltag der Betroffenen auch tatsächlich gelingen kann. Diese Vernetzung müsse verpflichtend festgeschrieben sein und insbesondere auch für die eingebundenen Ärzt*innen/Therapeut*innen/Gutachter*innen vergütet werden und teilhabe- sowie zielorientiert erfolgen. Dazu sei ein konkret festgelegter „Case-Manager“, der die beteiligten Akteur*innen koordiniert und den Gesamtüberblick behält von großer Bedeutung, auch um die Vernetzung über die Grenzen der verschiedenen Sozialeistungsbücher hinweg tragfähig aufbauen und weiterentwickeln zu können. Aus den Erfahrungen zu Zeiten der Corona-Pandemie zog sie einen wichtigen Profit für die Zukunft: Um vernetzt und gut aufeinander abgestimmt Hilfe leisten zu können, braucht es nicht zwingend die physische Anwesenheit der verschiedenen Akteur*innen – stattdessen zeige sich, dass abgestimmt auf den Anlass eines Meetings auch Telefon- oder Videokonferenzen eine ressourcensparende und gleichsam zielführende Alternative darstellen. Wichtig sei die Einsicht auf allen Seiten, dass der Nutzen eines gemeinsamen Fokus in den Hilfen deutlich größer ist als die Summe der nicht abgestimmten Einzelleistungen verschiedener Akteur*innen (s. Mendes 2021, Folie 20).

Das **dritte Modul** fokussierte **konkrete Fragen zur Kooperation bei der Leistungserbringung** in der Praxis **anhand eines Fallbeispiels**, vorgestellt von Dr. med. Thomas Manthey,

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Delegierter des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. in der Gemeinsamen Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion sowie Vorsitzender der Regionalgruppe Hessen, am Sozialpsychiatrischen Zentrum für Kinder- und Jugendliche in Frankfurt a.M.

Entlang einer chronologisch aufgebauten Fallschilderung machte er eindrücklich deutlich, wie viele unterschiedliche Akteur*innen aus verschiedenen Systemen mit dem Fall betraut waren und wie viele „Stationen“ der betroffene Mensch in einem Zeitraum von nur knapp 2 Jahren durchlaufen musste. Beteiligt waren mehrfach: Kindsmutter, Schule, Jugendamt, Orthopäde, Hausarzt, kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz, ambulanter Psychiater, freier Träger der Jugendhilfe – ambulante Unterstützung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, freier Träger der Jugendhilfe – stationäre Wohngruppe, Berufsbildungswerk, Jobcenter, Agentur für Arbeit, Hausarzt, Polizei, Familiengericht und schließlich die Erwachsenenpsychiatrie. Im Ergebnis bescheinigte er der Praxis der Leistungserbringung, dass eine Zusammenarbeit zwischen den mit dem Fall befassten Stellen zwar mit großer Selbstverständlichkeit erfolgt sei und von wirklichen Versorgungslücken aufgrund fehlender Angebote auch nicht gesprochen werden könne. Sehr wohl aber entstanden immer wieder Brüche in der Kontinuität der Versorgung, die zu neuen Herausforderungen sowohl für den jungen Menschen als auch das Helfersystem führten. Ein Herumreichen des Falls im Sinne verschobener Verantwortlichkeiten konnte Dr. Manthey den Beteiligten ebenfalls nicht attestieren – gleichwohl aber kritisierte er die sich wiederholenden Brüche in der Versorgungskontinuität und zwar sowohl innerhalb der einzelnen Systeme als auch über die Systemgrenzen hinweg.

Unter den leitenden Fragen **Welche weiteren Kooperationsmodelle und Arten der Zusammenarbeit gibt es? Welche Hilfearten braucht es und was sind „geeignete“ Einrichtungen?** wurden dann im **4. Modul drei weitere Beispiele** aus der Praxis vorgestellt.

Integrative Interdisziplinarität – ein Vorstoß aus dem Projekt PETRA

Den Beginn bestritt Dr. Peter Büttner, Geschäftsführer des großen freien Jugendhilfeträgers Projekt PETRA mit dem Hauptsitz in Schlüchtern, der vorrangig in Hessen neben einer breiten Palette unterschiedlicher Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen auch Forschung und Beratung in verschiedenen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe betreibt. Dr. Büttner stellte dieses Mal das projekteigene medizinische Versorgungszentrum vor, im Rahmen dessen eine Kinder- und Jugendpsychiaterin beim Träger eingestellt wurde, um sowohl die medizinische Versorgung untergebrachter junger Menschen als auch die Diagnostik im Kontext der Leistungserbringung gezielt und vor allem in enger Kooperation mit den weiteren Fachkräften sicherstellen zu können und die Hilfen „wie aus einer Hand“ gestalten zu können.

Das Projekt PETRA übernimmt im Rahmen der Hilfen zur Erziehung die Unterstützung von rund 1200 jungen Menschen und ihren Familien pro Jahr, wobei ca. 70% in hochschwelligem Settings, also (teil)stationären Settings und im Rahmen von Inobhutnahmen erbracht werden. Die Abteilung Diagnostik/Gutachten betreut rund 120 junge Menschen pro Jahr. Bisher wurde in Projekt PETRA bereits interdisziplinär und kooperativ gearbeitet, jedoch

fehlte eine tatsächlich integrierte Interdisziplinarität: die Profession Medizin, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Pädiatrie wurde vormals eher fakultativ bei Bedarf im Einzelfall in Anspruch genommen mittels Kooperationen mit Praxen und Kliniken aus der Umgebung. Um das oftmals herausfordernde Handlungsfeld „Kooperation von Jugendhilfe und Medizin“ besser auszugestalten hat das Projekt PETRA im Mai 2020 eine Kinder- und Jugendpsychiaterin eingestellt. Die Vorstellung einer „integrativen Interdisziplinarität“ bildete dazu die methodische Leitlinie (vgl. Büttner 2021, Folie 7). Im Projekt PETRA arbeiten nun Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Lehrer*innen und die Kinder- und Jugendpsychiaterin nicht additiv und nebeneinander her. Vielmehr teilen sie gemeinsame Handlungsräume und Diskurse. Konkret ist die Kinder- und Jugendpsychiaterin an der Inobhutnahmeeinrichtung und Diagnostikabteilung des Trägers angegliedert. Sie wird regelhaft eingebunden bei jeder Diagnostik- und Gutachtenerstellung wie auch bei der Umsetzung pädagogischer und therapeutischer Strategien auf der Basis der diagnostischen Prozesse. Bei Bedarf im Einzelfall steht sie ebenfalls weiteren Abteilungen von PETRA zur Verfügung. Momentan wird die Stelle noch über Spenden und Budgetanteile finanziert. Perspektivisch ist jedoch die Errichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) geplant. Dabei sollen die Mitarbeiter*innen des MVZ jeweils zusätzlich mit einer halben Stelle im Jugendhilfefeld von PETRA angestellt sein, um die methodische Leitlinie der „integrativen Interdisziplinarität“ strukturell zu verstetigen. Die Versorgung durch das MVZ soll dann auch auf alle Einrichtungen von PETRA in den verschiedenen Regionen ausgeweitet werden und eine enge Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe PETRA anlaufen.

Erkenntnisse aus dem Projekt Grenzgänger – junge Menschen mit komplexen Bedürfnissen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anna Vetter, Chefärztin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Elmshorn, berichtete anschließend von ihren Erfahrungen im Kontext des Programms Grenzgänger – einer interdisziplinär arbeitenden Clearinggruppe im Rahmen der Arbeit der Klinik Elmshorn.

Im Mittelpunkt der Arbeit stehe die Orientierung an stabiler und tragfähiger Vernetzung verschiedener Akteur*innen vor Ort, um die „versäulten Hilfesysteme“ aufzubrechen und eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Unterstützung, insbesondere für die „Schwierigsten“/„Grenzgänger*innen“, sicher stellen zu können. Einen wichtigen Grundstein dieser Arbeit bilde außerdem die Sensibilität der beteiligten Akteur*innen für die erlittenen Traumatisierungen der Klienten. Der Bedarf an Jugendhilfe und Therapie sei nicht trennscharf, so Vetter, gerade bei schwer beeinträchtigten Jugendlichen mit komplexen Traumaerfahrungen bedarf es einer Verschränkung von Jugendhilfe und Therapie – die Hilfen müssen parallel und aufeinander abgestimmt laufen, genau dieser Ansatz wird im Programm Grenzgänger umgesetzt. Dabei wird das Ziel verfolgt, Krisen der jungen Menschen produktiv für den weiteren Lebensweg zu wenden. Ursprünglich wurde das Programm für geflüchtete Kinder, Jugendliche und ihre Familien ins Leben gerufen, mittlerweile jedoch konnte die Versorgung auf alle jungen Menschen, die sich in Heimeinrichtungen befinden, ausgeweitet werden. Aufsuchende Visiten in den Einrichtungen wurden durchgeführt, um mehrfache Wohngruppenwechsel und stationäre Behandlungen zu vermeiden.

Unter dem Begriff „Grenzgänger“ werden Frau Vetter zufolge komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche mit aggressiv-expansiven und/oder schwerem autodestruktivem Verhalten verstanden. Alle dieser jungen Menschen leiden unter massiven Bindungsstörungen und sind nicht gruppenfähig. Daneben zählen Kinder und Jugendliche dazu, die nur über einen geringen IQ verfügen und Lernbehinderungen, Autismus oder aggressives Verhalten zeigen. Auch sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche können zu den „Grenzgänger*innen“ gezählt werden.

Die Clearinggruppe, als zentrales Organ des Grenzgänger*innen-Programms setzt sich zusammen aus Leitungspersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zweier Jugendhilfeträger und der Jugendämter in den Pflichtversorgungskreisen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Elmshorn. Einmal pro Monat finden Treffen der Gruppe statt – und zwar in verlässlicher Besetzung, das bedeutet auch, dass jede Leitungsperson nur jeweils eine*n Vertreter*in benennen kann. Durch die dadurch ermöglichte vertrauensvolle Zusammenarbeit herrsche eine hohe Offenheit untereinander und die Bereitschaft, miteinander um jeweils bedarfsgerechte Lösungen zu ringen – ohne Machtkämpfe und Zeigefingermentalität. Vielmehr zeichne sich die Zusammenarbeit durch ein hohes Engagement aller Beteiligten und wechselseitige Anerkennung aus. Dabei werde auch die Last des jeweils Fallzuständigen durch die gemeinsame Verantwortungsübernahme für getroffene Entscheidungen reduziert und selbstverständlich ist auch durch die Beteiligung der einzelnen Kooperationspartner*innen mit Entscheidungsbefugnis die Möglichkeit der Abkürzung von sonst langen Dienstwegen ermöglicht.

Anna Vetter war es wichtig zu betonen, dass innerhalb der Arbeit des Grenzgänger*innenprojekts, die seit 2014 besteht, noch kein einziges Mal die Unterbringung eines jungen Menschen in einer geschlossenen Jugendhilfeeinrichtung empfohlen und umgesetzt wurde. Oftmals waren hingegen individualpädagogische Auslandsmaßnahmen eine Empfehlung, die unter Vorschaltung eines Aufenthalts in der geschlossenen Kinder- und Jugendpsychiatrie zur grundlegenden Befähigung der jungen Menschen, Beziehungsangebote überhaupt wieder erfahrbar zu machen, umgesetzt wurden.

Ihr Fazit und zugleich Appell an die Teilnehmer*innen: Das Ohmsche Gesetz! Widerstand reduziert sich bei Parallelschaltung; entsprechend sieht Frau Vetter die größten Erfolgsaussichten, wenn Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gleichzeitig und in gut aufeinander abgestimmter Weise an „schwierigen Fällen“ gemeinsam arbeiten – beispielsweise in ähnlicher Form oder ähnlichen Strukturen wie die Clearinggruppe im Projekt Grenzgänger*innen.

Mit Blick auf die Zukunft, nannte Frau Vetter folgende Aspekte für eine verbesserte Zusammenarbeit im Dienste junger Menschen mit hochkomplexen Bedarfslagen (Vetter 2021, Folie 26):

- Gemeinsame Kriseneinrichtungen oder Clearingorte von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit klarem Auftrag und Unterstützung des Landesjugendamtes.
- Gleichzeitigkeit von sehr niederschweligen Angeboten und der Möglichkeit für geschlossene Unterbringung.

- Qualifizierung und Sensibilisierung für komplexe Traumatisierung und Macht-Ohnmacht-Dynamiken aufseiten der beteiligten Fachkräfte.
- Rechtssicherheit schaffen für die Menschen, die sich der schwierigen Kinder annehmen und gleichzeitig Sicherheit für die Kinder schaffen, die als schwierig gelten
- Prävention! Dafür sorgen, dass möglichst viele Kinder gute Bindungserfahrungen machen können.

Einblicke in die Arbeit des Trägers OSTKREUZ gGmbH – systemisch sozial handeln, Berlin – pädagogische und therapeutische Begleitung für weibliche Jugendliche mit komplexen Bedarfslagen

Im Anschluss gab Maximilian Schwarz, Psychologe, systemischer Therapeut und Leiter der intensiv therapeutischen Wohngruppe (TWG) „Efraims Töchter“ den Teilnehmer*innen einen Einblick in die Arbeit der Wohngruppe.

Zielgruppe von „Efraims Töchter“ sind Mädchen zwischen 12 und 16 Jahren, die gravierende Traumatisierungserfahrungen erlitten haben. Sie zeigen ein breites Spektrum klinisch-psychologischen/psychiatrischen Auffälligkeiten und blicken auf breite ambulante und stationäre Jugendhilfe-/Psychiatrie-Erfahrungen zurück. In der Wohngruppe werden insgesamt 8 Plätze vorgehalten, die den Mädchen für einen Aufenthalt von rund zwei Jahren zur Verfügung stehen.

Die Arbeitsweise der TWG fußt auf regelmäßigen Teamsupervisionen und Teamsitzungen – einerseits um jederzeit die Rückwirkungen des Klientelverhaltens auf das Team regulieren zu können, andererseits um den Austausch im Team intensiv und regelmäßig zu pflegen und so auch in akuten Krisensituationen miteinander handlungsfähig zu bleiben. Auch interne Konferenzen sowie Feedbackgespräche mit den Jugendlichen sind eine wichtige Säule der Arbeitsweise. Daneben ist die Arbeit in der Wohngruppe in einer Art Dreiecksverhältnis konzeptionierbar. Neben den Bezugsbetreuer*innen, die exklusive Ansprechpartner*innen für die Mädchen sind, exklusive Aktivitäten anbieten und durchführen sowie Organisations- und Netzwerkarbeit betreiben, steht die Arbeit eines Bezugstherapeuten, der wöchentliche Einzel-Therapiesitzungen durchführt, Krisenmanagement und Netzwerkarbeit betreibt und im Co-Team mit einem Familientherapeuten wöchentliche familientherapeutische Sitzungen anbietet. Die Arbeitsgrundsätze folgen Aspekten der Traumapädagogik, wie etwa die Vermeidung von Kontrollverlusten und dem Verweigern von Machtkämpfen in Eskalationssituationen. Daneben bilden Aspekte des gewaltlosen Widerstandes eine wichtige Säule, etwa Widerstand gegen gravierende Verhaltensweisen und die Aufschiebung von Konsequenzen, um einen zielführenderen Umgang zu finden oder auch der Einsatz von regelmäßigen Feedbackgesprächen. Entsprechend des systemischen Ansatzes werden alle den Mädchen bedeutsamen Bezugspersonen im Entwicklungsprozess berücksichtigt und laut Maximilian Schwarz mit in die Arbeit einbezogen. Last but not least wird auf Aspekte aus dem Motivational Interviewing gesetzt, das bedeutet die Kommunikation zwischen Fachkräften und Klientinnen baut auch darauf auf, Anregungen zur Veränderung und Veränderungswünsche zu wecken. Wenngleich die relativ kleine Gruppe mit 8 Plätzen Schwarz zufolge überproportional Ressourcen bindet, verdienen gerade die hochbelasteten

die bestmögliche Unterstützung, die dringend auf eine Verschränkung von pädagogischen und therapeutischen Ansätzen angewiesen sei.

Verantwortungsgemeinschaft – nicht Notlagengemeinschaft! Mythos Kooperation?

Zum Abschluss der Tagung fasste Dr. Mike Seckinger, wissenschaftlicher Referent in der Abteilung Jugend und Jugendhilfe und im Projekt „Jugendhilfe und sozialer Wandel – Leistungen und Strukturen“ am Deutschen Jugendinstitut e.V. in München, die wichtigsten Ergebnisse und Beobachtungen aus dem Tagungsverlauf für die Teilnehmer*innen zusammen. Einleitend hob er hervor, dass die Tagung einmal mehr gezeigt habe, dass Ermutigung, sich den Mühen interinstitutioneller Kooperation auszusetzen Not tue, denn nach wie vor stünden im Mittelpunkt der Diskussionen vorrangig die Probleme und weniger die Erfolge dieser Arbeit. Zugleich sei ein deutlicher Konsens erkennbar, dass Kooperationen Potenziale für Verbesserungen in sich bergen, womit zugleich eine gute Ausgangsposition für gelingende Kooperationen geebnet sei.

Der Begriff inter-institutionelle Kooperation bezeichnet nach Seckinger und Van Santen (2003, S. 23) folgendes:

„Kooperation ist ein Verfahren – also kein inhaltlich definierbarer Handlungsansatz – der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird.“ (s. Seckinger 2021, Folie 7). Wichtig dabei sei im Blick zu behalten, dass es zunächst um die Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen auf verschiedenen Ebenen gehe – und nicht zuerst um die Kooperation zwischen einzelnen Fachkräften. Auch die Fragen: Wer sind denn eigentlich meine Kooperationspartner? Und wer kann mir am ehesten helfen, eine bessere Lösung zu finden?, sind mit Blick auf die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht unbedingt einfach zu klären, da sich hinter beiden Systemen eine ganze Reihe von verschiedenen Institutionen verbergen. Aufgrund der Vielfalt unterschiedlicher Institutionen, die als Institution und zugleich auf der Ebene der einzelnen Fachkräfte durchaus unterschiedliche Ziele verfolgen, sei es in jedem Fall lohnenswert auszutarieren, welches konkrete Ziel jeweils von wem tatsächlich verfolgt werde. Auch betonte Dr. Mike Seckinger, dass bei jeder Kooperation hinterfragt werden solle, ob das jeweilige Ziel oder die Problemlösung nicht ggfs. einfacher alleine zu erreichen sei. Kooperationen fordern viel von den jeweils Beteiligten ab – sie leben weniger von Harmonie, sondern bedürfen des konstruktiven Streits und des Aushandelns von Angemessenheiten. Dafür wiederum braucht es Offenheit für die jeweils anderen Perspektiven und Orientierungen sowie Konfliktfähigkeit und Durchhaltevermögen. Eine zu schnell in Eindeutigkeiten aufgehende Kooperation, diene möglicherweise eher den an ihr beteiligten Fachkräften als den jungen Menschen und ihren Familien für die eine Lösung gefunden werden muss. Für gelingende inter-institutionelle Kooperation im Dienste der Klienten sei es außerdem bedeutsam, dass die jeweiligen Kooperationspartner*innen Wissen über die Strukturen, Handlungsmöglichkeiten und Handlungslogiken der Kooperationspartner*innen erwerben. Dies sei eine kontinuierliche Aufgabe für alle an Kooperationen Beteiligte. Daneben bedarf

einer kontinuierlichen Beteiligung der Adressaten sowie einer Berücksichtigung ihrer Wünsche, wer am Hilfeprozess beteiligt werden soll. Damit der erhebliche Aufwand, der mit inter-institutionellen Kooperationen verbunden ist, auch betrieben werden kann, braucht es die erforderlichen Rahmenbedingungen: Das bedeutet sowohl, dass die Kooperationsarbeit vergütet wird als auch, dass Kooperationskompetenzen aufgebaut und kooperationsfeindliche interne Abläufe abgebaut werden. Zusammenfassend gab Dr. Mike Seckinger zum Abschluss der Tagung den Teilnehmer*innen folgende Orientierungsfragen mit auf den Weg:

- Welches Ziel verfolgt die Kooperation?
- Welche Probleme sollen gelöst werden?
- Sind die Richtigen versammelt? Wer fehlt?
- Bleibt die jeweilige Eigenständigkeit erhalten?
- Entsteht durch die Kooperationen ein Schaden, zum Beispiel für Adressaten?
- Ist der Aufwand gerechtfertigt? Und womit wird die Einschätzung hierzu begründet?
- Welche Erfolge hatten Sie bisher?
- Ist die aktuelle Kooperation in ein breiteres Netzwerk integriert?
- Bin ich für die Kooperation ausreichend qualifiziert (insbes. in Bezug auf Strukturwissen, Handlungslogiken, Fachsprache)?
- Was sind Themen für fallübergreifende und was für fallspezifische Kooperationen?
- Gehen von der Kooperation Impulse für die Weiterentwicklung der Hilfesysteme aus?
- Können wir gemeinsam Scheitern besser aushalten?

Mit diesen Fragen wurde unsere 10. Plattform für öffentlichen Erfahrungsaustausch beschlossen und zugleich der Impuls für weiterführende Diskussionen zum Thema gesetzt.

Zitiervorschlag: Dzengel, Jessica (2021): Tagungsbericht zur 10. Plattform für öffentlichen Erfahrungsaustausch (online) Dialogforum: Bund trifft kommunale Praxis, Berlin: <https://jugendhilfe-inklusiv.de/tagungsberichte/detail/31928>

Verfügbar unter: <https://jugendhilfe-inklusiv.de/tagungsberichte/detail/31928>