

Zwischen den Stühlen.....

Der uneindeutige Versorgungsauftrag heimpsychologischer Dienste

Jochen – Wolf **Strauß**, Traben- Trarbach

**Grundgesetz der Bundesrepublik
Deutschland, Artikel 2:**

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Der heimpsychologische Dienst – zwischen Luxus und Notwendigkeit – so könnte man einen Blick in die Landschaft und die unterschiedlichen Aufgabenspektren je nach Träger und Einrichtung auch überschreiben. Aus Sicht des heimpsychologischen Dienstes eines größeren evangelischen Trägers soll hier versucht werden, aus einer klinischen Betrachtung die Unabdingbarkeit heimpsychologischer Dienste zu beschreiben. Es gilt im gleichen Text, unser Modell einer Strukturentwicklung zu skizzieren und ein Plädoyer für die Nutzung der Kostenerstattung für ambulante Psychotherapien in diesem Rahmen zu entwerfen.

Die heimpsychologische Tätigkeit zeichnet sich durch eine außerordentliche Vielfalt an Tätigkeiten aus. In der Schnittmenge (oder an der Schnittstelle) unterschiedlicher sozialer und therapeutischer Professionen beheimatet, dürfen wir uns mit Klienten

unterschiedlicher Altersgruppen beschäftigen. Wir haben Aufgabenschwerpunkte in Pädagogischer Psychologie, Forensik, Entwicklungspsychologie und Psychotherapie. Speziell um Versorgungslücken und die Überbrückung eben dieser Versorgungsschwierigkeiten im ambulanten Bereich, soll es im folgenden Text gehen.

Grundlage und Maßstab unserer gemeinsamen Tätigkeiten in den Hilfen zur Erziehung (HzE) in allen Facetten ist der Wunsch, den Klienten dieser Maßnahmen ein eigenständiges Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Hilfen setzen da ein, wo die Betroffenen selbst oder das Helfersystem auf Grund der jeweils möglichen diagnostischen Beschreibungen zu dem Schluss kommen, das Ziel der Teilhabe an verbrieften Möglichkeiten sei perspektivisch nicht zu erreichen, wenn es nicht Hilfen von Außen gäbe.

Dieser Verweis auf wahrscheinlich bekannte Grundlagen und Zusammenhänge scheint mir in extenso hier deshalb notwendig, weil uns gerade in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen selbst oft aus dem Blick gerät, dass unsere Tätigkeiten keinem Selbstzweck folgen, sondern darauf zielen, Partizipation zu ermöglichen und die Möglichkeit der Teilhabe eben auch ein Gradmesser für ein Leben in Würde ist.

Im Absatz 1 des § 1 des SGB VIII klingt durch, dass Förderung und Hilfe auf die Möglichkeit zur Teilhabe an einem Leben in der Gemeinschaft abzielen. Das

gemeinschaftsfähige Individuum wird als entscheidungsfähig gedacht, eigenverantwortlich, selbstbestimmt und mit Handlungsoptionen, wobei die Reichweite der Eigenverantwortung und eigenen Möglichkeiten durch das Gemeinwohl bestimmt wird. Beides wird hier aber nicht als gegensätzlich, sondern aufeinander bezogen gesehen. Insbesondere – dies wird im Absatz 3.1. deutlich: es gelte „...Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen...“ (§ 1 (3).1. SGB VIII).

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Studien zur Versorgungssituation in stationären Jugendhilfeeinrichtungen, beziehungsweise zum Risikoprofil der betroffenen Jugendlichen überhaupt. Zwei Ausnahmen stellen die „JES“ – Studie (Jugendhilfeeffectstudie (JES), Schmidt et al., 2002) und die „Ulmer Heimkinderstudie“ (Schmid, 2007) dar, die ergänzt um Befunde aus dem angloamerikanischen Raum auch hinsichtlich der Prävalenzen für psychische Erkrankungen hier zitiert werden soll.

Die Autorinnen und Autoren der JES beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Inanspruchnahmeklientel ambulanter Hilfen. Psychische Auffälligkeiten wurden mit einer modifizierten Form der CBCL (Child-Behavior-Check-List) eruiert. Einbezogen in die „Ulmer Studie“ waren alle stationären Einrichtungen nach § 34 SGB VIII in Nordbaden, tatsächlich beteiligt haben sich etwa 50 Prozent dieser Einrichtungen. Was sich in der Studie im ambulanten Feld bereits abgezeichnet hat, lässt sich im stationären Kontext erwartungsgemäß bestätigen: 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen im stationären Feld müssen als hoch belastet gelten, zwei Drittel lassen sich als mit einer psychiatrischen Diagnose behaftet beschreiben, mehr als ein Drittel tragen Mehrfachrisiken. Als für unseren Kontext

besonders wichtig gelten hier die Kinder und Jugendlichen mit eindeutig diagnostizierbaren psychischen Erkrankungen: Schmid und die Ulmer Forschungsgruppe hatten hierbei keine Möglichkeit der Beschreibung und Trennung von Diagnosegruppen, erhoben werden konnte lediglich ein Belastungsscore. Dennoch decken sich diese Zahlen weitgehend mit unseren eigenen Beobachtungen.

Wir möchten noch zwei wichtige Überlegungen einführen:

1. Kinder und Jugendliche, die in stationäre Hilfeformen überführt werden, haben ein System unterschiedlicher ambulanter Hilfeformen durchlaufen, die in der Regel nicht erfolgreich abgeschlossen wurden. Dies ist eine an und für sich triviale Bemerkung, würde hier nicht deutlich, dass in dem Fortdauern unzureichender ambulanter Versuche nicht auch die Gefahr beschrieben wäre, dass sich gravierende psychische Probleme in dieser Zeit wahrscheinlich nicht abschwächen, sondern progredient werden und chronifizieren. Deshalb ist auch an dieser Stelle, also zu Beginn jedweder Hilfe eine eingehende psychologische Diagnostik parallel zu der obligaten sozialpädagogischen wichtig, die beispielsweise „Reifungskrisen“ von „behandlungspflichtigen“ Problemstellungen zu scheiden vermag.
2. Der zweite Punkt betrifft die Ursachen der zur HzE führenden Problemlagen: Viele dieser Kinder und Jugendlichen sind kumulativen und / oder massiven Traumatisierungen im Herkunftssystem ausgesetzt, seien es Formen von Gewalt oder Vernachlässigung - das betreffende Kind verbleibt in dieser traumatogenen Umgebung, im

schlimmsten Fall im Tätersystem. Spontanremissionen sind also nicht zu erwarten, sondern über die Dauer der Zeit entsprechende Symptomverstärkungen, was ergo auch die Notwendigkeit einer ausreichenden – auch psychologischen – Diagnostik am Anfang der Hilfen in Ergänzung zu den diagnostischen Überlegungen des ASD des Jugendamtes begründen müsste.

Sprich: Diese Kinder und Jugendliche kommen mit dieser teilweise schon lange dauernden Geschichte und fortdauernden Einschränkungen in chronifizierten Zuständen zur stationären Aufnahme – eine parallele Vorstellung beim psychologischen Dienst sollte also zwingend sein. Da sich in diesen Verläufen und Perspektiven andernfalls die zunächst als reaktiv begründeten Symptome zu Behinderungen zu verdichten drohen, nehmen sie das soziale Sicherungssystem in die Pflicht, wenn möglich präventiv, umgehend Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu beschreiben und bereit zu stellen: Der Gesetzgeber definiert im SGB IX den Sinn und Zweck der Leistungen nach diesem Sozialgesetzbuch dahingehend, es gelte den Eintritt von Behinderung zu vermeiden (§ 3), um auch unter der Maßgabe bereits eingetretener Behinderungen an den Bedürfnissen der Zielgruppen orientierte Hilfen (§ 1) zur Verfügung zu stellen, die die Teilhabefähigkeit der Betroffenen sicher stellen (§ 4 SGB IX).

Sozialrechtlich hat sich die grobschlächtige Abgrenzung von „behindert“ versus „nichtbehindert“ im Sinne einer normativen Erwartung durch die Sichtweise auf unterschiedliche Möglichkeiten oder Grenzen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verändert. Diese findet in der Beschreibung der ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps) der

WHO in einer ersten Fassung von 1980 ihren Niederschlag.

1999 wurde dieses Schema im ICDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning) verändert und erweitert. Hierbei sind nicht mehr die Defizite einer Person maßgeblich, sondern die für die betreffende Person relevanten Fähigkeiten und die soziale Teilhabe.

Beispielhaft für die erweiterte Begriffsdefinition unter Einbeziehung der Umgebung ist die Formulierung Alfred Sanders: „...*Behinderung liegt vor, wenn ein Mensch mit einer Schädigung oder Leistungsminderung ungenügend in sein vielschichtiges Mensch-Umfeld-System integriert ist...*“ (H. Eberwein, S. Knauer: Handbuch der Integrationspädagogik, Beltz 2002; zitiert: Wikipedia.de). Er führt Behinderung also nicht nur auf eine Schädigung oder Leistungsminderung eines einzelnen Menschen zurück, sondern auch auf die Unfähigkeit des Umfelds des betreffenden Menschen, diesen zu integrieren...“ (Quelle: Wikipedia.de)

Der Gedanke ausreichender Befähigung zur Teilhabe findet sich in einer Vielzahl von Beschreibungssystemen: So sieht Aaron Antonovsky in dem von ihm entwickelten Modell der Salutogenese Gesundheit und Krankheit nicht als gegensätzliche Entitäten, sondern das Modell formuliert dimensional, das heißt, über Wohlbefinden entscheidet nicht ein Expertenurteil entlang beispielsweise körperlicher Kategorien, sondern das betroffene Individuum entlang seiner Wünsche und Möglichkeiten zur Teilhabe. Deutlich ist dabei auch, dass auch ein Mangel des Umfeldes, auf die betroffenen Individuen und deren Problemstellungen angemessen zu reagieren, zur Beschreibung eines Menschen als „behindert“ führen kann, was im hier

beschriebenen Rahmen natürlich von herausragender Bedeutung ist.

Klienten in der stationären Jugendhilfe

Unterschiedliche Studien zur Evaluation von unterschiedlichen Hilfen zur Erziehung weisen daraufhin, dass Jugendhilfe nutzt: So berechnet das Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) in Mainz den gesellschaftlichen Ertrag einer gelungenen Jugendhilfeleistung mit 1:3: Für einen Euro, der in die Hilfe gesteckt wird, ergibt sich ein gesellschaftlicher Ertrag von drei Euro. „Ertrag“ klingt hier zynisch, soll aber pointiert darauf hin weisen, dass die Ex – Jugendhilfe – Klientel nach einer „gelungenen“ HzE deutlich weniger krank sein wird und staatliche Transferleistungen in Anspruch nehmen muss gemessen an Verläufen, in denen nicht ausreichend interveniert wurde. Dieser Art errechnet sich der volkswirtschaftliche „Nutzen“. Diese Ergebnisse sind Belege für die These, dass Jugendhilfe in vielen Bereichen ihre Aufgabe erfüllt, die Betroffenen zur Teilhabe an einem relativ selbstbestimmten Leben in der Gemeinschaft zu befähigen.

In den hier zugrunde gelegten Studien (vgl. auch JULE, Baur et al., 1998) wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Passgenauigkeit einer Hilfe als ein wesentlicher Prädiktor für ihr Gelingen gesehen werden kann. Diese Studien präferieren eine frühzeitige Entscheidung für eine stationäre Hilfeform, da sich erwiesen habe, dass ambulante Hilfen in der Regel über eine Kaskade von Hilfen beginnen und viele Kinder und Jugendliche über die Inanspruchnahme von Familienhilfen und Tagesgruppen letztlich doch im stationären Rahmen aufgenommen werden müssten. Dies wird auch deshalb als kontraproduktiv angesehen, weil ein Durchlauf unterschiedlicher Hilfeformen als

Risikofaktor für ein Scheitern der Hilfen insgesamt gesehen werden kann. Aus Perspektive der Klientel sprechen mindestens zwei Überlegungen für die Validität dieser Ergebnisse: Der Wechsel von einer in die andere Hilfeform ist aus der Perspektive des Kostenträgers wie der Klienten ein Ausdruck des Scheiterns der je beendeten Hilfeform und wird auch so kommuniziert.

Dies ist aus mehreren Gründen problematisch: Selbst da, wo das Hilfeersuchen aus dem Familiensystem der Betroffenen selbst stammt, bleibt die Definition und auch die Ausgestaltung der Hilfe doch in der Wahrnehmung als von außen kommend und läuft Gefahr, als übergriffig angesehen zu werden. Eine scheiternde Hilfe wird in dieser Ambivalenz als Scheitern des als übergriffig wahrgenommenen Helfersystems ergo positiv konotiert. Sie wird hingegen als Folge des eigenen Versagens attribuiert, wenn der Hilferuf aus der Familie selbst kam. In diesem Fall steigt die Irritation und Hilflosigkeit, das heißt, das intrafamiliäre System wird als noch defizitärer wahrgenommen als zu Beginn der Hilfe. Das Scheitern der mit allen Kompetenzen ausgestatteten Helfer wird als Beleg für die Nutzlosigkeit eigener weiterer Anstrengungen gesehen. Im besten Fall führt dies zu einer kompletten Unterwerfung der Familie unter die nun entstehende Hilfeeskalation, im schlechtesten Fall dient das Scheitern der Helfer als Beleg für die vollkommene Aussichtslosigkeit des Hilfeersuchens selbst oder als Beleg für die Insuffizienz des Helfersystems und seiner Strategien.

In den Fällen, in denen die Hilfe als staatlicher Eingriff gegen den Willen des Familiensystems wahrgenommen worden ist, wird das Scheitern positiv als Beleg für gelungenen Widerstand beschreibbar (wie gewisse kleine gallische Dörfer im Comic...). Alternative Hilfeangebote wirken

hier als Eskalation der Zwangsmaßnahmen gegenüber der Familie und werden – bei oft vordergründiger Zustimmung zu den Hilfen – entsprechend nachhaltig boykottiert und hintertrieben, wobei diese Szenarien oft mehr oder minder unbewusste Inszenierungen von im Einzelfall schweren neurotischen Auffälligkeiten oder Persönlichkeitsstörungen sind. Gravierend tritt hier auch hinzu, dass „mauernde“ Familiensysteme auch häufig Misshandlungen oder Misshandler oder Missbrauchsgeschehen schützen und auch deshalb eine nur oberflächlich intervenierende Hilfeform gerade noch akzeptiert werden kann, aber natürlich diese auch schon zum Scheitern verurteilt ist, wenn die Hilfe Gefahr läuft, der verdeckten Dynamik zu nahe zu kommen. Gemeinsam ist allen hier denkbaren und möglichen Szenarien, dass sie zu einem Verbleib des betroffenen Kindes oder Jugendlichen innerhalb des als dysfunktional beschriebenen familiären Zusammenhanges führen.

Studien zur Psychosomatik und / oder zu psychiatrischen Erkrankungsrisiken weisen daraufhin, dass kritische Erfahrungen junger Menschen gerade in vulnerablen Phasen ihrer Entwicklung als erstklassige Prädiktoren für später auftretende psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen gesehen werden müssen. Dies gilt auch für das Alter des Jugendlichen bei Eintritt in eine stationäre Maßnahme:

Als Faustformel kann gelten: *Je älter, desto chronisch!*

Sprich: Eine spät einsetzende Jugendhilfemaßnahme birgt ein höheres Risiko des Scheiterns, weil viele Eigenarten des jungen Menschen von diesem bereits als unabdingbarer Teil seines Selbst im Sinne der Stiftung von Identität wahrgenommen werden. Interventionen von Außen werden darüber

hinaus als Angriff auf die stärkere Betonung der eigenen Autonomie wahrgenommen und entsprechend abgewehrt. Dies erschwert die Partizipation an Hilfen in der Regel erheblich.

Dies ist auch vor dem Hintergrund der Neurobiologie des Lernens erwartbar: Gehirnentwicklung und –reifung werden als „nutzungsabhängig“ gesehen (vgl.: Caspary, 2006). Unser Gehirn wird beschrieben mit einer unglaublichen Plastizität: Babys entwickeln einen großartigen „Überschuss“ an Neuronen, der Höhepunkt dieser Entwicklung im Überfluss ist im dritten Lebensjahr zu sehen, dann reift und strukturiert sich das Gehirn entlang des Lebenszusammenhanges des jungen Menschen. Häufig genutzte Verbindungen, Routinen also, verstärken sich, Lernerfahrungen die nicht so häufig genutzt werden, werden in nachgeordneten Netzwerken geparkt, ohne je ganz verloren zu gehen. Dies gilt für den Gesamtkontext von Lernereignissen: Wir nehmen Situationen ganzheitlich, also über alle verfügbaren sinnlichen und introzeptiven Modi wahr und speichern sie auch entsprechend im Verbund. Schleifen - also wiederkehrende Ereignisse mit gleicher Einwirkweise werden ähnlich gespeichert - und verstärken die zugehörigen assoziativen Netzwerke und sorgen dafür, dass etwa situativ eventuell auch mögliche alternative Bewertungs- und Lösungsmöglichkeiten ungenutzt bleiben und sich eingefahrene Lösungsmuster als ausschließlich durchsetzen.

So trägt häufig ein Verbleib des betroffenen Jugendlichen in dem dysfunktionalen System erheblich zur Chronifizierung bei. Hier schafft eine nicht angepasste Hilfe eine Situation, die die Hilfeplanung, spätestens nach Maßgabe des § 35a SGB VIII, nämlich unter dem

Aspekt „Behinderung“ zu verhindern, eigentlich vermeiden helfen sollte.

§ 35a SGB VIII

Der Gesetzgeber hat mit der Entwicklung des SGB VIII durch Zusammenführung unterschiedlicher – bis dato in unterschiedlichen rechtlichen und sozialen Unterstützungssystemen angesiedelten - Bedingungen und Hilfen unter das Jugendhilferecht, den besonderen Bedingungen der Jugendhilfe Sorge tragen wollen. Mit Inkrafttreten des SGB IX im Jahre 2001 ist die Jugendhilfe zum Rehabilitationsträger geworden. Wie sieht nun dieser rechtliche Rahmen aus?

Der § 35a verlangt eine zweistufige Beschreibung dessen, was von den mit dem jungen Menschen befassten Fachleuten als „seelische Behinderung“ betrachtet wird: Nach Abs. 1 ist die Feststellung einer solchen zum einen an die Vergabe einer Diagnose nach ICD 10 gebunden, zum zweiten muss die prognostizierte Dauer der „Behinderung“ mehr als ein halbes Jahr betragen. Darüber hinaus muss mit einer zweiten Einschätzungsebene beschrieben werden, wie und in welcher Weise sich die nach den Anforderungen des Abs. 1 beschriebene „Störung“ psychosozial auswirkt. Damit wird unter anderem den Entwicklungsschüben und der Entwicklungsdynamik von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen.

Die Diagnostik kann nur in Händen einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft erfolgen, diese ist entsprechend in die Hilfeplanung einzubeziehen. Anders formuliert: Hier verlässt der Beschreibungsprozess die Möglichkeiten der Beschreibung und Intervention innerhalb pädagogischer Möglichkeiten, bei Vermutungen und Verdachtsmomenten auf das Vorliegen

einer psychischen Störung oder der Entwicklung einer solchen ist also das Hinzuziehen eines Fachdienstes mit klinischer Ausbildung vonnöten. Dieser Klärungsprozess sollte zügig erfolgen: Der Hilfeplanungsprozess selbst hat ja seine Geschichte – meist haben die Herkunftsfamilien, unterschiedliche Helferinterventionen wie geschildert, nicht gefruchtet, das heißt, das oben skizzierte Zeitkriterium kann als erfüllt gelten, so dass adäquate Hilfe, zumindest aber eine klärende Diagnostik umgehend nach der stationären Aufnahme erfolgen sollte.

Erforderlich hierzu ist allerdings – dies sei im Vorgriff auf konkrete Planungsüberlegungen hier schon eingeführt, dass eine entsprechende Einwilligung der Sorgeberechtigten, inklusive einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung bereits Teil des Aufnahmeprozesses ist. Zumindest sollte die begleitende Diagnostik oder Vorstellung beim psychologischen Dienst im Hilfeplan aufgenommen sein und das zugehörige Protokoll von allen Sorgeberechtigten gegengezeichnet werden. Andernfalls laufen Jugendhilfe wie psychologischer Dienst Gefahr rechtlicher Schritte der nichtbeteiligten Sorgeberechtigten. Hier wie im weiteren Ablauf sollten die Rahmenrichtlinien für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen analog angewendet werden.

Ein Großteil der Jugendhilfeeinrichtungen verfügt über ein internes Qualitätsmanagement. Teil eines solchen ist meist auch ein den Hilfeverlauf abbildendes und evaluierendes System, wir beziehen uns hier auf EVAS¹ des IKJ. Hier wird der Hilfeverlauf über einen ausführlichen Aufnahmeprozess, halbjährliche Stuserhebungen und eine Abschlussdokumentation beschrieben. Teile des Aufnahmebogens orientieren sich an der Systematik des MAS (Remschmidt et al., 2009). Diese Fragen

und Items (24ff des Aufnahmebogens in EVAS) sind von einer pädagogischen Fachkraft letztlich nur durch Übertrag einer entsprechenden Vordiagnostik, zum Beispiel seitens einer Kinder- und Jugendlichen– Psychiatrie ausfüllbar, ansonsten bedarf es zwingend der Zusammenarbeit mit einer klinisch geschulten Fachkraft, um durch Ausschluss entsprechender Diagnosen oder Risiken den Hilfebedarf als Stuserhebung vollständig einschätzen zu können. Hier können natürlich nur bereits abschätzbare Risiken einfließen – war der junge Mensch bisher scheinbar unauffällig, besteht natürlich das Primat des pädagogischen Prozesses: Die Hinzuziehung des Psychologischen Fachdienstes kann aber hier schon zur Befundintegration dienen: das heißt, eine Durchsicht der bisher über den jungen Menschen bekannten Informationen, insbesondere der Befundberichte möglicher medizinischer und psychotherapeutischer oder psychiatrischer Fachdienste, um eine erweiterte Bedarfseinschätzung vorzunehmen. Darüber hinaus ist auf diese Weise gewährleistet, dass der heimpyschologische Dienst von den jungen Menschen selbst, aber auch von den pädagogischen Fachkollegen als Bestandteil des Regelprozesses wahrgenommen wird, was Schwellenängste mildern hilft.

Eine bei Aufnahme in eine teilstationäre oder stationäre Maßnahme vorliegende Diagnose nach ICD 10 kann nicht folgenlos bleiben. Auch eine, bei vorausgehender Behandlung durch eine(n) niedergelassene(n) Kinder- und Jugendlichenpsychiater(in) oder in der KJP² begonnene medikamentöse Behandlung erfordert, folgt man den einschlägigen Behandlungsrichtlinien der DGKJP³, eine begleitende psychotherapeutische Behandlung. Dies

bedeutet in Ergänzung: Im Protokoll des Hilfeplangesprächs ist seitens der Fachkraft des ASD zwingend eine drohende seelische Behinderung zu befunden, möchte der Kostenträger sich nicht später Regressforderungen seitens der Betroffenen oder Angehörigen stellen müssen. Dies gilt meines Erachtens, obwohl die vorgenannten Behandlungsrichtlinien lediglich Empfehlungen darstellen. Ihre Existenz alleine ist eine Beschreibung von Behandlungsvorstellungen „state of the art“⁴.

Selbiges gilt auch für eine im Rahmen der Aufnahme-prozedur oder im Verlauf der jeweiligen Hilfe gewonnenen Diagnose durch den entsprechenden Fachdienst. Hier sind an die Diagnosestellung mehrere Forderungen zu stellen:

Die Diagnosestellung bedarf eines klinisch geschulten Diagnostikers. Klinische Vorkenntnisse sind in der Regel über eine entsprechende Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut oder zumindest die „Heilkunderlaubnis Psychotherapie“ nach dem Heilpraktikergesetz gegeben. Ansonsten gelten die Richtlinien der psychologischen Fachgesellschaften hinsichtlich der Diagnostik und Berichterstattung. Die Diagnose sollte, entlang der zugrunde liegenden schulenspezifischen ätiologischen und nosologischen Modellen folgen und in einen entsprechenden Behandlungsvorschlag münden. Insgesamt folgt dieser Prozess, wie eine nachfolgende eventuelle Psychotherapie den vorgegebenen Behandlungsrichtlinien für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

Behandlungsvorschläge

Mit Inkrafttreten des
Psychotherapeutengesetzes hat der

Gesetzgeber die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung auch von Kindern und Jugendlichen von einer entsprechenden Approbation und – in der Regel – von einer entsprechenden Behandlungsmöglichkeit - dokumentiert über einen Kassenarztsitz - abhängig gemacht. Vorher bestehende Möglichkeiten der Abrechnung über das Modell der so genannten Kostenerstattung und das Prinzip des „Delegationsbehandlers“ gehören seitdem der Vergangenheit an.

Den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt der Sicherstellungsauftrag: Hier geht es im Wesentlichen darum, dass jede(r) attestiert Hilfsbedürftige in zumutbarer Art und Weise adäquate Hilfe seitens der oben genannten Vertragspartner erhält, beziehungsweise angeboten bekommt. Nach den §§ 72 und 75 des SGB V besteht die Aufgabe der beiden Systempartner „Kassenärztliche Vereinigung“ und „Krankenkasse“ darin, sicherzustellen, dass bei Vorliegen einer Krankheit oder Krankheitsfolge die Betroffenen schnellstens adäquate Hilfe bekommen. Kann dieser Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt werden, sind die Betroffenen zur Ersatzleistung berechtigt, diese erfolgt dann im Rahmen der so genannten Kostenerstattung (§ 13 SGB V), also die Erkrankten suchen sich einen aus ihrer Sicht geeigneten Behandler, der dann direkt mit der Kasse abrechnet.

Die Versorgungsrealität mit Psychotherapieplätzen, gerade in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist in der Regel dergestalt, dass ein Kind, ein(e) Jugendliche(r) meist erst nach längerer Wartezeit einen solchen Platz in Aussicht hätte. Addieren wir nun die Vorlaufzeiten aus dem oben beschriebenen Abläufen im Hilfesystem nach KJHG hinzu, ist davon auszugehen, dass das Zeitkriterium von „mindestens

sechs Monaten“ Verlauf, welches der § 35a als Übergang in die „seelische Behinderung“ als zu erfüllen fordert, mehr als übererfüllt ist: Chronifizierung und damit Behinderung sind ergo eingetreten oder unabwendbar. Das Sozialstaatsgebot des Art. 2 GG, Menschen die Möglichkeiten zur Teilhabe zu ermöglichen, kann an dieser Stelle als verletzt gelten, damit ist die Verweigerung von adäquaten und zeitnahen Hilfen in der Jugendhilfe, ambulant wie stationär, auch als Weigerung zu sehen, den Betroffenen ein Leben in Würde zu ermöglichen (Art. 1 GG).

Wir können also davon ausgehen, dass ein Mangel an zugelassenen Behandlern nicht zu Lasten der Anspruchnehmer gehen darf, der Gesetzgeber hier also Vorsorge für den Fall getroffen hat, dass es zu Versorgungsengpässen kommen könnte. Hier soll keine Rolle spielen, dass mit dem Übergang in das kassenärztliche Abrechnungssystem nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes der Versorgungsmangel politisch gewollt und künstlich erzeugt wurde, um den Markt im Sinne eines Flaschenhalses zu verengen, der mit dem Entstehen einer neuen Facharztgruppe aus „Psychologischen Psychotherapeuten“ entstand – hier geht es schlicht darum, dass eine Vielzahl von Betroffenen seitdem keine adäquate Hilfe neben den Hilfen nach SGB VIII erhält – und dies sehr wohl zum Schaden der Betroffenen. Hier also weist die Möglichkeit, die Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen einen Weg.

Der heimpsychologische Dienst hätte also die Aufgabe, aufnahmebegleitend eine Stuserhebung vorzunehmen: hierbei handelt es sich um eine Sichtung der den jungen Menschen begleitenden Unterlagen bezüglich möglicher Vorbefunde oder Auffälligkeiten, die auf psychopathologische Prozesse schließen lassen.

Der Aufnahmeprozess im pädagogischen Bereich schließt ebenfalls eine Stuserhebung ein: Hier wird der pädagogische Mitarbeiter spätestens dann, wenn er die im Qualitätssteuerungssystem zu beantwortenden Fragen nach möglichen psychischen Auffälligkeiten aus den Unterlagen nicht zweifelsfrei verneinen kann, den psychologischen Fachdienst hinzu ziehen müssen.

Der originäre Versorgungsauftrag der heimpyschologischen Dienste an der Schnittstelle zwischen Pädagogischer und Klinischer Psychologie verbietet zunächst die Übernahme des möglichen therapeutischen Auftrages, da das Vorliegen einer Psychotherapieindikation eine Anschlussbehandlung unter dem Dach des SGB V als Regelweg nötig macht. Dies ist widersinnig: Die Mehrzahl der Kolleginnen und Kollegen der heimpyschologischen Dienste verfügt über eine psychotherapeutische Basisausbildung. Da, wo keine Approbation nach PsychTG vorliegt, verfügen sie in der Regel über die entsprechende Heilkundeerlaubnis. Im „Zentrum für lebenslanges Lernen“, dem heimpyschologischen Dienst der Hilfen zur Erziehung der „Rheinischen Gesellschaft für Innere Mission und Hilfswerk GmbH“, hat die Mehrzahl der Kollegen auch eine kinder- und jugendpsychotherapeutische Ausbildung nach Maßgabe der jeweiligen Fachschulen, alle haben eine traumatherapeutische Zusatzausbildung. Warum also dieses Potential ungenutzt lassen, gerade im Hinblick auf die eklatanten Versorgungsmängel im psychotherapeutischen Bereich?

Der § 43 SGB I beschreibt nun innerhalb der Sozialversicherungssysteme die Schnittstelle auch zwischen beiden Versorgungssystemen: Das Jugendamt als vorrangiger Leistungsträger (über die

Beantragung von HzE) könnte bei Vorliegen einer Indikation zur Psychotherapie angesichts des eklatanten Versorgungsmangels in Vorlage treten. Hierbei spielt es dann wahrscheinlich eine untergeordnete Rolle, ob hier über die Abwehr einer seelischen Behinderung, also über den § 35a SGB VIII begründet wird, oder über den Verstoß gegen den Sicherstellungsauftrag der Systempartner nach SGB V. Das Jugendamt könnte sich die Leistungen dann von den gesetzlichen Krankenkassen erstatten lassen. Das hieße, das Jugendamt erteilt in Kooperation mit den Eltern als vorrangiger Leistungsträger dem jeweiligen heimpyschologischen Dienst einen entsprechenden Auftrag. Wiesner geht in seinem Gutachten für die Landespsychotherapeutenkammer Berlin hier noch einen Schritt weiter: Er attestiert den Jugendämtern nach § 43 SGB I und § 16 SGB IX eine sofortige Zuständigkeits- und Leistungserbringungspflicht im Rahmen der Hilfeplanung (Wiesner, 2005, S. 48). Dies gelte selbst dann, wenn das Jugendamt zunächst der „falsche“ Adressat sei: Nach § 16 SGB I sei jede mit einem derartigen Antrag konfrontierte Sozialbehörde zu umfassender Unterstützung und sachgerechter Weiterleitung der Anträge verpflichtet.

Ganz sicher aber bietet der § 27 SGB VIII selbst im Absatz 3 die Möglichkeit, psychotherapeutische Hilfen als Annex-Leistungen zusätzlich zur pädagogischen Hilfen anzubieten – hier spiele dann auch ein möglicher Approbations-Vorbehalt keine Rolle

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass die Eltern als Sorgeberechtigte oder die Jugendhilfe, so ihr die Sorge für die medizinische Betreuung übertragen ist, die Organisation eines adäquaten Behandlungsplatzes übernehmen. Auch hier erfolgt eine Anfrage an die zuständige Clearingstelle der Krankenversicherung,

bei Fehlen einer zeitnahen Behandlungsalternative beauftragen die Sorgeberechtigten eine/n Therapeuten/Therapeutin ihrer Wahl und klagen auf Kostenerstattung. Musterverfahren aus dem ambulanten Bereich legen nahe, dass spätestens in der zweiten Instanz die beklagten Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung, je für diesen Einzelfall, ein entsprechendes Urteil zähneknirschend akzeptieren. Eine vierte Möglichkeit bestünde in Versorgungsverträgen, entweder zwischen den Jugendhilfeeinrichtungen und den Krankenkassen oder den Krankenkassen und den Jugendämtern über die Zahlung einer Pauschale zur Abdeckung der in den Einrichtungen auflaufenden Therapiekosten. Diese Mittel würden dann nach Bedarf abgerufen. Dies hätte – neben den sofort abrufbaren Leistungen nach § 27,3 SGB VIII - den Vorteil, dass weitere Wartezeiten entfallen würden. Hierin sieht auch Wiesner den wohl geeigneten Weg aus den beschriebenen Dilemmata, dass nämlich psychotherapeutische Hilfen im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB VIII als „Komplexleistungen“ zu betrachten sind, die eine paritätische Finanzierung durch die Kostenträger für Leistungen aus beiden Sozialgesetzbüchern, V wie VIII, als wünschenswert erscheinen lassen (Wiesner, 2005, S. 51).

Fazit

„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es...“ wird Erich Kästner gerne zitiert. Für die Jugendhilfe und die Kostenträger ist es von zentraler Bedeutung, dass der heimpyschologische Dienst eine wichtige Schnittstelle zwischen pädagogischen, medizinischen, forensischen und psychotherapeutischen Versorgungssystemen darstellt. Der

Versorgung in den HzE, speziell in den stationären Hilfen hat der Gesetzgeber 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz einen Bärendienst erwiesen: Die Auslagerung der psychotherapeutischen Hilfen in eine ambulante Versorgung bei gleichzeitigem Kahlschlag in dieser Versorgungsstruktur hat sowohl in der Versorgung Erwachsener als auch von Kindern und Jugendlichen zu erheblichen Versorgungsmängeln geführt, streng genommen also zu einem verfassungswidrigen Zustand geführt, da die Teilhabemöglichkeiten gerade der jungen Menschen mangels adäquater Versorgungsmöglichkeiten massiv eingeschränkt sind.

Es ist ein großer Fortschritt gewesen, Psychotherapien überhaupt als Kassenleistungen einzubeschreiben – das implizite Ausklammern einer Hoch-Risiko-Gruppe aus der Versorgung ist durch Nichts zu rechtfertigen. Die derzeitige Versorgungssituation verstößt gegen das Sozialstaatsgebot der Verfassung – es gäbe ausreichend gesetzeskonforme Möglichkeiten, den impliziten Versorgungsauftrag an die Jugendhilfe wieder dahin umzuleiten, wo Gelder zu seiner Erfüllung bereitgehalten werden: Hier müssten sich Jugendhilfeeinrichtungen und Jugendämter bis in die politischen Spitzen nur einig sein, dass selbst da, wo die therapeutische Hilfe eine Annex-Leistung nach § 27, Abs. 3 SGB VIII wäre, im Prinzip die Krankenkasse zu beteiligen wäre.

Literatur

Behandlungsleitlinien unter:
http://www.dgkjp.de/de_leitlinien_162.html
Caspary, R., Roth, G., Spitzer, M., Lernen und Gehirn, Freiburg, 2006

Faber, F.R., Dahm, A., Kalinke, D.,
Kommentar Psychotherapierichtlinien,
München, 1999

Fegert, J., Schrapper, C., Handbuch
Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie, Weinheim,
2004

Kuhlmann, Carola: Rezension von:
Mascenaere et al., Evaluationsstudie
erzieherischer Hilfen, Freiburg im
Breisgau, 2005

<http://klinkhardt.de/ewr/74811530.html>

Grundgesetz zit. Nach:
<http://dejure.org/gesetze/GG/2.html>

Lehmkuhl et al., Ambulante Versorgung
kinder- und jugendpsychiatrischer
Störungen, Praxis der Kinderpsychologie
und Kinderpsychiatrie, 3,2009

Münder, J., Einführung in das Kinder- und
Jugendhilferecht, Münster, 1996

Remschmidt, Schmidt, Poustka,
Multiaxiales Klassifikationsschema für
psychische Störungen des Kindes- und
Jugendalters, Bern, 2009

Roos, Klaus, „Kosten-Nutzen-Analyse von
Jugendhilfemaßnahmen“ Klinge, 2002

Schleiffer, Roland: Der heimliche Wunsch
nach Nähe, Weinheim, 2007

Schmid, Marc: Psychische Gesundheit
von Heimkindern, Weinheim, 2007

Sozialgesetzbuch unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de>

Wiesner, R., Psychotherapie im Kinder-
und Jugendhilferecht; Gutachten im
Auftrag der
Landespsychotherapeutenkammer Berlin,
Berlin, 2005

Wolf, Klaus, Metaanalyse von Fallstudien
erzieherischer Hilfen hinsichtlich von
Wirkungen und „wirkmächtigen Faktoren
aus Nutzersicht, Wirkungsorientierte
Jugendhilfe, Münster, 2004

Wolf, Klaus, Das Leben im Heim – mit den
Augen der Kinder betrachtet, Sozial, 2,
2004

¹ Evaluation erzieherischer Maßnahmen

² Kinder und Jugendlichen - Psychiatrie

³ Deutsche Gesellschaft für Kinder und
Jugendlichen - Psychiatrie

⁴ Es sollen an dieser Stelle die kontroversen
Diskussionen um die Abhängigkeit vieler
Leitlinien von den Interessen der
Pharmaindustrie, die Tatsache z.T.
konkurrierender Leitbilder für unterschiedliche
Krankheiten in der Humanmedizin etc., außer
acht gelassen werden

Jochen-Wolf Strauß

Dipl.-Psychologe

Psychologisches Institut

„Zentrum für lebenslanges Lernen“

Maiweg 150

56841 Traben-Trarbach

strauss@zentrum-lebenslanges-lernen.de