

Studien und Praxishilfen
zum Kinderschutz

Silke B. Gahleitner |
Hans Günther Homfeldt (Hrsg.)

Kinder und Jugend- liche mit speziellem Versorgungsbedarf

Beispiele und Lösungswege für
Kooperation der sozialen Dienste

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Gahleitner, Homfeldt, Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf, ISBN 978-3-7799-2263-6

© 2012 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-2263-6>

Hans Günther Homfeldt und Silke B. Gahleitner

Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf – eine Einführung

Thomas ist acht Jahre alt. Er ist sehr verschlossen, kann schwer Kontakt aufnehmen, manchmal reagiert er jedoch auch ungehalten und aggressiv. In der Schule wird er von den anderen Kindern gemobbt und ausgegrenzt. Für Thomas ist es sehr schwer, dem Unterricht zu folgen. Thomas und seine drei älteren Schwestern (zwei, 18 und 20 Jahre) leiden aufgrund einer Alkohol-embryopathie durch den Alkoholabusus der Eltern während der Schwangerschaft unter einer kognitiven Beeinträchtigung. Eine geistige Behinderung ist zwar nicht diagnostiziert, eine Umschulung in die Förderschule wird bereits überlegt. In der Familie ist eine Familientherapeutin tätig, die in einem zumeist aufsuchenden Setting die Familie begleitet.

Die drei älteren Schwestern sind fremd untergebracht, die zwölfjährige Kathrin in einer Pflegefamilie, die 18-jährige Marina nach einem mehrjährigen Heimaufenthalt in einer eigenen Wohnung mit Mann und Kind – aufgrund einer Alkoholproblematik in engmaschiger Einzelfallbetreuung – und die 20-jährige Susanne in einem geschützten Arbeitsprojekt: Arbeiten und Wohnen. Die drei Schwestern gaben bei der Unterbringung vor vier Jahren schwere häusliche Gewalt durch den häufig stark alkoholisierten Vater an. Die Eltern jedoch äußerten, dass gegen die Kinder niemals Gewalt stattgefunden habe. Der Vater räumte allerdings ein, von Zeit zu Zeit ausfallend gegenüber seiner Ehefrau gewesen zu sein. Gewalt wird jedoch auch hier in Abrede gestellt.

Thomas war aus mehreren Unterbringungsformen entwichen und gab ebenfalls an, niemals Gewalt erlebt zu haben. Der Junge ist stark an beide Elternteile gebunden. Das Jugendamt entschied sich daher übergangsweise für eine Kombination verschiedener ambulanter Hilfen. Da Thomas an vielen Entwicklungshürden ohne Unterstützung gescheitert ist und die Eltern sich diesbzgl. keinen Rat wussten, wurde ihm zusätzlich zur Familientherapie eine Einzeltherapie „verschrieben“. Die Familientherapeutin arbeitete bereits seit mehreren Jahren in der Familie und hatte auch die Mädchen in die Unterbringungen vermittelt. Eine regelmäßige Familien- oder Einzelfallhilfe lehnten die Kindeseltern – ebenso wie die Fremdunterbringung des Jungen – ab.

Nach der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (vgl. Bundesgesundheitsblatt 2007) verfügt die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen heute über bessere Entfaltungschancen als je zuvor. Nie zuvor war das Leben individuell so nach eigenen Interessen, Begabungen und Neigungen gestaltbar. Nach den Ergebnissen derselben Studie geht diese Entwicklung jedoch mit einer besorgniserregenden Abwärtsbewegung für einen anderen Teil der Kinder und Jugendlichen einher (vgl. ebd.; vgl. auch Keupp 2009). Sie leben in gesundem Aufwachsen abträglichen Verhältnissen und sind von so vielen Verhaltensauffälligkeiten betroffen wie nur 5% oder sogar 1% der Kinder und Jugendlichen der Gesamtbevölkerung (vgl. Fegert/Besier 2010, S. 992). „In den sich verschärfenden Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel“, so kommentiert auch der aktuelle Kinder- und Jugendbericht (BT-Drs. 16/12860 2009), verschlechtert sich die „gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen“ (ebd., S. 161).

Auch die Familie, in der Thomas lebt, hat kein Einkommen zur Verfügung. Vater und Mutter haben keine abgeschlossene Ausbildung und schon lange aufgegeben, auf dem Arbeitsmarkt Chancen wahrzunehmen oder zu entwickeln. Die Kinder kennen nichts anderes als das monatliche Zurechtkommen mit den staatlichen Zuwendungen. Die Armut erstreckt sich jedoch bei Weitem nicht nur auf materielle Belange. Entwicklungsbedingungen und -chancen geraten in eine Diskrepanz zwischen „scheinbarer Möglichkeit“ und „überfordernder Wirklichkeit“: Heutiges Leben ist nicht nur gestaltbar, es ist auch dringend gestaltungsbedürftig (vgl. Keupp 2012).

„Das ‚moderne Individuum‘ benötigt eine hohe Flexibilität, ... ein waches Monitoring und eine ausgeprägte Kapazität der Selbststeuerung mit der Fähigkeit, das eigene Handeln selbstwirksam zu beeinflussen. ... Die Mehrzahl der jungen Leute schafft diese Anstrengung – aber eine Gruppe von heute schon etwa 20 bis 25 Prozent ist eindeutig überfordert. Sie kommt meist aus sozial benachteiligten Familien, die bildungsmäßig schwach und kulturell schlecht integriert sind.“ (Hurrelmann 2009, S. 13)

Wissenschaftliche Belege dafür häufen sich in den letzten Jahren. Nach den Daten des aktuellen WHO-Jugendgesundheits surveys (vgl. Richter/Hurrelmann/Klocke/Melzer/Ravens-Sieberer 2008) ist bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status die Krankheitshäufigkeit am höchsten (vgl. Ravens-Sieberer/Erhart 2008, S. 38 ff.). Sie erleiden häufiger Verletzungen, konsumieren häufiger psychoaktive Substanzen, haben ein schlechteres Ernährungsverhalten, sind häufiger übergewichtig und insgesamt häufiger physisch und psychisch beeinträchtigt. In der Kinderbetreuung oder Schule werden sie – wie Thomas – leichter zu Mobbing-Opfern (vgl. Melzer/Bilz/Dümmler 2008, S. 136). Ähnliche Zu-

sammenhänge gelten für die Situation der Eltern dieser Kinder. Sie sind weniger zufrieden als die Normalbevölkerung, häufiger physisch oder psychisch krank und geben so bereits Ausgangsbelastungen an ihre Kinder weiter (vgl. Ravens-Sieberer/Erhart 2008, S. 38 ff.). Es mangelt an wichtigen physischen wie psychischen Grundbedürfnissen (vgl. Borg-Laufs/Dittrich 2010).

Wenn man in den Überlegungen zudem berücksichtigt, dass Kinder aus Migrationsfamilien häufiger in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben, wie komplex sich traumatische Erfahrungen im späteren Leben entfalten können (vgl. dazu Gähleitner/Loch/Schulze 2012) und dass behinderte Kinder häufiger psychische Krankheiten entwickeln, wird deutlich, wie stark die oben beschriebene Komplexität noch mit zahlreichen anderen Einflussfaktoren angereichert ist. Bei einem beträchtlichen Anteil dieser Kinder und Jugendlichen können daher so schwere gesundheitliche Einschränkungen und ein so großer Mangel an Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verzeichnet werden, dass sie einen „besonderen Versorgungsbedarf“ aufweisen. Auch für sie gilt nach dem 13. Kinder und Jugendbericht (vgl. BT-Drs. 16/12860 2009, S. 103) jedoch der Anspruch auf ein ungeschmälerteres gesundes Leben. Dabei ist Gesundheit nicht als Selbstzweck zu betrachten, sondern bezieht sich auch auf Bereiche wie Lebensqualität und Teilhabe. Gesund ist demnach der, dem nichts fehlt, und zwar im persönlichen, im gesellschaftlichen und umweltbezogenen Mit-Sein (vgl. Meyer-Abich 2010, S. 377).

Auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN A/RES/61/106 2007; in Deutschland 2009 in Kraft gesetzt) vertritt den Anspruch, in allen Lebensbereichen Inklusion und Partizipation umzusetzen. Von einem Diversity-Ansatz ausgehend, wird „Behinderung als Bestandteil menschlicher Normalität, Vielfalt und Bereicherung betrachtet“ (Theunissen 2010, S. 24). Dadurch werden sämtliche Formen von Behinderung und Beeinträchtigung entindividualisiert und es entsteht die Chance, durch gezielte Beseitigung struktureller Barrieren einen umfassenden Antidiskriminierungsansatz umzusetzen (vgl. § 9 der UN-Behindertenrechtskonvention: UN A/RES/61/106 2007). Im Unterschied zum Integrationsgedanken, der von beeinträchtigten Menschen eine „Einpassung“ in bestehende Strukturen fordert und dabei „lediglich unterstützt“, verlangt der Gedanke der Inklusion vom umgebenden System die Bereitstellung gleicher Entwicklungschancen qua Programm und Struktur.

Das war auch der Gedanke des 13. Kinder- und Jugendberichts für Kinder und Jugendliche mit „besonderem Versorgungsbedarf“. „Der junge Mensch muss im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme stehen“ (BT-Drs. 16/12860 2009, S. 13). Die Aussage wird systematisch auch auf Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und schweren psychosozialen Belastungen bezogen, auf Kinder wie Thomas. Dieser menschenrechtlich fundierte Anspruch stellt das Gesellschaftssystem jedoch vor große Heraus-

forderungen, denn bei Kindern und Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf sind die sozialpädagogischen Strategien des Empowerments, der Ressourcenorientierung und auch die Annahmen der Agency-Theorien (vgl. Homfeldt/Schröer/Schwepe 2008) nicht unhinterfragt voraussetzbar. Da sich chronisch kranke Kinder und Jugendliche, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und traumatisierte Kinder und Jugendliche auch nicht „als Subjekte marktfähig“ (Böhnisch/Schröer 2011, S. 45) einbringen können, stellt ihre gesellschaftliche Teilhabe die Nagelprobe für den fett gedruckten Satz in der Stellungnahme der Bundesregierung dar.

1. Im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme?

Ein besonderer Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen besteht, wenn wegen massiver manifester bzw. drohender Risiken physischer, entwicklungsbezogener, verhaltensbezogener und seelischer Belastungen sowie Beeinträchtigungen ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen über übliche Hilfeleistungen hinaus erforderlich werden (vgl. Kanth/Kusch 2011, S. 75–107). Nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht (vgl. BT-Drs. 16/12860 2009, S. 103 f.) handelt es sich um Jungen und Mädchen mit entweder dauerhaften oder längerfristig bestehenden gesundheitlichen, verhaltens- und entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen, die Behinderungen anzeigen oder aber zu ihnen führen können. Oftmals sind die Kinder und Jugendlichen von multiplen Problemkonstellationen betroffen. Bereits im frühen Kindesalter wurde bei Thomas z.B. eine bestehende seelische Behinderung festgestellt. Nach § 35a SGB VIII hat er damit einen Rechtsanspruch auf die Gewährung von Eingliederungshilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Form der Hilfe richtet sich nach dem Bedarf des Einzelnen und kann entweder in ambulanten oder (teil-)stationären Einrichtungen geleistet werden.

1990 wurde das Jugendwohlfahrtsgesetz durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) abgelöst. 1993 wurde das SGB VIII dahin gehend geändert, dass die Eingliederungshilfe zum eigenständigen Leistungstatbestand wurde. Der Bereich der seelischen Behinderung mit § 35a SGB VIII wurde damals der Jugendhilfe zugewiesen (vgl. Lempp 2004, S. 9). Nachdem die sog. „Große Lösung“, also die Integration aller Kinder und Jugendlichen im SGB VIII, aufgrund zahlreicher Bedenken von Elternverbänden körperlich und geistig behinderter Kinder und der zuständigen Trägerverbände nicht zustande gekommen war, einigte man sich auf diesen Kompromiss; er wird daher als „kleine Lösung“ bezeichnet. Das Jugendamt ist damit gegenüber Thomas für den Bereich der seelischen Behinderung zum Rehabilitationsträger (vgl. Hahn/Herpetz-Dahlmann 2010, S. 3) geworden, während die geistige und körperliche Behinderung nach wie vor der Eingliederungshilfe nach SGB XII zugeschlagen ist.

Diese Aufteilung ist in praktischer Hinsicht jedoch weitestgehend obsolet. Der Grad der geistigen Behinderung im Zuge einer Alkoholembryopathie bei Thomas z. B. befindet sich ziemlich exakt an der Schnittstelle der beiden Systeme. Dieses Schicksal teilt Thomas mit vielen anderen Kindern. Bereits der Begriff der seelischen Behinderung ist schwer abzugrenzen, diagnostisch betrachtet ist bei Entwicklungsstörungen die Abgrenzung zu anderen Formen der Behinderung äußerst schwierig. Zudem können viele verschiedene psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zu einer seelischen Behinderung führen (siehe unten, diagnostische Feststellung des Bedarfs).

Diesen Gedanken hat der Gesetzgeber auch aufgegriffen. Schwerpunkt der Betrachtung nach § 35a SGB VIII soll nicht in erster Linie die Erkrankung selbst sein, sondern die darauf beruhende eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Bei der Hilfeplanung muss daher die sozialarbeiterische und sozialpädagogische Perspektive ebenso berücksichtigt werden wie die medizinisch-rehabilitative. In der Praxis vor Ort zeigt sich dabei, dass die realen Bedarfe sich keineswegs an den vorgegebenen Kategorien des Gesetzgebers orientieren, sondern – wie auch bei Thomas – Zuordnungsprobleme verursachen. Das Sozialsystem wiederum ist so organisiert, dass die Zuweisung eines „Falles“ zu einem bestimmten Teil des Sozialsystems die Möglichkeiten der Hilfeleistung bahnt, zugleich jedoch auch rahmt. Diese Vorgehensweise birgt die Gefahr, dass die Versorgung sich weniger am Wohl der Betroffenen orientiert als an der Minimierung entstehender Kosten. Kinder und Jugendliche werden von einem Ressort zum nächsten „verschoben“ und fallen unterwegs durch den Rost (vgl. Borg-Laufs 2007, S. 913 ff.).

Daraus entsteht häufig für Fachkräfte, Eltern und Kinder eine Odyssee zwischen verschiedenen scheinbar nicht zuständigen Kostenträgern (vgl. Fegert 1999). Funktionierende Kooperation zwischen den Zuständigkeitsbereichen Gesundheit, Soziales und Jugendhilfe wird an dieser Stelle zu einer entscheidenden Grundlage, um diagnostisch zusammenzuarbeiten, bestehende Barrieren der adäquaten Teilhabe am Leben bei Kindern und Jugendlichen zu überwinden und Kindern und Jugendlichen adäquate Hilfen und Entwicklungschancen zu bieten. Dies gilt insbesondere, wenn bereits die Teilhabe der Eltern am gesellschaftlichen Leben so eingeschränkt ist wie im Falle der Familie von Thomas. Die über lange Jahre anhaltende Alkoholproblematik, Arbeitslosigkeit und nicht aufgegriffene Gewaltdynamik hat die Kluft zwischen der Familie und dem Hilfesystem schwer überbrückbar gemacht. In der Sozialen Arbeit spricht man daher von der „hard-to-reach-Klientel“, die eine professionelle Unterstützung dringend benötigt, von Hilfeangeboten jedoch nicht oder nicht mehr profitieren kann (vgl. Labonté-Roset/Hoefert/Cornel 2010).

Auch für Thomas stellten die mehrfach bereitgestellten Versuche einer Fremdunterbringung – im Gegensatz zu seinen drei älteren Schwestern –

keine Entwicklungsmöglichkeit mehr dar. Thomas scheint weder für die Psychotherapeutin noch Familientherapeutin auf der Beziehungsebene erreichbar. Thomas ist inzwischen selbst „hard to reach“.

2. Entwicklungschancen und -risiken

Inzwischen ist Thomas zehn Jahre alt. Die Therapeutin berichtet auf der Hilfskonferenz nach 15 Monaten Arbeit mit dem Jungen, dass sie Thomas nur unregelmäßig sehe, sich erst langsam mehr Kontakt etabliere und sie das Gefühl habe, er lebe in einem hermetisch abgeschlossenen System nahezu ohne jede Teilhabe an der Außenwelt und Sozialisationsinstanzen sowie den sich dort bietenden Entwicklungsmöglichkeiten. Auch die Familientherapeutin sieht die Familie nicht regelmäßig, obwohl sie seit mehreren Jahren in der Familie arbeitet. Sie fühlt sich durch den Fall immer wieder bis an ihre Grenzen gefordert. Der Vater komme quasi gar nicht zu den vereinbarten Treffen, die Mutter habe mehrere Termine wahrgenommen. Immer wieder habe sie den Verdacht auf häusliche Gewalt, die Kindesmutter jedoch gebe stets andere Gründe für die Verletzungen und Knochenbrüche an. Sie verweise in ihren Erzählungen erschöpft und vorwurfsvoll auf die Zuständigkeit des Jugendamts, das sich vorerst erneut entschieden hat, den Jungen weiter in der Familie zu belassen. Der Junge bringe verbal wie nonverbal auch nach wie vor zum Ausdruck, dass er sich ein Leben in einer Fremdunterbringung nicht vorstellen könne, obwohl die Problemlagen in der Schule und zuhause immer mehr eskalieren. Nach der Einschulung in die Förderschule kann Thomas schon nach wenigen Monaten auch hier dem Unterricht kaum folgen. Neben der sozialen Isolierung häufen sich aggressive Durchbrüche und unkontrollierte Handlungen gegenüber anderen Kindern. Mit den drei Geschwistern besteht kein Kontakt mehr. Insbesondere die älteste Schwester grollt Thomas und dem Jugendamt, weil Thomas nach wie vor in der gewaltträchtigen Familie lebt. Bei Thomas wurde inzwischen eine Schädelknochenfissur ungeklärten Ursprunges diagnostiziert.

Werden in Fällen wie bei der Familie von Thomas frühe, präventive und resilienzfördernde Maßnahmen versäumt oder setzen sie zu spät ein, so greifen sie häufig nicht mehr. Der Hilfeverlauf bei Thomas und seiner Familie ist ein gutes Beispiel für solche und ähnliche Entwicklungen. Betrachtet man Thomas' Entwicklung vor dem Hintergrund zentraler Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten, die Kinder und Jugendliche für ein gesundes Aufwachsen im Sinn der Ottawa Charta (vgl. WHO 1986) benötigen, stellt man eine große Distanz fest.

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Grup-

pen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (ebd., S. 1)

Offenbar sind wir von der Forderung der Charta, allen Bürgern gesundheitliches Wohlergehen zu ermöglichen, noch weit entfernt.

Auf der Basis salutogenetischer Theoriebestände und Überlegungen zu Verwirklichungschancen (capability) und Befähigungsmöglichkeiten (agency) für Kinder und Jugendliche nennt Keupp (vgl. 2009, S. 101 ff.) als zentrale Ressourcen für gesundes Aufwachsen: „Urvertrauen“, eine Dialektik von Bezogenheit und Autonomie, die Entwicklung von Lebenskohärenz, die Schöpfung sozialer Ressourcen durch Netzwerkbildung, materielles Kapital als Bedingung für Beziehungskapital, demokratische Alltagskultur durch Partizipation und Selbstwirksamkeitserfahrungen durch Engagement. Welche dieser Ressourcen stehen Thomas zur Verfügung?

Stabile Bindungsverhältnisse, die Kontinuität und Verlässlichkeit bieten, jedoch auch angemessen Räume für die Exploration der Außenwelt und Autonomieprozesse sind als Grundlage für eine erfolgreiche Kompetenzentwicklung auf emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene existenziell (vgl. Bowlby 2006). Thomas ist zwar stark an seine Eltern gebunden, das geschlossene, gewaltgeprägte System führt jedoch zu einer „Angstbindung“, die wie in einem Teufelskreis immer engere destruktive Bindungsverhältnisse innerhalb des Systems etabliert, sich nach außen jedoch abschottet (vgl. Gahleitner 2011, S. 38; vgl. auch Grossmann/Grossmann 2004). „Eine Bindung, die nicht das Loslassen ermutigt, ist keine sichere Bindung, deswegen hängt eine gesunde Entwicklung an der Erfahrung der Dialektik von Bezogenheit und Autonomie.“ (Keupp 2009, S. 101)

Auf dieser Basis ist auch die Entwicklung von Lebenskohärenz und Lebenskompetenz beeinträchtigt. Die aktuellen Lebensbedingungen haben viele Aspekte bisher gültiger Wertesysteme endgültig hinter sich gelassen (vgl. Beck 1997). Das eröffnet vielen Kindern und Jugendlichen Chancen der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung, erfordert aber auch Fähigkeiten und Kompetenzen in der Lebensgestaltung (vgl. Keupp 2012). Eine sichere, Halt gebende Basis, die die Verarbeitung externer Eindrücke und Einstellungsmuster willkommen heißt und unterstützt, ist für Thomas nicht gegeben. Regeln, Normen, Ziele und Wege zu verstehen, in einem demokratischen Teilhabeprozess mit auszuhandeln und mitzugestalten, wird für ihn nur sehr schwer möglich sein. Die kognitive Beeinträchtigung stellt ihn zusätzlich vor Orientierungsschwierigkeiten und tagtägliche Ohnmachtserfahrungen in einer Welt, in der „Erwachsenwerden ein Projekt ist, das in eine Welt hineinführt, die zunehmend unlesbar geworden ist“ (Keupp 2001, S. 3).

Eine gute soziale Eingebundenheit könnte hier unterstützend wirken. „Für offene, experimentelle, auf Autonomie zielende Identitätsentwürfe ist

die Frage nach sozialen Beziehungsnetzen von allergrößter Bedeutung“ (Keupp 2009, S. 102). Der Aufbau sozialer Bezüge gestaltet sich für Thomas – wie bei vielen Kindern und Jugendlichen, die einem gesteigerten Risiko ausgesetzt sind, problembelastete Lebensverläufe zu entwickeln und nicht angemessen am Leben teilhaben zu können – jedoch schwierig. Peerbeziehungen und außerfamiliale Kontakte, die für Thomas in der weiteren Entwicklung immer zentralere Bedeutung erhalten werden, sind nicht vorhanden, in der Schule wird er massiv ausgegrenzt. Die materielle Armut der Familie verhindert die Möglichkeit, andere Teilhabesysteme zu etablieren, in denen von den Kindern Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht, neue Lebensformen erprobt und eigener Lebenssinn entwickelt werden könnten (vgl. Biwo/Hammer 2010).

„Unser ‚soziales Kapital‘, die sozialen Ressourcen, sind ganz offensichtlich wesentlich mitbestimmt von unserem Zugang zu ‚ökonomischem Kapital‘“ (Keupp 2009, S. 102). Gerade Menschen aus sozial benachteiligten Schichten wie Thomas haben daher nicht nur besonders viele Belastungen zu verarbeiten, die dafür erforderlichen Unterstützungsressourcen in ihren Lebenswelten sind auch eher unterentwickelt. Gezielte professionelle und sozialstaatliche Förderung der Netzbildung bei diesen Bevölkerungsgruppen ist daher besonders relevant (vgl. ebd.). Eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse würde hier eine Chance darstellen. Die Kontaktaufnahme zu professionellen Helfern ist in der Familie von Thomas allerdings inzwischen angstbesetzt und aufgrund der Fremdunterbringung der Geschwister gestört. Weitere Hilfeabbrüche verringern die Wahrscheinlichkeit, neues Vertrauen in das Hilfesystem zu entwickeln (vgl. Gahleitner 2011, S. 18 f.; vgl. auch Schmid 2010).

3. Die Schwierigkeit, kooperativ zu denken

Zielsetzung wäre, Kinder und Jugendliche, die „verletzt wurden, verletzt sind und selbst verletzen“ (Opp 2008, S. 75) in besonderem Maße zu versorgen. „Besonderer Versorgungsbedarf“ bedeutet in diesem Zusammenhang, Lösungen für solche und andere hohe Konzentrationen von Belastungssituationen zu finden (vgl. Schmid 2010). Nach aktuellen Ergebnissen ist der Hilfebedarf gerade bei mehrfach belasteten Kindern und Jugendlichen massiv gestiegen (vgl. EVAS: Institut für Kinder- und Jugendhilfe 2004). Dabei hat insbesondere der Anteil der gemeinsamen Klientel der Sektoren Jugendhilfe und Jugendgesundheit zugenommen (vgl. Beck/Warke 2009). Von früheren Untersuchungen, die 10–15% gemeinsame Kinder- und Jugendliche im Jugendhilfe- und Gesundheitssystem ausweisen, belegen die Zahlen bereits um das Jahr 2000 30% gemeinsame Klientel (vgl. Darius/Hellwig/Schraper 2001, S. 111 ff.). Die momentane Versorgung be-

antwortet offenbar nicht ausreichend die dringlichen psychosozialen Problemlagen, die aus Familienzerrfallsprozessen, aus Migrationsprozessen, aus sozialer Ausgrenzung bzw. Randständigkeit oder aus Armut resultieren (vgl. BT-Drs. 16/12860 2009). Es bedarf daher einer gezielten (Weiter-)Entwicklung adäquater Interventionsformen, um psychosozial bedingte Beeinträchtigungen zu beeinflussen und zugleich der sozial bedingten Ungleichverteilung als Entstehungsursache angemessen begegnen zu können (vgl. Pauls/Mühlum 2005; vgl. auch Pauls 2004, 12 f.).

Die Umsetzung einer Hilfe im Falle sog. „seelischer Behinderung“ nach § 35a SGB VIII erfordert daher nicht umsonst qua Gesetz den Einsatz von verschiedenen Fachkräften aus den Bereichen Medizin, Psychologie, (Heil-)Pädagogik und der Sozialen Arbeit. Kooperative und partnerschaftliche Arbeitsweisen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesegmenten gewinnen also zunehmend an Bedeutung (vgl. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S. 257 ff.). Die Abgrenzungsprobleme bei Hilfen, für die unterschiedliche Trägersysteme zuständig sind, sind dabei nur eines der genannten Probleme. Kooperation und Vernetzung werden zwar überall propagiert, der inhaltliche, zeitliche und finanzielle Aufwand dafür jedoch häufig massiv unterschätzt. Der bekannteste Abwehrreflex gegen die damit einhergehenden Überforderungen ist „fachlicher Autismus“ (du Bois 2004).

Als Stolpersteine für Kooperation in Bezug auf die alltägliche Praxis zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie identifiziert auch Möller (2001, S. 187) einen gegenseitigen Informationsmangel, einen unterschiedlichen Rechtsrahmen, betriebswirtschaftliche Gründe, unterschiedliche Problemverständnisse, verschiedene „Sprachen“ und bisweilen auch die Unterstellung, die besonders Schwierigen würden in das jeweils andere Versorgungssystem weitergeleitet. Tatsächlich existieren auch beträchtliche Unterschiede im Zugang zu den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen auf der theoretischen Ebene. Das drückt sich bereits darin aus, wie Kinder und Jugendliche im Hilfesystem benannt werden. Der Gesundheitsbereich spricht von „PatientInnen“ bzw. „KlientInnen“, die Jugendhilfe von „AdressatInnen“ und auch von „NutzerInnen“, obwohl die Kinder und Jugendlichen in jedem Einzelfall AkteurInnen mit einer eigenen Handlungsmächtigkeit sind.

Demnach folgt das Gesundheitssystem der Logik eines medizinischen Modells der Krankheitsbewältigung, das von einem Defizit oder einer Störung ausgeht. Es will Leiden verhindern, abbauen oder zumindest lindern, Ursachen klären und „heilen“. Soziale Arbeit hingegen orientiert sich am Modell der Entwicklungsförderung. Sie will Kräfte wecken, die sich zu einer Höher- und Weiterentwicklung nutzen lassen und sich an den gesunden Anteilen der Kinder und Jugendlichen orientieren. Je nach fachlicher Orientierung sollen also „Verhaltensauffälligkeiten behandelt“ oder „belastende Lebenssituationen bewältigt“ werden“ (du Bois/Ide-Schwarz 2005, S. 1428). Die Folge ist eine ausgrenzende Handlungspraxis: Für den medi-

zinisch-psychotherapeutischen Bereich bleibt die Jugendhilfe auf die Funktion eines „Dienstleisters“ beschränkt, sie nutzt ihrerseits wiederum den medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich als „Reparaturbetrieb“.

Nicht nur auf der Ebene der konkreten Praxis, sondern auch auf der abstrakteren Ebene der Wissensbestände lassen sich Verhaltensauffälligkeiten und Krankheiten – unter Einbezug interdisziplinärer Theorie und Forschung – häufig viel besser als Ausdruck von Bewältigungsversuchen (an-)erkennen: im Sinne eines Überlebens in Armut, Diskriminierung, nicht vorhandener Bindung und Versorgung, Benachteiligung etc. (vgl. Gahleitner 2010, vgl. auch 2011, S. 74 ff.). Erst dann kann Mehrperspektivität gelingen und „das Zusammenwirken von sozialstrukturellen und psychosozialen Einflussfaktoren thematisiert und strukturiert werden“ (Böhnisch 2005, S. 203). An dieser Stelle zeigt sich jedoch die Versäulung und Grabenbildung zwischen verschiedenen disziplinären Herangehensweisen. Während diagnostische und methodische Aspekte der psychosozialen Arbeit stark von medizinischen und psychologischen Konzepten dominiert sind, die ihre disziplinäre Logik am Individuum und seiner innerpsychischen oder innerphysischen Veränderung ausrichten, sind Ansätze, die Wissen über Differenzaspekte wie materielle Verhältnisse, politische Verhältnisse, Hautfarbe, Geschlecht, kulturellen Hintergrund, Bildungshintergrund etc. einbeziehen, stark durch sozialwissenschaftliche und kulturwissenschaftliche Quellen geprägt.¹

Multiperspektivität auf den Ebenen von Praxis, Theorie und Forschung kann nur mit einem Blick auf Subjekt und Struktur zugleich entwickelt werden. Entsprechend erfordert die Bewältigung komplexer Störungen in der Praxis eine aufeinander abgestimmte Organisation von Helfen, Fördern, Bilden, Heilen und Betreuen und mit ihr verbunden wissenschaftliche Hintergrundtheorien und Vorgehensweisen. Multiperspektivität in theoriebezogener Hinsicht sollte medizinisch-psychologische Ansätze mit sozialwissenschaftlichen, wie den Disability Studies, verknüpfen.

Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe in Gestalt der Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Behindertenhilfe und auch Schule haben daher zwar unterschiedliche gesellschaftliche Aufgaben der Unterstüt-

1 Vgl. beispielsweise zum Thema Trauma als Übersicht Schulze/Loch/Gahleitner 2012; zu Trauma, Terror und Gesellschaft: Auchter/Büttner/Schultz-Venrath/Wirth 2003; Becker 1992; Diaz/Becker 1993; Kühner 2007, 2008; Schneider 2007; Zeller 2004; zu Trauma und Geschlecht: Scheffler 2007; Herausgeberbände Gahleitner/Gunderson 2008, 2009; zu Trauma und Migration: Lamott 2007; Kluwe-Schleberger 2002; My Hanh Derungs 2007; Schulze 2008; zur Schädigung durch Heimaufenthalte: Rutter 2006; Burschel 2008; Apitz 2007; Kuhlmann 2008; Kappeler 2009; zu Folter, Flucht und Krieg: Becker 2006; Bolz 2004; dela Cruz 1996; Egger 2008; Elcheroth 2006; Kleck 2006; Ottomeyer 2008; Awosusi 2008; Rössel-Cunovic 2008; Spitzer 1999; Wirtgen 2008.

zung und beziehen sich auch auf wissenschaftliche Disziplinen mit unterschiedlichen Parametern, die es nicht einzuebnen gilt. Es ist jedoch notwendig, sich diese Situation wieder und wieder bewusst zu machen und nicht einfach bei den Differenzen stehen zu bleiben, sondern auf der Grundlage eines gemeinsamen Ziel- und Aufgabenverständnisses in der Praxisgestaltung in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf Kooperationen zu ermöglichen. Jeder einzelne soziale Dienst für sich ist den komplexer gewordenen Problemlagen nicht mehr gewachsen und erzeugt daher – abgeschottet von anderen – durch jeweils nachgeordnete „Behandlungen“ häufig neue Problemlagen.

4. Die Schwierigkeit, kooperativ zu handeln

Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf ein gesundes Leben führen können, überfordert soziale Dienste nicht nur im Denken, sondern auch in der alltäglichen Praxis. So stellt Ader (2001) fest, immer wieder gebe es Kinder und Jugendliche, die das Hilfesystem – gemeint ist die Kinder- und Jugendhilfe – ratlos machten und an ihre Grenzen brächten, „an die Grenzen von Strukturen und Handlungskonzepten, von Zuständigkeiten, gesetzlichen Aufträgen und Finanzen, an die Grenzen der Geduld von Professionellen und auch an die Grenzen öffentlicher Akzeptanz für abweichendes und auffälliges Verhalten“ (ebd., S. 108).

Aus einer ganz anderen Perspektive betrachtet, sticht im sog. „Grünbuch psychische Gesundheit“ der Europäischen Union (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005) eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen hervor, die in wirtschaftlicher Hinsicht weitreichende gesellschaftliche Folgekosten im Bildungssystem, in der Justiz und im Arbeitssektor „verursacht“. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass es sich um die oben genannte Gruppe vielfach belasteter und gesellschaftlich benachteiligter Kinder und Jugendlichen handelt. Präventionschancen oder frühe Hilfen wurden versäumt.

Ein knappes Jahrzehnt später hat sich wenig verändert, einzig das Problembewusstsein ist gewachsen. Beim Umgang mit problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen in Deutschland erfassten Fegert, Ziegenhain und Fangerau (2010, S. 234) z.B. insgesamt 15 Schwachstellen auf der Grundlage einer ExpertInnenbefragung, u. a. Probleme in der interprofessionellen Kooperation, mangelnde Kooperation unterschiedlicher Behörden, rechtliche Vorschriften zur Datenübermittlung, Selbstüberschätzung der MitarbeiterInnen und auch zu spätes Eingreifen in das Erziehungsgeschehen. Als besonders wichtig wird bei der interprofessionellen Kooperation erachtet, dass die Professionellen unterschiedlicher sozialer Dienste voneinander wissen müssten, auch um ihre Stärken und Grenzen (vgl. ebd., S. 248), zu-

mal aufgrund seiner Komplexität der Kinderschutz zumeist nur noch gemeinsam funktioniere. Es wird im ExpertInnenhearing darauf verwiesen, dass insbesondere zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen immer noch erhebliche Verständigungsprobleme und Stolpersteine herrschten (vgl. ebd., S. 250).

„Besonders schwierige Fälle“ resultieren nicht selten aus der Tatsache, dass chronisch kranke Kinder und Jugendliche und solche mit körperlichen, geistigen und seelischen Funktionsbeeinträchtigungen einzig einem speziellen Dienst im Gesundheits- wie Sozialwesen ausgesetzt sind, obwohl – wie bei Thomas – die gesamte Lebensführung im Zusammenhang mit Familie, Schule und Freundeskreis betroffen ist. Anders als bei akut Erkrankten gilt für chronisch Erkrankte und für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, dass sie überdauernd bzw. für eine längere Zeitspanne eine Form finden, um die Funktionsbeeinträchtigung als Teil ihres Lebens zu integrieren (vgl. von Kardorff 2011, S. 298). Im Bereich der Kinder mit speziellen Versorgungsbedarfen, z.B. Kindern und Jugendlichen mit seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen oder wie bei Thomas, mit einer doch beträchtlichen kognitiven Beeinträchtigung, kommen Aspekte der Behindertenhilfe und in jedem Fall die Schule noch hinzu (vgl. Homfeldt 2011, S. 351 f.).

Fehlende Kooperationen begünstigen Überforderung der jeweiligen sozialen Dienste. Sie zeigen sich z.B. in einer fehlenden Förderung grundsätzlich vorhandener Ressourcen und einer fehlenden Stärkung der Handlungsbefähigungen. An ihre Stelle treten in der Regel negative Zuschreibungen, die nicht selten zu einer organisierten Verfestigung abweichender Karrieren führen. Eine Zuschreibung ist die der „Unerziehbarkeit“ bzw. der „Erziehungsresistenz“, die das Kind und den Jugendlichen im Ergebnis als für sich selbst verantwortlich zeichnen (vgl. Oelkers/Otto/Schrödter/Ziegler 2008, S. 215). Auch das Label „psychische Krankheit“ etikettiert nicht selten gesellschaftlich entstandene Verhaltensauffälligkeiten als individuelles Versagen. Kinder und Jugendliche wie Thomas verlieren so häufig den Anschluss an die „Normalität“ und die Möglichkeit, sich in dem System, in dem sie leben, zuhause zu fühlen.

5. Aufbau des Bandes

Entlang der eben genannten Themenstränge stellen die nun folgenden Beiträge die Notwendigkeit, vor allem jedoch Lösungswege zur Kooperation der sozialen Dienste in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Dazu sind sie jeweils auf eine spezifische Zielgruppe hin ausgerichtet, die ein typisches Beispiel aus dem Feld der Kinder und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf darstellt. An diesem Beispiel(feld) werden zunächst aktuell bestehende Probleme und Fallstricke der Kooperation dargestellt, an einem

Praxisbeispiel exemplifiziert und im Anschluss daran Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Auf diese Weise soll ein breites Spektrum an konstruktiven Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, mit starken seelischen Belastungen und erheblichen Verhaltensbelastungen erarbeitet werden.

Der Band beginnt mit einem Beitrag zu „Frühen Hilfen“. Ursprünglich aus der Frühförderung stammend und dort auf die frühe Förderung von behinderten beziehungsweise von Behinderung bedrohten Kindern bezogen, werden Frühe Hilfen in jüngerer Zeit als mögliche Maßnahmen diskutiert und etabliert, um Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung effektiv zu begegnen. *Ute Ziegenhain* zeigt unterschiedliche Positionen dieser Diskussion auf, die sich häufig um die Frage rankt, wie selektiv-präventiv diese Hilfen auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdung hin ausgerichtet werden bzw. wie breit und universell-präventiv sie vorgehalten werden sollen. Aus der Position einer umfassenden Förderung von Verwirklichungschancen betrachtet, wird der Begriff Frühe Hilfen in der Praxis auf die unterschiedlichen Unterstützungsbedarfe von Eltern bezogen. Diese reichen von Informationen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern bis hin zu gezielter Unterstützung und Anleitung bzw. spezifischen Interventionen bei Kindeswohlgefährdung und erweisen sich als sehr stark interdisziplinär geprägt. Die dabei entstehenden Probleme in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit ebenso wie Perspektiven für ein systematisches und verbindliches Zusammenwirken interdisziplinärer Fachkräfte werden diskutiert.

Luise Behringer und *Susanne Dillitzer* knüpfen in ihrem Beitrag „Frühförderung“ an die Komplexitätsüberlegungen von *Ute Ziegenhain* an. Frühförderstellen sind meist die ersten Anlaufstellen für Eltern, die sich um die Entwicklung ihres Kindes Sorgen machen, weil sie behindert oder von einer Behinderung bedroht sind. Die Komplexität der kindlichen Entwicklung und die Vielfalt familialer Lebenslagen erfordern einen interdisziplinären und ganzheitlichen Ansatz, aus dem sich spezifische Anforderungen an Kooperation stellen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat im SGB IX als „Komplexleistung“ pädagogischer und medizinischer Leistungen ihre rechtliche Basis. Allerdings wurde bislang in keinem Bundesland eine ausreichende finanzielle Basis geschaffen, sodass eine gute interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation meist von einem hohen persönlichen Engagement der beteiligten Fachkräfte oder zusätzlichen Eigenmitteln des Trägers abhängt. Im Artikel werden anhand eines Praxisbeispiels Anforderungen und Kriterien für gelingende Kooperation abgeleitet. Zentral ist dabei die Forderung einer soliden Regelfinanzierung, denn Kooperation ist nach Ansicht der Autorinnen weder ein Hobby von Fachkräften noch Aushängeschild eines Trägers, sondern integraler Bestandteil guter Frühförderpraxis.

In ihrem Artikel „Kinder und Jugendliche mit chronischen Gesundheits-

störungen: gesundheitsbezogene Versorgung und Unterstützung für eine gute Teilhabe“ widmet sich *Ute Thyen* einer weiteren Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf. Dabei haben sich das Spektrum und die Häufigkeit von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter seit der Mitte des letzten Jahrhunderts stark verändert. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit komplexen psychosozialen und gesundheitlichen Problemen – Stichwort „neue Morbidität“ – ist dabei stark angewachsen. Chronische Gesundheitsstörungen bedeuten eine nicht-normative Anforderung an Kinder, Jugendliche und Familien und sind im Kontext verschiedener Entwicklungsprozesse und Familiendynamiken zu verstehen. Es besteht ein erheblicher Kooperationsbedarf an der Schnittstelle des Gesundheitswesens und der Eingliederungshilfe mit der Jugendhilfe und dem Schulwesen. Anhand einer ausführlichen Fallvignette werden auch hier die Schwierigkeiten vernetzter Arbeit aufgezeigt und analysiert. Daraus entwickelt die Autorin Konzepte für besser vernetzte Versorgung und Überlegungen zur Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Gesundheitsstörungen.

Margret Dörr und *Andreas Schrappe* fokussieren in ihrem Beitrag „Bin ich hier eigentlich richtig bei Ihnen?“ – Kinder und Jugendliche mit psychisch und suchterkrankten Eltern“ die Situation von Kindern, die mit hoch belasteten Eltern aufwachsen und deren Potenzial auf Verwirklichungschancen sich ohne adäquate Unterstützung häufig nicht angemessen entfalten kann. Die AutorInnen beleuchten dabei verschiedene Perspektiven auf das Geschehen: die subjektive Perspektive der Kinder/Jugendlichen, die familiäre Beziehungsdynamik, aber auch, wie Eltern ihre psychische Erkrankung mit Sicht auf ihre Kinder wahrnehmen und welche Ängste, Sorgen und Wünsche sie bezüglich biopsychosozialer Unterstützungsleistungen haben. Entlang einer Fallvignette wird der Bedarf sowie das Potenzial von „Hilfen aus einer Hand“ deutlich veranschaulicht. Aus dieser Fallvignette werden gangbare Brücken zwischen den beiden Kompetenzbereichen Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe aufgezeigt, durch die wirkmächtige Fallstricke in der Kooperation kreativ überwunden oder zumindest umgangen werden können, um Kindern/Jugendlichen mit ihren psychisch erkrankten Eltern soziale Orte anbieten zu können, an denen sie sich „richtig“ fühlen können.

Die Situation von „Kindern und Jugendlichen in Therapeutischen Gruppen“ beleuchtet *Norbert Beck*. Der Hilfebedarf für Kinder und Jugendliche im Bereich der erzieherischen Hilfen und der Eingliederungshilfe ist trotz rückläufiger demografischer Entwicklung enorm gestiegen. Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe stellen dabei besondere Herausforderungen an die Kooperation der beiden Systeme und an die Qualifikation der in diesem Versorgungsbereich Tätigen dar. Der Beitrag skizziert sowohl Aspekte der Bedarfsentwicklungen als auch sozialrechtliche Rahmenbedingungen für die

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Jugendhilfe. Am Beispiel von Konzepten Therapeutischer Gruppen und aktuellen Evaluationsergebnissen dazu werden Schlussfolgerungen für Personalstruktur und Qualifikationsmerkmale gezogen. Insbesondere das kooperationsintensive „Therapeutische Milieu“ als Basiskonzept stationärer Kinder- und Jugendhilfe rückt dabei in den Fokus der Aufmerksamkeit. Auf den Erfahrungen basierend werden Anregungen für und Anforderungen an eine Kooperation der verschiedenen Systeme in der Versorgung der beschriebenen Klientel entworfen.

Marc Schmid, Martin Schröder und Nils Jenkel fokussieren in ihrem Beitrag „Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe. Gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS“ eine Zielgruppe, die in der stationären Kinder- und Jugendhilfe besonders häufig vorkommt. Der Artikel weist für diese Klientel den besonderen pädagogischen und psychotherapeutischen Bedarf aus und zeigt auf, wie unabdingbar die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Soziale Arbeit für eine erfolgreiche Begleitung zusammenwirken müssen. Eine gute teilstandardisierte Eingangsdiagnostik ist dabei zwingende Voraussetzung, wie anhand eines Praxisbeispiels verdeutlicht wird. Die milieutherapeutischen bzw. traumapädagogischen Interventionen können sich dann an einer Förderung der wesentlichen Fertigkeiten orientieren, die komplex traumatisierte junge Menschen aus Eigenschutz in ihren traumatisierenden Umwelten nicht entwickeln konnten. Die gemeinsame Zieldefinition erfolgt mit dem Zielerreichungsinstrument von EQUALS, welches eine Ressourcenorientierung und Partizipation der jungen Menschen unter der Zielstellung der gesellschaftlichen Teilhabe garantiert und die Verantwortlichkeiten bzw. Unterstützungsmöglichkeiten für die Zielerreichung zwischen Klientel, (sozial)pädagogischen Team und therapeutischen MitarbeiterInnen fixiert.

Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellen eine Akteursgruppe mit speziellem Versorgungsbedarf dar. *Hans Günther Homfeldt* und *Caroline Schmitt* zeigen in ihrem Beitrag „Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge – transnationale Vernetzung als Potenzial“, wie sehr deren Lebenswelt durch die Erfahrung von Flucht, das Ankommen in einer neuen Umgebung und ein Dasein ohne elterliche Bezugspersonen geprägt ist. Nach einem Einblick in die Fluchtgründe werden im Beitrag die Etappen von der Flucht bis hin zum Kontakt mit Institutionen in Deutschland rekonstruiert. Neben Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind die Bundespolizei, das Jugendamt, die zuständigen Gerichte, Vormünder und Bildungsträger als Instanzen im Umgang mit der Akteursgruppe beteiligt. Dabei wird das Kindeswohl der jungen Akteure maßgeblich von der Art und Weise der Kooperation mit diesen Instanzen beeinflusst. Ausgehend von der Analyse der als transnational zu beschreibenden Lebenswelten und den professionellen Kooperationsstrukturen unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge anhand eines konkreten Praxisbeispiels wird abschließend ein bedarfsorientierter, an den

Akteuren ausgerichteter Ansatz transnationaler Kooperation in der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen erarbeitet.

Mit dem Begriff Schulabsentismus wird bezeichnet, dass sich SchülerInnen während der Unterrichtszeit weder im Klassenraum noch in der Schule aufhalten und zeitgleich alternative Räume bevorzugen. Die Ausprägung von Schulabsentismus ist jedoch hochvariant. *Karlheinz Thimm* zeigt in seinem Beitrag „Schulabsentismus – Herausforderung für Vernetzung und Kooperation“, dass insbesondere bei der schulischen Qualifizierung von jungen Menschen aus benachteiligten Lebenslagen Bildung und Lebensbewältigung in einem engen Wechselverhältnis stehen: Wenn Bewältigungsanforderungen wie Entwicklungsaufgaben, Alltagskrisen, risikoreiche Lebenssituationen etc. nicht gelöst werden, wird auch eine fachbezogene Förderung nicht gelingen. Insbesondere lineare, einfaktorielle Ursachenzuschreibungen erhellen weder die Komplexität der Einzelfälle noch die des Gesamtphänomens, an dessen Zustandekommen immer mehrere Wirkungsräume beteiligt sind. Hinsichtlich der Hintergründe und Motive, der Faktormischungen, der Verläufe, des Selbsterlebens, der Zugänglichkeit und der Ansatzpunkte für kooperative Hilfskonzepte ist deshalb genaues, diagnostisches Fallverstehen unerlässlich. Der Autor entwickelt in seinem Artikel aus praxisnahen und theoretischen Bezügen Modelle und Überlegungen, die eine erfolgreiche Analyse und fallbezogene Förderung schulabsenter Kinder und Jugendlicher möglich machen.

Seit mehr als 20 Jahren wird in Deutschland über die „Große Lösung“, d.h. die Zuständigkeit der Jugendhilfe für alle sogenannten behinderten Personenkreise im Kindes- und Jugendalter debattiert. In seinem Beitrag „Inklusion für Kinder und Jugendliche mit (drohender) Behinderung: Welche Rolle spielt die ‚Große Lösung‘?“ zeigt *Jörg M. Fegert* systematisch die verschiedenen Diskussionsstränge auf, die zu dieser Situation geführt haben, und bietet zahlreiche Anstöße zum Weiterdenken und Weiterentwickeln dieser Frage. Nach einer Darstellung der historischen Entwicklung im sozialrechtlichen Bereich wird auf der Basis der Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendberichts erörtert, warum die „Große Lösung“ als Verwaltungslösung die Umsetzung von Inklusion als Prinzip begleiten sollte. Anhand von Praxisbeispielen wird gezeigt, wie im Bundesland Baden-Württemberg, wo der Antagonismus zwischen überregionalem und örtlichem Träger der Sozialhilfe durch eine Verwaltungsreform aufgehoben wurde, schon jetzt kooperative Lösungen umgesetzt werden können. Abschließend wird angemerkt, dass eine Verwaltungsreform im Sinne der „Großen Lösung“ dennoch nicht die Umsetzung von Inklusion in Deutschland bedeutet, sondern dass hier an sehr vielen Stellen eine inhaltliche und ethische Auseinandersetzung und konkrete Umsetzung der Grundidee erfolgen müsste.

Diesen Grundgedanken greift auch der nächste Artikel auf. Angebote und Dienste der freien Wohlfahrtspflege sollten eigentlich ein plurales Angebot qualifizierter sozialer Hilfen ermöglichen. Aufgrund der gesetzlichen

Rahmenbedingungen folgen sie jedoch tendenziell eher einem trennenden Ansatz. *Roland Fehrenbacher* und *Christiane Bopp* zeigen in ihrem Beitrag „Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf aus Perspektive eines Wohlfahrtsverbandes“, wie sehr sich wiederum in Bezug auf die spezifischen Hilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen eine Angebotsstruktur entwickelt hat, die kaum mehr Berührungsflächen zur Lebenswelt von gleichaltrigen Kindern ohne Behinderung aufweist. Nicht zuletzt durch die Unterzeichnung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen befinden sich die gewachsenen verbandlichen Strukturen jedoch in einem Umwandlungsprozess mit dem Ziel, individualisierte, bedarfs- und gemeinwesenorientierte Hilfen zu entwickeln. Die Herausforderung besteht darin, alle Einrichtungen und Dienste so zu gestalten, dass sie in der Lage sind, die bestmögliche Förderung, Bildung, Erziehung und soziale Entwicklung für alle Kinder – mit und ohne Behinderung – wohnortnah und inklusiv nicht nur zu denken, sondern auch konkret und umsetzungsintensiv zu gestalten.

Reinhard Wiesner schließlich gibt den vorangegangenen Überlegungen in seinem Beitrag „Rechtliche Perspektiven zu den Kooperationsnotwendigkeiten der sozialen Dienste“ das juristische Fundament. Die Deckung der spezifischen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen ist in einem historisch gewachsenen und ausdifferenzierten Leistungs- und Fördersystem stets verschiedenen Trägern mit unterschiedlichem fachlichem Verständnis, unterschiedlichen Strukturen, Rechtsgrundlagen und Finanzierungsregelungen zugewiesen. Ausgangspunkt für die Wahrnehmung und Einschätzung von Unterstützungsbedarfen für Kinder und Jugendliche sind daher die Rahmenbedingungen des jeweiligen Leistungssystems, nicht etwa die konkrete Lebenssituation des einzelnen Kindes oder Jugendlichen. Die (Verbesserung der) Kooperation zwischen den einzelnen Leistungssystemen und ihren Akteuren ist daher eine ständige Herausforderung für Gesetzgebung, fachliche Praxis und Wissenschaft. Der Beitrag rollt zunächst die Systemlogik der Kinder- und Jugendhilfe mitsamt den Hilfebedarfen an den jeweiligen Schnittstellen zum Gesundheitssystem und zur Rehabilitation auf. Es folgt eine Darstellung der verfahrensrechtlichen Instrumente, mit denen die Nachteile und Widersprüche in der Architektur des historisch gewachsenen (Sozial-)Leistungssystems abgemildert werden könnten. Anschließend werden strukturelle und individuelle Formen der Kooperation aus der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe erörtert. Auch Reinhard Wiesner diskutiert als Ziel seiner Überlegungen – ebenso wie die vorangegangenen AutorInnen – die UN-Behindertenrechtskonvention und die daraus folgende Gesamtzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen.

Mit der Übersicht über die rechtlichen Bedingungen im Arbeitsfeld Kinder und Jugendliche mit besonderem Hilfebedarf enden die kursorischen Überlegungen zu den einzelnen Zielgruppen und Arbeitsfeldern. Die beiden

anschließenden Artikel widmen sich der Zusammenführung dieser vielen fruchtbaren, aus Praxis und Wissenschaft gesammelten Überlegungen. Ging es in diesem Einführungsbeitrag im Sinne eines hermeneutischen Zirkels um die Entwicklung eines Vorverständnisses, das in den einzelnen thematischen Beiträgen – wie soeben deutlich wurde – im Verlauf des Buches vertieft wird, so besteht die Aufgabe der Schlussbeiträge darin, auf der Grundlage der thematischen Einzelbeiträge das Vorverständnis zu erweitern und zu pointieren. Aus dieser Überlegung wurden zwei Schlusskapitel entwickelt.

Gemeinsam mit *Jörg M. Fegert* arbeiten die HerausgeberInnen des Buches in ihrem Beitrag „Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse“ die im Buch und darüber hinaus zusammengetragenen Aspekte zu den Themen Kooperationsbedarf, Kooperationshindernisse und Kooperationswege heraus. Die systematische Abhandlung orientiert sich an Leitthemen wie dem Blick auf die gemeinsame Verantwortung der Professionen innerhalb der Kooperationsbeziehungen, an den Hindernissen im Arbeitsalltag sowie an Lösungswegen, Kernkompetenzen, Eckpunkten und Kernkonzepten zur Gestaltung eines gelungenen Kooperationsprozesses. Im dieses Buch abschließenden Kapitel „Agency – Biografie – Gemeinwesen: eine gemeinsame Basis für Kooperation“ zeigen *Hans Günther Homfeldt* und *Silke B. Gahleitner* nochmals drei grundsätzliche Hinsichten für erfolgreiche Hilfe- und Kooperationsprozesse auf.

Literatur

- Ader, Sabine (2001): Wie werden aus Kindern in Schwierigkeiten die „besonders Schwierigen“? In: Henkel, Joachim/Schnapka, Markus/Schrappner, Christian (Hrsg.): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Bericht zum Kölner Modellprojekt. Münster: Votum, 108–147
- Apitz, Yvonne (2007): Heimerziehung und ihre verdrängte Geschichte in der Bundesrepublik. Integration von Kindern und Jugendlichen in Heime und ihre Reintegration in die Gesellschaft. Diplomarbeit. Paderborn: Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Sozialwesen
- Auchter, Thomas/Büttner, Christian/Schultz-Venrath, Ulrich/Wirth, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2003): Der 11. September. Psychoanalytische, psychosoziale und psychohistorische Analysen von Terror und Trauma. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Awosusi, Anita (2008): Sinti und Roma: „Mit diesem Trauma leben wir immer noch“. Ein Gespräch mit Anita Awosusi, geführt von Susie Reinhardt. In: Psychologie heute, 35, 11, 78
- Beck, Ulrich (1997): Gesamtkunstwerk Ich. Die Orientierungslosigkeit der jungen Generation, als Tugend betrachtet. In: Süddeutsche Zeitung, 09.09.1997, 15.
- Beck, Norbert/Warnke, Andreas (2009): Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe: Psychosoziale Versorgung als gemeinsamer Auftrag. In: Reichert, Andreas/Adams, Günter/Beck Norbert/Warnke Andreas (Hrsg.): Tagungsband anlässlich der 10. Fachtagung „Kind und Familie – 10 Jahre Kooperation Kinder- und Jugend-