



Kostendruck contra Kindeswohl

Thesen zur Notwendigkeit psychologischer Leistungen in der Heimerziehung

Jasmin Höch & Wichert Kohler

Zur Zeit werden Psychologenstellen in Kinder- und Jugendheimen abgebaut. Dahinter steht ein enormer Kostendruck. Opfer sind die in den Heimen untergebrachten Kinder und Jugendlichen. Wenn künftig psychotherapeutische Dienstleistungen nur noch extern eingekauft oder von kostengünstigeren Berufsgruppen übernommen werden, bleibt die klinisch-psychologische alltagsbezogene Förderung auf der Strecke, die Qualität der Heimerziehung sinkt. Ist hier eine Lücke in der Versorgung der sowieso schon gesellschaftlich benachteiligten Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe zu befürchten? Die Autoren, die zur Leitung der Fachgruppe »Klinische PsychologInnen in Kinder- und Jugendheimen« gehören, weisen im folgenden Beitrag nach, warum Psychologen in den Heimen nicht nur wünschenswert, sondern unverzichtbar sind – auch als Argumentationshilfe in der Auseinandersetzung mit Trägern und Jugendämtern.

Es gibt zwei Hauptgründe für den Abbau von PsychologInnenstellen in der Heimerziehung:

1. Aus Gründen der Kostenersparnis werden insbesondere therapeutische Leistungen entweder extern eingekauft (Therapie als Heilbehandlung soll durch die kassenärztliche Versorgung finanziert werden) oder intern durch die Einstellung tariflich geringer vergüteter KollegInnen anderer Berufsgruppen mit »therapeutischen« Zusatzqualifikationen abgedeckt.
2. PsychologInnen gelingt es sowohl in der Innen- als auch in der Außerdarstellung häufig schlecht, die spezifische Qualität ihrer Arbeit auf den verschiedenen Ebenen zu veranschaulichen und daraus die Notwendigkeit ihres Einbezugs in die Grundversorgung der Kinder- und Jugendhilfe zu begründen.

Aus der Zusammenschau der Fachtagungsergebnisse der Fachgruppe Klinische PsychologInnen in Kinder- und Jugendheimen im BDP vom 26./27.11.1999 in Idstein (Höch & Franke, 2000) und vom 17./18.11.2000 in Biedenkopf (Höch, unveröffentlichte Mitschrift) lassen sich verschiedene Argumente für die Unverzichtbarkeit psychologischer Dienstleistungen in der Heimerziehung ableiten. Das aus Beiträgen und Einschätzungen entstandene¹ Positionspapier soll neben der Wiedereröffnung der berufspolitischen Diskussion betroffenen KollegInnen eine Argumentationshilfe für die Auseinandersetzung mit Trägern der Einrichtungen und der Jugendhilfe bieten, wobei sich die AutorInnen über Rückmeldungen, Kritik und Ergänzungen freuen werden.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) oder »was ist vorgesehen«?

Im § 27, Abs. 3 des KJHG (SGB VIII) ist festgeschrieben, dass die Hilfe zur Erziehung pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen umfasst. D.h. konkret, dass psychologische Maßnahmen unter dem Primat der Pädagogik und zumindest zur Ermöglichung der Durchführung des erzieherischen Handelns oder im Rahmen der Entwicklungsförderung als Leistungen der Jugendhilfe definiert sind. Inwieweit solche therapeutischen Leistungen jedoch als Grundleistungen – d.h. für alle Kinder und Jugendlichen zugänglich vorzuhalten – oder als Zusatzleistungen – nach individuellem Bedarf und unter Vereinbarung zusätzlicher Kostenübernahmen – zu verstehen sind, wird nicht weiter definiert und ist somit in Abhängigkeit von der Konzeption des jeweiligen Einrichtungsträgers im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Trägern der Jugendhilfe zu verhandeln.

Der Einsatz psychologischer Maßnahmen im Einzelfall wird in der Regel während der Hilfeplanung – der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen qualifizierten individuellen Maßnahmenarbeit – festgelegt. Gerade hier im Zusammenwirken der Fachkräfte kann eine PsychologIn mit ihrem Fachwissen über Diagnostik, selektive Indikation und differenzielle Therapieplanung sowie Evaluation zum Garant für die Zuweisung zu den Maßnahmenformen werden, die für das Wohl des Kindes/Jugendlichen prognostisch die höchste Effektivität und Effizienz erwarten lassen. Leider wird unsere

Berufsgruppe häufig nicht im Vorfeld und standardisiert an der Maßnahmenplanung beteiligt, obwohl es – als Grundleistung – wünschenswert wäre. Es ist darüber hinaus denkbar, dass sich z.B. Beziehungsproblematiken erst im Verlauf einer pädagogischen Maßnahme manifestieren, weshalb eine grundsätzliche Begleitung des Maßnahmenverlaufs durch PsychologInnen ebenfalls sinnvoll erscheint. Welcher Umfang dafür notwendig und hinreichend ist, ist im Einzelfall festzulegen.

Neben der fehlenden Beschreibung von Grund- und Zusatzleistungen stellt ein weiteres Problem die Unschärfe des Begriffes »therapeutische« Leistungen dar: Welche Berufsgruppen diese so bezeichneten Leistungen erbringen können und welche Qualifikationen sie dafür nachweisen müssen, bleibt offen.

Ein Beispiel für die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen liefert die »Berliner Kostensatzrahmenvereinbarung« in der Fassung vom Juni 2002.² Dort werden therapeutische Leistungen als Regelleistungen definiert (5.2) – unter Verweis auf Abschnitt 7.1, der sinngemäß zitiert einschränkt, sofern nicht andere Kostenträger zur Kostenerstattung verpflichtet sind. In den genannten Beispielen findet sich jedoch nicht die Psychotherapie. Diese wird als ambulante Psychotherapie in Anhang B.1 aufgeführt, wobei die beschriebenen therapeutischen Leistungen umfänglicher definiert sind als die der üblichen psychotherapeutischen Heilbehandlung. Der Kommentar dazu unterscheidet des Weiteren bzgl. Regel- und individuellen Zusatzleistungen. Ist im Übrigen von Therapie die Rede, bezieht sich das beispielsweise auf »Familientherapie« (B.5) und »Lerntherapie« (B.6), die lt. den Ausführungen i.d.R. interdisziplinär durch Psychologen und Pädagogen mit zertifizierter familientherapeutischer/systemischer bzw. geeigneter lerntherapeutischer Zusatzqualifikation durchgeführt werden. Eine Beschreibung stationär eingebetteter klinisch-psychologischer/therapeutischer Maßnahmen fanden wir gar nicht...

Wie wir im Folgenden ausführen, halten wir insbesondere die Berufsgruppe der PsychologInnen für die Erbringung der sog. therapeutischen Leistungen im stationären Setting im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen mit therapeutischer Zusatzqualifikation für geeigneter und fordern darüber hinaus, dass

1. nicht nur die Feststellung der Therapiebedürftigkeit durch eine entsprechende Diagnostik, sondern auch die Durchführung therapeutischer Interventionen vor Ort durch den Heimpsychologen möglich sein muss, ohne dass deren Rechtfertigung an Kostenfragen scheitert;
2. es nicht eine Aufgabe von Behörden (wie z.B. der Jugendämter) sein kann, sondern ausschließlich in der Kompetenz der PsychologInnen selbst liegen sollte, darüber zu entscheiden, *ob* und *welche* Formen von Therapie von PsychologInnen *innerhalb* des Heimsettings zu erbringen möglich sein muss, ohne dass sie automatisch einer Finanzierung durch die Krankenkassen unterliegt.

¹ Eingearbeitet wurden Beiträge von G. Hufnagel in Biedenkopf, der Arbeitsgruppe »Basisqualität psychologischer Dienstleistungen in Kinder- und Jugendheimen« in Idstein, der Kollegin E. Gosebrink, eine Vorlage von W. Kohler zur Fachgruppentagung am 28.9.2002 in Frankfurt sowie die Ergebnisse der dortigen Diskussion (alle unveröffentlicht).

² Seit Mai 2003 gilt der »Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe«, wo therapeutische Leistungen bei der Zusammensetzung des Leistungsentgeltes (Punkt 16) gegebenenfalls als »Grundleistung« (16.1) oder bei den so genannten »Nebenkosten« (16.3) im Einzelfall zwar benannt, aber in keinsten Weise spezifiziert werden.

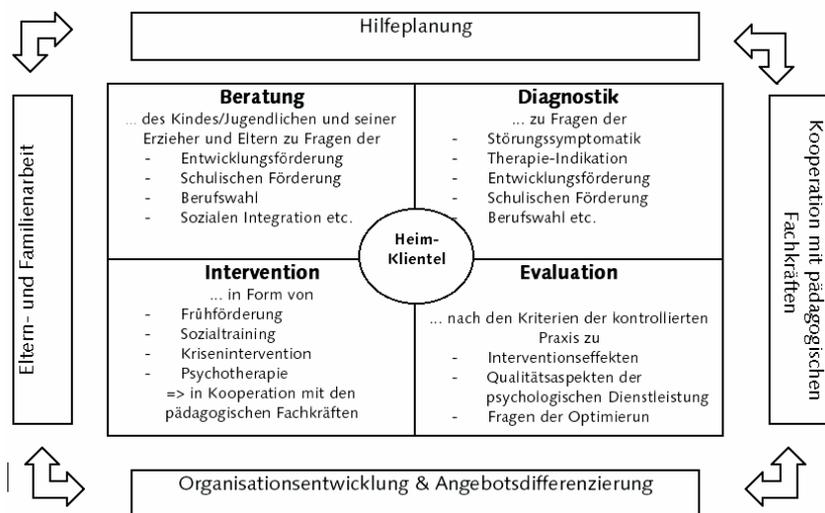
Die Institution oder »wer will PsychologInnen«?

Grundsätzlich ist die Vorhaltung psychologischer Fachkräfte zunächst eine konzeptionelle Entscheidung, die in Abhängigkeit von der angestrebten Zielgruppe in der Regel vom Träger getroffen wird. Umso wichtiger ist es also, sich als PsychologIn an der konzeptionellen Entwicklung der Einrichtung zu beteiligen und den spezifischen Nutzen psychologischer Leistungen bei der jeweiligen Zielgruppe herauszuarbeiten. Außer den originär klinischen Anwendungsfeldern Diagnostik, Beratung und Therapie gibt es verschiedene Handlungsfelder und Aufgaben, die PsychologInnen im Rahmen von Supervision, Anleitung und Fortbildung sowie Qualitäts- und Organisationsentwicklung ausfüllen können.

Beispielhaft wird das in Abbildung 1 nach Müller (1999) verdeutlicht, der betont, »(...) dass eine eigenständige Rolle und Funktion der Psychologie in der Heimerziehung verneint wird. Vielmehr wird vom Primat der Pädagogik resp. Erziehung und in diesem Rahmen von einer zuarbeitenden Hilfsfunktion für die Psychologie ausgegangen.« (S. 7)

Abbildung 1: Der funktionale Betreuungsrahmen stationärer Kinder- und Jugendhilfe unter Einbeziehung der psychologischen Dienstleistungen (in Anlehnung an Müller, 1999, S. 7).

Abbildung 1



Entscheidend für die inhaltliche Begründung und konzeptionelle Verankerung psychologischer Leistungen in der Heimerziehung scheint dabei mehr noch als die Frage nach den potenziellen Dienstleistungen die der institutionellen und strukturellen Integration der PsychologInnen im Heimaltag zu sein. Damit ist der konkrete Nutzen der psychologischen Tätigkeit für die Klientel (Kinder, Jugendliche und Herkunftsfamilie), die MitarbeiterInnen der Einrichtung, den Träger und die zuweisenden Ämter gemeint.

Die Möglichkeit der Teilnahme am und Mitgestaltung des Heimaltags außerhalb des Therapieraums bietet

so idealerweise eines der spezifischen Potenziale der Psychologie in der Heimerziehung, z.B. durch in-vivo-Diagnostik, -Intervention und -Validierung der in der Therapie erreichten Veränderungen, die unmittelbare Kontrolle der Aufrechterhaltung des Therapieerfolges bzw. der »Nachhaltigkeit«, zeitlich nahe Absprachen und Rückmeldungen, direktere Beratung und die Möglichkeit zum Modellernen für MitarbeiterInnen und Eltern. Angebotene Trainings können den pädagogischen MitarbeiterInnen transparent gemacht und vor Ort eingeführt, unterstützt und kontrolliert werden. Ein möglichst schneller Transfer der Diagnostikergebnisse und die Beratung der Mitarbeiter, Eltern und Jugendamtsvertreter sowie eine fachliche Vertretung und Vernetzung nach außen mit FachärztInnen/Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Transfer ärztlicher Untersuchungen und evtl. medikamentöser Behandlung auf verständlicher Ebene ins Heim (an Eltern, Kinder/Jugendliche und pädagogische MitarbeiterInnen) wird gesichert. In akuten Krisen oder Konfliktsituationen gewährleisten PsychologInnen im Heim eine schnellstmögliche Präsenz, Wege und Zeitverlust entfallen, die Möglichkeit der direkten Intervention erhöht die Effektivität. Eine solche »Lebensweltorientierung« und »Alltagsnähe« (vgl. KJHG) ist durch das externe Einkaufen ambulanter psychologischer Dienstleistungen nicht zu ersetzen.

Wesentlich dafür ist die Bereitschaft, sich unter dem Primat der Pädagogik am Alltagsgeschehen und den Gruppenprozessen zu beteiligen, also TeilnehmerIn der vielfältigen Interaktionen zu sein.³

Maßstäbe für die erfolgreiche psychologische Tätigkeit bilden also neben dem Interventionserfolg durch meßbare Veränderungen und dem Wohlbefinden der Klientel auch die Rückmeldungen anderer Wohngruppenmitglieder, die wahrgenommene Arbeitserleichterung von ErzieherInnen und anderen MitarbeiterInnen sowie ggf. die spürbare Entlastung der Eltern. Dokumentierte (!) Effekte wie die bessere Bewältigung von Erziehungsaufgaben (manchmal auch das erträglichere und deutlich längere Aushalten problematischer Verhaltensweisen) durch die integrierte psychologische Tätigkeit dienen nicht nur als Beleg der Qualität der Einrichtung, sondern führen ggf. zu kürzeren Verweildauern in stationärer Unterbringung, weniger Abbrüchen der Heimunterbringung, erhöhen die Effizienz, damit die Zufriedenheit aller Beteiligten und sind so neben der tatsächlich erzielten Veränderung bei der Klientel der beste Nachweis für die Unverzichtbarkeit von PsychologInnen in Kinder- und Jugendheimen. D.h. nur die, aber eben alle die, die unmittelbar und mittelbar von der Arbeit der PsychologInnen profitieren, wollen mit diesen zusammenarbeiten.

Spezifische Besonderheiten der Klientel oder »wieso PsychologInnen im Heim?«

Die Kernfrage lässt sich insbesondere im Hinblick auf die spezifischen Besonderheiten der Klientel beantworten.

1. *Erfahrungen mit ambulanter Therapie:* Sind psychotherapeutische Maßnahmen geplant, ergibt sich bei

³ Möglicherweise erfordert das nicht so häufig praktizierte »Verlassen des Elfenbeinturms« neben der Bereitschaft zur persönlicheren Auseinandersetzung mit dem Arbeitsplatz auch den Abschied von gewissen hierarchischen Strukturen.

*Anzeige
Pabst*

JASMIN HÖCH,
Studium der
Psychologie in
Göttingen.
Weiterbildung zur
Psychologischen
Psychotherapeutin in
Verhaltenstherapie.
Seit 1996 Tätigkeit in
einer stationären
Jugendhilfe-
einrichtung. Mitglied
im Leitungsteam der
Fachgruppe
PsychologInnen in
Kinder- und
Jugendheimen der
Sektion Klinische Psy-
chologie im BDP.

WICHERT KOHLER,
Studium mit
Abschluss Diplom
Psychologe in
Konstanz,
Gesprächspsycho-
therapeut,
Klinischer Psycholo-
ge/Psychotherapeut
BDP, Kinder- und
Jugendlichen-Psycho-
therapeut. Seit 1981
tätig als
Psychologischer
Fachdienst in einer
größeren
Jugendhilfeeinrich-
tung. Mitglied im
Leitungsteam der
Fachgruppe
PsychologInnen in
Kinder- und
Jugendheimen der
Sektion Klinische Psy-
chologie im BDP.

Anschrift

Dipl.-Psych.
J. HÖCH,
Thiistr. 7,
37120 Lenglern,
T 05593/802869
E jasminhoech
@freenet.de

Dipl.-Psych.
W. KOHLER,
Hoffmannhaus,
Saalplatz 14,
88271 Wilhelmsdorf,
T 07503/20329
E wichertkohler.
w-dorf@t-online.de

externer Anmeldung durch die unzureichende Versorgungslage häufig als erstes das Problem, überhaupt einen Psychologischen Kinder- und Jugendtherapeuten in für Kinder oder Jugendliche gut erreichbarer Entfernung zu finden. In der Regel dauert es mindestens 6 Monate bis zum Therapiebeginn, wobei ein Teil der Klientel in diesem Zeitrahmen aus verschiedenen Gründen nicht mehr in der Einrichtung verweilt. Kommt es dann zu der für diese Klientel bei externer Therapie durchaus üblichen unregelmäßigen Terminwahrnehmung (Verweigerung oder »vergessen«), ist die Therapie häufig beendet, bevor sie begonnen hat. Eine heimintern durchgeführte Therapie erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die KlientInnen an den Terminen teilnehmen, u.a. durch Absenkung der Schwellenangst, kürzere Wege und kürzere Wartezeiten. Nimmt jemand einen Termin nicht wahr, kann der Psychologe die Person aufsuchen, sich unmittelbar über die Gründe informieren und ggf. den Therapieplan flexibel und bedürfnisgerecht gestalten. Durch dieses innerinstitutionelle Angebot kann es für bestimmte Kinder und Jugendliche überhaupt erst möglich werden, eine Therapie durchzuhalten.

2. Schwere der Symptomatik: Die aufgenommenen Kinder und Jugendlichen erfüllen zum Teil die diagnostischen Kriterien für mindestens eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10, am häufigsten aus der Kategorie F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend). Insofern ist die Vorhaltung des spezifischen psychologischen Fachwissens wie Kenntnis der psychiatrischen Diagnosekategorien und des diagnostischen Vorgehens, des störungsspezifischen Wissens, der sich daraus ergebenden individuellen Interventionsplanung und der prognostischen Aussagen dazu sowie der Effektivitätskontrolle für den Umgang mit dieser Klientel unabdingbar. Einer Heimunterbringung gehen häufig verschiedene pädagogische, psychotherapeutische und/oder psychiatrische Hilfen voraus, die nicht hinreichend waren. Es steht zu vermuten, dass erst das Zusammenwirken der verschiedenen pädagogischen und psychologischen Kompetenzen im multiprofessionellen Setting »Heim« eine optimale Entwicklungsförderung ermöglicht.

3. Traumatische Beziehungserfahrungen: Heimkinder unterliegen häufig vorangegangenen spezifischen Beziehungstraumata und -störungen (z.B. durch konflikthafte Trennung der Eltern, Vernachlässigung der Bedürfnisse), wobei sich diese Abbrucherfahrungen oft in der weiteren Entwicklung wiederholen. Sie entwickeln meist negative Selbstkonzepte, in denen sie sich als störend, verlassen, abgeschoben, abgelehnt oder eben minderwertig bewerten. Aus diesen Erfahrungen entsteht häufig eine ambivalente, anspruchlich-misstrauische Grundhaltung. Zur Ermöglichung neuer Beziehungserfahrungen bieten PsychologInnen als »BeziehungsgestaltungsexpertInnen« die entsprechende Kompetenz, wobei die Anbahnung und Aufrechterhaltung stabilisierender und stabiler Beziehungen zunächst nur innerhalb der Einrichtung möglich scheint: Hier werden die aus der Ambivalenz entstehenden Ausweichversuche unmittelbar deutlich und können

institutionell aufgefangen werden. Eine externe ambulante Psychotherapie kann das aufgrund der ökonomischen und zeitlichen Rahmenbedingungen weder für die KlientInnen leisten noch steht sie den weiteren Bezugspersonen z.B. bei »Beziehungskämpfen« unmittelbar beratend zur Seite. D.h. erst die enge Vernetzung von Pädagogik und Therapie schafft das gemeinsame pädagogisch-therapeutische Milieu, das für die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit und eines positiven Selbstkonzeptes notwendig ist.

4. Alltagskenntnis: Die Teilnahme am lebenspraktischen Alltag der Kinder und Jugendlichen ermöglicht ein umfassenderes Verständnis der Problemlagen (s. 2), wobei die KlientInnen die Kenntnis spezifischer heiminterner Gegebenheiten (Regelwerke, Tagesabläufe, Gruppenstrukturen etc.) voraussetzen können. Sie haben die Möglichkeit, die Psychologin auch außerhalb der Therapiesitzung als wertschätzende Beziehungspartnerin zu erleben, die sich positioniert statt eine klinisch abstinente Grundhaltung an den Tag zu legen.

5. Bedürfnisgerechte Gestaltung: Die einrichtungsinterne Durchführung psychologischer Maßnahmen ermöglicht eine höhere Flexibilität bzgl. des Settings (zeitlich, räumlich, inhaltlich, einzeln oder in der Gruppe). Die Bedürfnisse der Klientel bzgl. Setting und Kontaktfrequenz bei oszillierender Selbstöffnungsbereitschaft können unmittelbar berücksichtigt werden, »Zwischen-Tür-und-Angel-Kontakte« bergen genauso wie die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten oder der Einbezug positiver »Modelle« (andere Kinder/Jugendliche, Kleinstgruppe) zusätzliche Möglichkeiten – gerade eben auch der Beziehungsgestaltung –, die ambulant nicht existieren.

D.h. insgesamt erlauben die innerinstitutionellen Gegebenheiten andere Zugänge, die bei dieser spezifischen Klientel therapeutische Entwicklungen vorantreiben, aufrechterhalten oder überhaupt erst ermöglichen können und so eine erfolgreiche pädagogische Arbeit chancenreicher machen. Dies gilt insbesondere insofern, als dass die Zunahme von Medikation, Mehrfachstörungen sowie psychiatrischen Krankheitsbildern bei der Klientel der Heime eine Präsenz Klinischer PsychologInnen im Heim notwendig macht. Nur so wird eine multiprofessionelle Behandlungs- und Beziehungskompetenz für die Betroffenen zur Verfügung gestellt und ein weiteres Scheitern wie bei oftmals bereits vorangegangenen Interventionen vermieden. Denn obwohl insofern häufig eine negative Vorselektion stattgefunden hat und aus Kostengründen zunehmend nur noch Kindern und Jugendlichen mit ungünstigen Prognosen ein Heimaufenthalt finanziert wird, werden Klinische PsychologInnen mit einer einzelfallorientierten Sichtweise nicht KlientInnen ablehnen (»die/den können wir nicht nehmen«), sondern fragen: »Was können wir tun, damit wir sie/ihn aufnehmen und optimal fördern können?« – auch wenn dazu ggf. Sondervereinbarungen über Zusatzleistungen getroffen werden müssen.

Den überwiegenden Teil der Klientel macht aber nach wie vor die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus, die zwar nicht unter einer offensichtlichen diagnosti-

zierbaren psychiatrischen oder psychischen Störung leiden, sondern vielmehr unter schwerwiegenden seelischen Belastungen, Beeinträchtigungen des Erlebens/Verhaltens und/oder Entwicklungsdefiziten, für deren Bewältigung sie neben einer eventuell notwendigen psychotherapeutischen Heilbehandlung vielmehr der klinisch-psychologischen Förderung im Alltag mit den Möglichkeiten der begleitenden Prozessdiagnostik und differenziellen Interventionsplanung bedürfen.

Ein Beispiel soll das verdeutlichen: Eine im Verlauf einer stationären Maßnahme auftretende Beziehungsproblematik kann von einem Personal mit eher pädagogischem Blickwinkel als »renitentes Verhalten« missverstanden werden – ein potenzieller Einstieg in eine Eskalationsspirale. Der Psychologe hingegen kann das Verhalten aufgrund seines spezifischeren »Beziehungswissens« z.B. eher als Ausdruck der Überforderung bei zu nahen Beziehungen verstehen und wird dem Kind einen Ausstieg aus der Eskalation anbieten, indem er Vereinbarungen zur Beziehungsgestaltung mit ihm trifft. Die Rückmeldung des explorierten Hintergrundes des auffälligen Verhaltens an das pädagogische Personal schafft Verständnis, die Mitteilung der Vereinbarungen Entlastung. Gemeinsam können unter Kenntnis der Alltagsabläufe praktikable Handlungsab-sprachen mit klaren Konsequenzen verabredet werden, die von den pädagogischen MitarbeiterInnen in der Erziehung umgesetzt werden. Der Erfolg der vereinbarten Maßnahmen kann durch teilnehmende Beobachtungen im Alltag unmittelbar kontrolliert und rückgemeldet oder – sofern aufgrund der prozessbegleitenden Evaluation nötig – angepasst oder korrigiert werden. Eine weitere Eskalation durch unbeabsichtigte Kränkungen (bei allen Beteiligten) und ein daraus potenziell resultierender Maßnahmenabbruch können so vermieden bzw. sogar konstruktiv für die weitere Beziehungsgestaltung genutzt und der pädagogische Auftrag fortgeführt werden. Schon in Anbetracht der unter Punkt 1 (s. S. 596) erwähnten Beobachtung der langen Wartezeit bei externer psychotherapeutischer Versorgung scheint ein solch günstiger Verlauf v.a. dann realistisch, wenn PsychologInnen i.S. der Grundleistung im Heim angesiedelt sind – zumal das in diesem Beispiel beschriebene, durchaus übliche Vorgehen eine klinisch-psychologische Leistung ist, die nicht einer in der psychotherapeutischen Versorgung festgeschriebenen und von den Krankenkassen finanzierten »Heilbehandlung« entspricht. Inwiefern aber PsychologInnen eher als andere Berufsgruppen mit therapeutischer Zusatzausbildung das für ein solches Vorgehen notwendige Veränderungswissen mitbringen, wird im nächsten Punkt dargestellt.

Psychologische Basisqualifikationen oder »was können wir Besonderes«?

PsychologInnen verfügen über das Expertenwissen für:

1. die Analyse (Diagnostik) von Prozessen/Entwicklungen auf verschiedenen Ebenen und deren Zusammenschau: Fallebene (Individuum), Ebene der Gruppenprozesse, Ebene der Teams (Bezugspersonen), Ebene der Familie, Ebene der Institution;

*Anzeige
Springer
Achtung
mit An-
schnitt*

⁴Zitiert nach Höch & Franke (2000).

2. Interventionsplanung und prognostische Einschätzung auf der Grundlage dieser Diagnostik und des spezifischen Störungswissens, entsprechende Aufgabenverteilung und Anwendung der Interventionsmethoden unter Berücksichtigung der aktuellen Ergebnisse der Grundlagenforschung und des spezifischen Störungswissens;
3. Kommunikative Kompetenz: Unterstützung kommunikativer Prozesse mit emotionalem Gehalt beim Kind/Jugendlichen, in der Gruppe, zwischen ErzieherInnen und Kindern, zwischen den verschiedenen Beteiligten eines Geschehens, zwischen der eigenen Profession und anderen Berufsgruppen (niedrigschwellige Ansprechbarkeit);
4. Mitgestaltung der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen mit Blick auf die Meta-Ebene (Schaffung eines therapeutischen Milieus), in Kenntnis und Nähe, aber ohne vollständige Integration in das Alltagsgeschehen;
5. Einbringen psychologischen Veränderungswissens in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, mit Be-

- zugspersonen (Familien, ErzieherInnen, anderen HelferInnen) und Systemen;
6. ressourcenorientierte Blickweise: Lösungsansätze werden im Hinblick auf die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten – anstelle von ausschließlicher Orientierung an Defiziten – formuliert und so realistischer erreichbar, während das Selbstbild der Klientel durch die positive Konnotation gestärkt wird;
7. Evaluation der Zielerreichung: PsychologInnen sind aufgrund ihrer wissenschaftlich-methodischen Ausbildung dazu in der Lage, Veränderungsprozesse während und nach einer Maßnahme im Hinblick auf eine erfolgreiche und überzufällige Zielerreichung statistisch und inhaltlich zu beurteilen;
8. Qualitäts- und Organisationsentwicklung: PsychologInnen sind dazu befähigt, an die jeweiligen institutionellen Gegebenheiten angepasste Qualitätskriterien zu formulieren, ihre Einhaltung zu überprüfen und so die Entwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den jeweiligen Organisationen voranzutreiben.

Abbildung 2

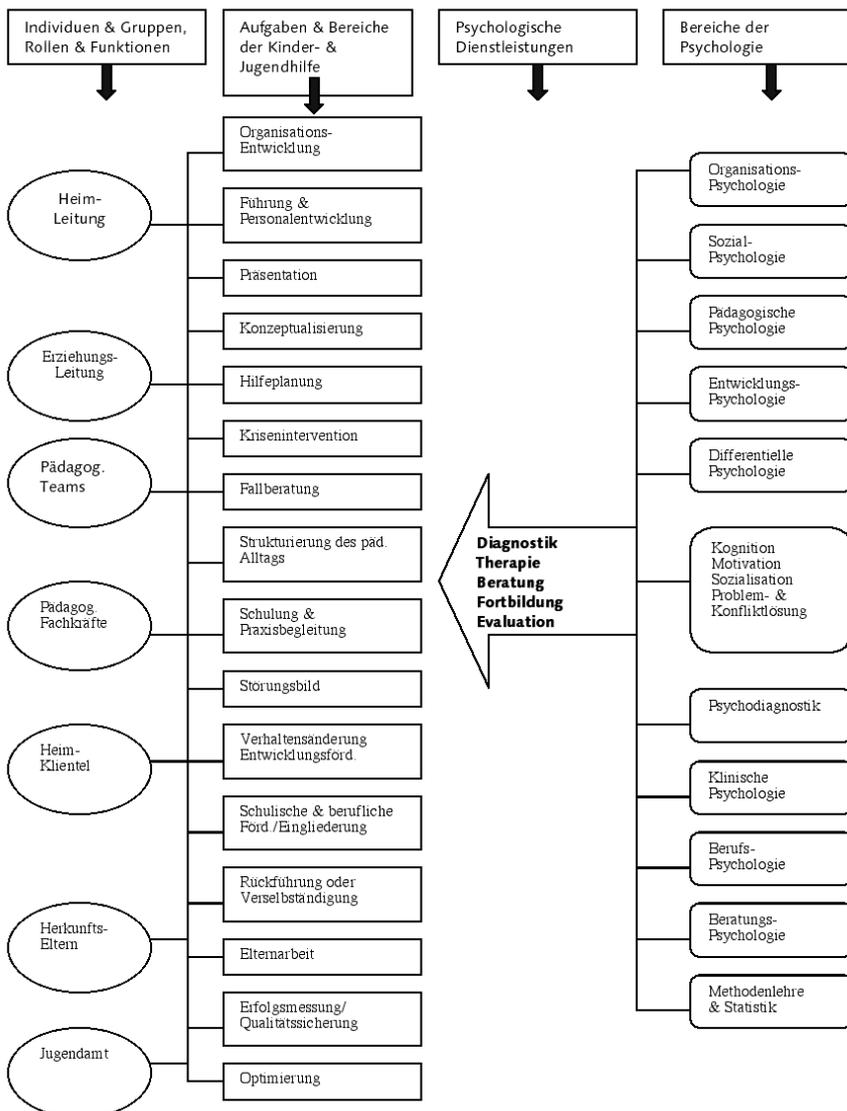


Abbildung 2: Psychologische Dienstleistungen, fachliche Grundlagen und Adressaten (in Anlehnung an Müller, 1999, S. 8).

Psychologische Leistung im Heim ist daher nicht einfach nur die Summe der Einzelleistungen und somit nicht separat auszulagern, sondern umfasst gerade auch die Zusammenschau, Analyse und Einschätzung der Gesamtsituation (Kind/Einzelfall, pädagogisches Umfeld, familiäres Umfeld, institutionelles Umfeld) und die (multiprofessionelle) Interventionsplanung auf der Basis der Einbindung in das Gesamtsystem. Auf dieser Grundlage können therapeutische Interventionen und pädagogisches Handeln sowie die Fördermaßnahmen im Alltag unmittelbar fachlich dargestellt und begründet, angeregt, angeboten, durchgeführt und kontrolliert werden. Die Anwendung des Wissens erfolgt auf der Grundlage der theoretischen Ausbildung im Studium, unter vielen anderen in den Bereichen Neuropsychologie, Lernpsychologie, Psychopathologie, Entwicklungspsychologie, Pädagogische Psychologie, Sozialpsychologie, Kognitionspsychologie. Häufig liegt darüber hinaus eine praktische Ausbildung durch den Erwerb psychotherapeutischer Zusatzqualifikationen vor: Laut der in Idstein präsentierten Umfrageergebnisse von Herrn Meier hatten bereits 60% der Befragten eine Approbation erhalten.⁴ Einen Überblick über mögliche psychologische Dienstleistungen im Heim – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – gibt Abbildung 2 (Müller, 1999).

Die dargestellten psychologischen Basisqualifikationen sind wesentlich umfassender und für eine effiziente prozess- und ressourcenorientierte Interventionsplanung der therapeutischen Maßnahmen im Heimalltag erheblich effizienter als die der in das klinisch-psychologische Feld drängenden Berufsgruppen – mit oder ohne »therapeutische« Zusatzqualifikationen. Das gilt insbesondere für solche therapeutischen Zusatzqualifikationen, die nicht im Bereich der anerkannten Psychotherapieverfahren, sondern typischerweise in der Familien-, Freizeit-, Sonder- und Heilpädagogik angesiedelt sind und bei der Vermittlung verschiedener therapeutischer Interventionsmöglichkeiten

*Achtung: Anzeige
Beltz Verlag.*

*Hier wird eine
Postkarte aufge-
klebt, ich hoffe
diese Seite ist da-
für richtig, sonst
bitte entspre-
chend auf der
richtigen Seite
platzieren!*

ten doch immer eine »pädagogische Sozialisation« mit einer entsprechenden pädagogischen Perspektive auf Veränderungsprozesse zur Basis haben. Selbst bei einer originär psychologischen Zusatzausbildung wie beispielsweise bei den beliebten und durchaus sinnvollen Zusatzqualifikationen im Bereich der Familien- und systemischen Therapieausbildungen wird auf bestimmte Aspekte des Geschehens bei der Entwicklung/Aufrechterhaltung inadäquater Verhaltens- und Erlebensweisen fokussiert, während andere – in diesem Fall die intraindividuellen Bedingungen, die zu Genese, Auslösung und Aufrechterhaltung beitragen – eher vernachlässigt werden. D.h. dass die »nicht-psychologischen« KollegInnen ihrerseits natürlich über fachliche Kompetenz und spezifisches Wissen verfügen, damit aber aus psychologischer Sicht jeweils nur Teilbereiche der pädagogisch-therapeutischen Erfordernisse bedienen können. Für die hohe Fachlichkeit, die bei der zunehmend »schwieriger« werdenden Klientel in der Heimunterbringung gefordert ist, ist daher das spezifische Repertoire Klinischer PsychologInnen unverzichtbar.

Neben dem dargestellten umfassenderen Grundlagenwissen stellt eine weitere, bezeichnende Besonderheit bei der beruflichen Sozialisation von PsychologInnen der hohe Anteil an Eigenarbeit bzgl. der Entwicklung und Reifung der eigenen Persönlichkeit durch Selbsterfahrungsanteile in der Aus- und Weiterbildung dar, die eine spezifischere Empathie für Defizite und Ressourcen der Klientel, aber auch eine genauere Kenntnis der Eigenanteile am Verlauf von Interaktionen sowie sog. »blinder Flecken« und so eine insgesamt reflektiertere Arbeit ermöglichen. Kurz gesagt: Bei aller Kooperation zeichnen sich die Klinischen PsychologInnen vor anderen Berufsgruppen im Hinblick auf die optimale Gestaltung eines umfassenden pädagogisch-therapeutischen Milieus dadurch aus, dass sie dafür besser ausgebildet sind.

Die weiter reichende psychologische Kompetenz ist also in der Jugendhilfe vielseitig einsetzbar. Was PsychologInnen leider nicht häufig tun, scheint die (öffentliche) Präsentation ihrer Kompetenzen und die Vertretung ihrer Interessen in berufsständischen oder politischen Diskussionen (Beispiel: »Entspezialisierungsdebatte«) zu sein. Dafür mögen die zeitliche Beanspruchung, abweichende Situationsanalysen, mangelndes berufspolitisches Interesse oder gar mangelnde Kompetenz die Gründe bilden. Diese möglichen Hintergründe wären es wert, durch eine geeignete Untersuchung genauer festgestellt zu werden. Gelingt es uns allerdings weiterhin nicht, mit unserem Fachwissen öffentlich in Erscheinung zu treten und als SpezialistInnen wahrgenommen zu werden, steht zumindest in der Jugendhilfe ein weiteres »Outsourcing« zu befürchten. Innerhalb der Institutionen gilt das sowohl für die erstrebenswerte Mitwirkung an der Erstellung von Konzeptionen als auch für die Beteiligung bei der Verfassung von Leistungsvereinbarungen, ggf. auch mit dem Hinweis darauf, dass Qualität ihren Preis hat.

⁵ Problematisch für den Erfolg dieser Argumentation ist der leider immer wieder anzutreffende mangelnde »Blick über den Tellerrand«: Jeder denkt nur an »seinen« Finanztopf und die diesem entstehenden Kosten.

Prognostische Einschätzung oder »was spart das«?

Interessant wäre ein »Blick in die Kristallkugel« dahingehend, wie sich die Versorgung der Klientel in der Jugendhilfe ohne PsychologInnen entwickeln würde. Zu befürchten steht, dass es zu vermehrten Unterbringungen in Psychiatrien und Jugendgefängnissen sowie zu Maßnahmenabbrüchen mit den entsprechenden gesamtgesellschaftlichen Folgekosten (für Jugend-, Sozial- und Arbeitsämter, Krankenkassen sowie den Bund) kommt, die sich bei frühzeitiger Investition in umfassende pädagogisch-therapeutische Interventionen vermeiden ließen.⁵ Leider liegen dazu bislang kaum Erkenntnisse bzw. zu wenig erhellende wissenschaftliche Untersuchungen vor.

Träger könnten bei einer Erweiterung des Aufgabengebietes der PsychologInnen konkrete Kostenersparnisse auf Gebieten der Qualitäts- und Organisationsentwicklung, MitarbeiterInnenschulung und Supervision erzielen, sofern diese bislang extern eingekauft wurden. Idealerweise »erspart« der Einsatz von PsychologInnen in den Einrichtungen den Bezugspersonen zusätzliche psychische Belastungen und der Klientel die weitere Verfestigung problematischer Verhaltens- und Erlebensweisen mit den negativen Auswirkungen auf Veränderungsmotivation und Hoffnung sowie das Selbstbild.

Fazit oder »was bleibt«?

Zusammenfassend bleibt hinsichtlich der dem Text vorangestellten Thesen die Hoffnung, dass die aufgezeigten Argumente von PsychologInnen in Kostendiskussionen mit Trägern und Ämtern eingesetzt werden, um zu verdeutlichen, dass die spezifische Qualität psychologischer Dienstleistungen nicht durch »therapeutische Zusatzqualifikationen« ersetzt werden kann. Möglicherweise lassen sich Kostenträger dann auch davon überzeugen, kostenintensivere psychologische ExpertInnen zu beschäftigen bzw. vorzuhalten, um langfristig gesamtgesellschaftliche Folgekosten zu sparen.

Der seit etwa 20 bis 30 Jahren eingeleitete Prozess der Integration von PsychologInnen in das »System Heim« würde nach unserer Einschätzung ad absurdum geführt, wenn jetzt – nach einer nicht zu übersehenden Qualifizierungsleistung – die durch diese Berufsgruppe geleistete fachliche Arbeit nicht als ein ständiger Prozess, sondern als ausreichend und damit abgeschlossen definiert würde. Nicht zuletzt wurden Merkmale wie Effizienz und Qualität unter Inanspruchnahme wissenschaftlicher Kriterien durch Instrumente wie z.B. die psychologische Diagnostik mit einer sachlichen Erhebung des Ist-Standes sowie einer späteren Erfolgskontrolle durch die PsychologInnen im Heim eingeführt und eingefordert. Ein Verzicht auf PsychologInnen im Heim widerspricht von daher vor allem der aktuellen Forderung nach einer ständigen Qualifizierung und einer größeren Effizienz der in den (stationären und teilstationären) Jugendhilfeeinrichtungen geleisteten Arbeit.

Schlussendlich ist offenkundig, dass die psychologischen Leistungen bei der Integration in die verschiede-

CIP

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem Argument, dass nicht die Jugendhilfe, sondern die Krankenkassen die zuständigen Kostenträger psychotherapeutischer Heilbehandlungen seien, werden psychotherapeutische Dienstleistungen aus stationären Einrichtungen zunächst ausgelagert und sollen »bei Bedarf« extern eingekauft oder durch die Tätigkeit kostengünstigerer Berufsgruppen ersetzt werden, obwohl das Kinder- und Jugendhilfegesetz auch die therapeutische Versorgung der Klientel vorsieht. Das durch Studium und Weiterbildung erworbene psychologische ExpertInnenwissen ist durch sog. »therapeutische« Zusatzausbildungen anderer Berufsgruppen kaum zu ersetzen. Anhand der Besonderheiten der Klientel in den stationären Einrichtungen wird hervorgehoben, dass insbesondere die Alltagsnähe der HeimpsychologInnen bei vielen Kindern und Jugendlichen erst den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ermöglicht, die so ambulant nicht installiert werden kann. Im Hinblick darauf, sowohl die bestmögliche Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten als auch die gesamtgesellschaftlichen Kosten dieser Versorgung möglichst gering halten zu wollen, sind heiminterne psychologische Dienstleistungen unverzichtbar. Der Reduktion der in der Jugendhilfe unter dem Primat der Hilfe zur Erziehung durchgeführten klinisch-psychologischen Behandlung auf die psychotherapeutische Heilbehandlung wird widersprochen und die deutlich umfassendere Tätigkeit des Heimpsychologen dargestellt. Sie ist – schon seit etwa 20 Jahren und auch in Zukunft – ein wesentlicher Garant für eine deutlich gesteigerte Effizienz der gesamten in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe geleisteten Arbeit.

Es besteht der dringende Bedarf einer fachlich-öffentlichen Diskussion darüber, ob und in welcher Form die von PsychologInnen bislang in Heimen geleistete Therapie genauso wie die darüber hinausgehende klinisch-psychologische alltagsbezogene Förderung nicht auch weiterhin in die finanzielle Zuständigkeit der Jugendhilfeträger gehört.

nen Ebenen und Prozesse in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe deutlich mehr umfassen, als die in der Kostendiskussion herausgegriffene psychotherapeutische Tätigkeit, die im Einzelfall sinnvollerweise auch extern »eingekauft« werden mag. Es handelt sich vielmehr um eine klinisch-psychologisch-psychotherapeutische alltagsbezogene Förderung im Rahmen der Hilfe zur Erziehung. Insofern bleibt für uns nur eine Position, die es in Verhandlungen offensiv zu vertreten gilt: *Psychologische Leistungen in die Grundversorgung und Anerkennung therapeutischer Angebote als in die Zuständigkeit der Jugendhilfe gehörig – zum Wohl aller Beteiligten!*

LITERATUR

- BERLINER KOSTENSATZRAHMENVEREINBARUNG FÜR DEN JUGENDHILFEBEREICH** (2002). Download ehemals (letzter Aufruf April 2003) unter url: www.senbjs.berlin.de/jugend/rechtsvorschriften/ksrv/KSRV0202.pdf
- BERLINER RAHMENVERTRAG FÜR HILFEN IN EINRICHTUNGEN UND DURCH DIENSTE DER KINDER- UND JUGENDHILFE** (2003). Download unter url: www.senbjs.berlin.de/jugend/rechtsvorschriften/brvj/Thema_brvj.asp (letzter Aufruf September 2003).
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H.** (Hrsg.). (1993). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- HÖCH, J. & FRANKE, T.** (2000). Bericht zur Fachtagung der Fachgruppe am 26./27.11.1999 im Sozialpädagogischen Zentrum Kalmenhof, Idstein. BDP, Sektion Klinische Psychologie, *Information 30* (Mai 2000), 9-18.
- MÜLLER, H.** (1999). Zur Qualitätsentwicklung psychologischer Dienstleistungen in der Kinder- und Jugendhilfe. *Pädagogischer Rundbrief*, 3, 3-24.

Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Alkohol genießen mit System

EDMUND WIRZBA

Praktische Hilfe zur Stärkung von Selbstkontrolle, Steigerung der Lebensqualität, MPU-Vorbereitung nach Führerscheineverlust

ca. 140 Seiten, ISBN 3-931589-60-9, Euro 8,00

Das **Protokollbuch zum Alkoholkonsum** enthält u.a.

- Frage für die MPU: Wie viel Alkohol haben Sie insgesamt getrunken?
- Was ist Alkoholpromille und wie kann man sie berechnen?
- Protokolltabellen mit strukturiertem Tagebuch (1. bis 52. Woche)
- Laborwerte/Bilanztabellen/Rückblick- und Ausblicktabellen (alle sechs Wochen)
- Selbstverpflichtung und Selbsterklärung

■
Deutscher Psychologen Verlag GmbH

OBERER LINDWEG 2

5 3 1 2 9 B O N N

T 0228/98731-18

F 0228/641023

verlag@psychologenverlag.de