

Diana Düring, Hans-Ullrich Krause,
Friedhelm Peters, Regina Rätz,
Nicole Rosenbauer, Matthias Vollhase (Hg.)

Kritisches Glossar

Hilfen zur Erziehung

Grundsatzfragen

51



**Internationale
Gesellschaft für
erzieherische Hilfen**

IGFH-Sektion
Bundesrepublik Deutschland
der Fédération Internationale
des Communautés
Educatives
(FICE) e.V.

Kritisches Glossar Hilfen zur Erziehung

Die Beiträge in diesem Band analysieren zentrale Begrifflichkeiten, die gegenwärtig als Schlüsselbegriffe die Denkweisen und Wissensordnungen der Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere die Erziehungshilfen konstituieren und dominieren. Solche Schlüsselbegriffe changieren zwischen öffentlichem Diskurs und Fachdiskurs: sie entfalten Deutungsschemata und sollen ‚Fakten schaffen‘, mit denen die Fachkräfte ihr Selbstverständnis und Handeln reflektieren und an denen sie ihre Praxis ausrichten.

Die einzelnen Stichworte in diesem Band sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt und betreffen neben Begriffen, in denen auf gesellschaftlich übergreifende Entwicklungen gezielt wird, konzeptionelle Entwürfe im engeren Feld der Hilfen zur Erziehung wie auch Techniken und Verfahren oder methodische Zugänge.

Das vorliegende Glossar der Hilfen zur Erziehung versucht solche zeitgenössischen Leitbegriffe vor allem in ihrer Widersprüchlichkeit kritisch zu diskutieren, um daraus neue Handlungsmöglichkeiten erkennbar werden zu lassen.

**Diana Düring, Hans-Ullrich Krause,
Friedhelm Peters, Regina Rätz,
Nicole Rosenbauer, Matthias Vollhase (Hg.)**

Kritisches Glossar Hilfen zur Erziehung



***Internationale
Gesellschaft für
erzieherische Hilfen***

*IGFH-Sektion
Bundesrepublik Deutschland
der Fédération Internationale
des Communautés
Educatives
(FICE) e.V.*

Dieses E-Book enthält den Inhalt der gleichnamigen Druckausgabe, sodass folgender Zitiervorschlag verwendet werden kann:

Diana Düring, Hans-Ullrich Krause, Friedhelm Peter (u.a.) (Hg.), Kritisches Glossar - Hilfen zur Erziehung
Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH), Frankfurt am Main, 2014

WALHALLA Digital:

Mit den WALHALLA E-Books bleiben Sie stets auf aktuellem Stand! Auf www.WALHALLA.de finden Sie unser komplettes E-Book- und App-Angebot. Klicken Sie doch mal rein!

Wir weisen darauf hin, dass Sie die gekauften E-Books nur für Ihren persönlichen Gebrauch nutzen dürfen. Eine entgeltliche oder unentgeltliche Weitergabe oder Leihe an Dritte ist nicht erlaubt. Auch das Einspeisen des E-Books in ein Netzwerk (z. B. Behörden-, Bibliotheksserver, Unternehmens-Intranet) ist nur erlaubt, wenn eine gesonderte Lizenzvereinbarung vorliegt.

Sollten Sie an einer Campus- oder Mehrplatzlizenz interessiert sein, wenden Sie sich bitte an den WALHALLA-E-Book-Service unter 0941 5684-0 oder walhalla@walhalla.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.walhalla.de/b2b.

© IGfH-Eigenverlag, Frankfurt am Main, 2014

Satz: Marina Groth

Herstellung und Vertrieb: Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg

Dieses E-Book ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bestellnummer: 95720600

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen)	
Charlotte Köttgen	13
Arbeitsbedingungen	
Gunther Fleischmann	24
Armut	
Karl-August Chassé	30
Aufarbeitung der Heimerziehungsgeschichte	
Carola Kuhlmann	37
Aufwachsen in privater und öffentlicher Verantwortung	
Timm Kunstreich	46
Bildung und Demokratie	
Michael Winkler	52
Care Leaver	
Dirk Nüsken	61
Case Management	
Heiko Kleve	68
Diagnostik	
Kira Gedik	74
Dienstleistungsorientierung	
Gaby Flösser, Matthias Vollhase	86
Eigenverantwortung	
Peter Schruth	93
Elternarbeit	
Michael Winkler	101
Empowerment	
Josef Bakic	108

Familialisierung	
Luise Hartwig	114
Flexibilisierung	
Nicole Rosenbauer	118
Geschlecht	
Nicole Rosenbauer	127
Geschlossene Unterbringung	
Michael Lindenberg, Tilman Lutz	137
Governance	
Diana Düring	145
Grenzen	
Annegret Wigger	150
Inklusion	
Benedikt Hopmann	156
Intensivpädagogik	
Werner Freigang	163
Intensivpädagogische Auslandsmaßnahmen	
Holger Wendelin	167
Kinderrechte	
Martina Kriener, Peter Hansbauer	175
Kinderschutz	
Reinhart Wolff	184
Kooperation	
Andreas Matzner	193
Managerialisierung	
Andreas Polutta	201
Markt und Wettbewerb	
Friedhelm Peters	208

Mediatisierung	
Nadia Kutscher	219
Migration	
Chantal Munsch	227
Modularisierung	
Friedhelm Peters	234
Nachhaltigkeit	
Norbert Struck	240
Ökonomisierung	
Samuel Keller, Nicole Rosenbauer, Martin Schröder	244
Ombudtschaft und Beschwerdeverfahren	
Ulrike Urban-Stahl	253
Partizipation	
Hans-Ullrich Krause, Martin Schröder	262
Prävention	
Katja Wohlgemuth	268
Professionelle Haltung	
Hans-Ullrich Krause, Dirk Schäfer	276
Qualität	
Kay Biesel	282
Rechte und Pflichten	
Regina Rätz, Friedhelm Peters	290
Responsibilisierung	
Simon Mohr, Eva Schone, Holger Ziegler	297
Risiko, Risikofaktoren und Risikoverhalten	
Axel Groenemeyer	306
Schutzkonzepte	
Reinhold Schone	318

„Schwierige Jugendliche“	
Regina Rätz, Samuel Keller	324
Sozialraumorientierung	
Fabian Kessl, Christian Reutlinger	331
Spezialisierung	
Werner Freigang	339
Steuerung	
Diana Düring, Friedhelm Peters	345
Teilhabe-/Gerechtigkeit	
Stefanie Albus	355
Time-out	
Hannelore Häbel	361
Training(s), Elternteraining(s)	
Matthias Euteneuer	368
Vernetzung	
Jörg Fischer	376
Verwahrlosung	
Regina Rätz, Jana Kuhnle	382
Wirkungsorientierung	
Friedhelm Peters	389
Wohlfahrtsstaat	
Hans-Jürgen Dahme, Norbert Wohlfahrt	397
Zwang (und Zwangskontexte)	
Michael Lindenberg, Tillman Lutz	403
Autor_innenverzeichnis	411

Einleitung

Diana Düring, Hans-Ullrich Krause, Friedhelm Peters, Regina Rätz,
Nicole Rosenbauer, Matthias Vollhase

Ein Glossar ist, greift man auf ein Wörterbuch oder auf Wikipedia zurück, sinngemäß eine Sammlung erklärungsbedürftiger Wörter/Begriffe bzw. eine Liste von Wörtern mit beigefügten Erklärungen, welche über die wesentlichen Eigenschaften bzw. Bedeutungen der begrifflich beschriebenen Sachverhalte informieren. Da Bedeutungen sich historisch wandeln (können), gilt es – zumal in Feldern oder Praxen, die hochgradig sprachlich bzw. diskursiv verfasst sind, wie dies in der Kinder- und Jugendhilfe der Fall ist –, sensibel mögliche Bedeutungsverschiebungen und Gebrauchsweisen zentraler Begrifflichkeiten und Konzepte zu beobachten und ggf. darüber aufzuklären.

Die Kinder- und Jugendhilfe bzw. die Hilfen zur Erziehung, auf die wir uns im vorliegenden Band konzentrieren, erfinden sich gleichsam immerwährend neu und unterliegen nicht zuletzt zurzeit erheblichen Verschiebungen und/oder Umcodierungen ihrer zentralen Leitbegriffe im Prozess der „Neuerfindung des Sozialen“ (Lessenich 2008). Diesem Prozess kann man kaum entrinnen, denn diese Diskurse, die Wahrnehmungs- und Beurteilungskriterien lenken, das „Sagbare“ oder das „Unsagbare“, das „angemessene“ oder „unangemessene Sprechen“ und damit auch das (fach-öffentliche) Wahrnehmen oder Nicht-Wahrnehmen (!) regulieren, strukturieren auch unsere Denk- und Handlungsoptionen. Dennoch aber ist es möglich, Begriffe, die im Fachdiskurs als populär und häufig ideologisch aufgeladen identifiziert werden können (vgl. Bakic u. a. 2013: 8) und die versuchen, das Handlungsfeld der Erziehungshilfen (neu) zu formieren, kritisch sowie gerade auch in ihrer Widersprüchlichkeit zu diskutieren.

Idee und Titel dieses Bandes sind, das wollen wir nicht verhehlen, durch die Bände „Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit“ (Bakic u. a. 2008 bzw. 2013) beeinflusst bzw. dem „Glossar der Gegenwart“ entlehnt, das Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke (2004) – theoretisch orientiert und geleitet durch die Arbeiten M. Foucaults – herausgegeben haben. Die ihrem Buch zugrunde liegende Perspektive, „jene Rationalitäten und Technologien, die Gesellschaft als Einheit überhaupt erst denkbar machen und praktisch herstellen“ zu untersuchen, scheint uns übertragbar auf das Feld der Kinder- und Jugendhilfe resp. das Feld der Hilfen zur Erziehung. Auch wenn diese Perspektive nicht immer stringent durchgehalten wird, versuchen die hier versammelten Beiträge ausgewählte Termini diskursiv einzuordnen, Klärungen und Kritik zu formulieren und auf die Praxis der Hilfen zur Erziehung zu beziehen. Dabei richtet sich der Blick nicht darauf, zu einer eindeutigen Beschreibung zu kommen, was Jugendhilfe ‚ist‘, sondern auf die Denkweisen und Wissensordnungen, die (gegenwärtig) Jugendhilfe konstituieren. Ein solcher Zugang fußt auf der Annahme, dass solche Denkweisen und Wissensordnungen in Diskursen verankert sind, die das Feld strukturieren und ordnen und als „symbolische Ordnungen“ den Subjekten erst „das gemeinsame Sprechen und Handeln erlauben“ (Bettinger 2007: 76).

Statt also z. B. davon auszugehen, dass ‚moderne‘ Hilfen zur Erziehung (HzE), die sich seit dem Inkrafttreten des KJHG (SGB VIII) als individuelle Rechtsansprüche darstellen, eine sozialstaatliche Reaktion auf eine zunehmende Unübersichtlichkeit und Entgrenzung sowie eine damit verbundene wachsende Unsicherheit bei der Gestaltung des Alltags, der Organisation der Familie sowie der Ausgestaltung von Erziehungsprozessen sind (vgl. Rauschenbach 1999: 29 ff.), gälte es nachzuzeichnen, *wie* sich diese so beschriebene Ordnung über welche Themen, Techniken, Methoden diskursiv zu gerade dieser Ordnung des Feldes verdichtet, als deren Resultat dann eine spezifische Gestalt der HzE sichtbar wird. Statt davon auszugehen, dass Hilfen zur Erziehung mit ihren unterschiedlichen Settings von z. B. Angeboten der Beratung, der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) bis zur Vollzeitpflege und Heimerziehung die Aufgabe haben, erzieherische Probleme in Familien sowie Institutionen der Bildung und Erziehung kompensatorisch und ergänzend zu begegnen oder – präventiv – gar nicht erst entstehen zu lassen, käme es darauf an, zu rekonstruieren, wie dieses Selbstverständnis – auch in Konkurrenz zu anderen Deutungen wie bspw. der einer Instanz sozialer Kontrolle – zustande kommt. Wenn einflussreiche oder quasi offiziöse Veröffentlichungen z. B. propagieren, Hilfen zur Erziehung repräsentierten eine geteilte private und öffentliche Verantwortung für ein gelingendes Aufwachsen, wobei unter Öffentlichkeit nicht nur Staat und Zivilgesellschaft, sondern auch der Markt zu fassen sei (vgl. 14. Kinder- und Jugendbericht 2013), operieren sie wie auch die vorgenannten Funktionsbestimmungen als mittelbare Formen der Anleitung und Führung. Hier werden Themen gesetzt, die ‚Fakten schaffen‘ (sollen), und Deutungshoheiten zu etablieren gesucht. Allerdings sind solche Versuche nie widerspruchsfrei, sie knüpfen, um hegemoniemächtig zu werden, z. B. an ältere Überlegungen an, die sie ggf. uminterpretieren, versuchen unterschiedliche Diskursstränge zu integrieren etc. und provozieren ‚Gegendiskurse‘.

Formen der Anleitung und Führung sind dementsprechend nicht als zentralistische Normierungsmacht zu verstehen, aber sie ‚lenken‘, insbesondere wo sie Hegemonie entfalten, Denk- und Handlungsoptionen, indem sie „bestimmte Verhaltensweisen (fördern) und ... andere unwahrscheinlicher zu machen (suchen). Sie mögen Erfahrungs- und Wirklichkeitsbereiche verhüllen oder verstellen, zunächst einmal produzieren sie jedoch selbst Wirklichkeit und präformieren Alltagsverständnis wie wissenschaftliche Wahrheiten“ (Bröckling u. a. 2004: 9 f.). Zwar können sie auch – gerade im Namen der Verantwortung – unterdrücken, zwingen, verbieten und verhindern (oder dazu auffordern, wie die neuerliche Debatte um Zwangselemente bezeugt), doch vor allem eröffnen sie ‚Möglichkeitsfelder‘ (Foucault 1987: 255).

Hierüber wird im Foucault’schen Sinne *regiert*, indem eine spezifische Rationalität als Programm und spezifische Praktiken, konkret Wahrnehmungs- und Beurteilungskriterien gesetzt werden, innerhalb derer die Ausübung von Machtbeziehungen ‚rationalisiert‘ wird. Dies geschieht u. a. durch die Erarbeitung von Begriffen und Konzepten, der Spezifizierung von Gegenständen und Grenzen, durch die Bereitstellung von Argumenten und Begründungen etc., die als ‚verordnete‘ Vor-

gaben in Form von Gesetzen, Verwaltungsrichtlinien oder öffentlich dominanten Diskursen wie in (politischen) Programmen oder produziert durch spezifische, einflussreiche ‚Protagonist_innen‘, abstrakt gesprochen: *zirkulierendem Wissen*, existieren. Auf diese Weise ist Regierung weder mit konkreten Inhalten noch mit einer bestimmten Methodik identisch und begrenzt sich auch nicht auf Prozesse und Praktiken staatlicher Instanzen oder Institutionen, sondern bezeichnet eine Form der ‚Problematisierung‘. Sie definiert einen politisch-epistemologischen Raum, innerhalb dessen historische Probleme auftauchen (können) und bietet zugleich – möglicherweise konfligierende oder widersprüchliche – Lösungs- und Bearbeitungsstrategien für diese Probleme an.

Daraus folgt, dass ‚Regierung‘ im Sinne Foucaults, die weit unterhalb staatlicher Interventionen einsetzt und sich auf „die Gesamtheit von Prozeduren, Techniken, Methoden, welche die Lenkung von Menschen untereinander gewährleisten“ (Foucault 1996: 118 f.) bezieht, auch spezifische Formen der *Intervention* (vor-)strukturiert. Eine politische Rationalität ist nämlich kein reines und neutrales Wissen, das die zu regierende Realität lediglich ‚re-präsentiert‘, sondern stellt selbst bereits eine intellektuelle Bearbeitung der Realität dar, an der dann politische Technologien ansetzen können (vgl. Lemke 2000: 2). „Politische Technologien bezeichnen einen Komplex von praktischen Verfahren, Instrumenten, Programmen, Kalkulationen, Maßnahmen und Apparaten, der es ermöglicht, Handlungsformen, Präferenzstrukturen und Entscheidungsprämissen von Akteuren im Hinblick auf bestimmte Ziele zu formen und zu steuern.“ (Lemke 2007: 56) Hierzu gehören u. a. Methoden der Evaluation, der Untersuchung, des Berichts, der Aufzählung, der Buchhaltung, Routinen für die zeitliche und räumliche Anordnung von Handlungen in konkreten Räumen, Präsentationsformen wie Abbildungen, Grafiken und Schaubilder, Anleitungen für die Arbeitsplanung, die Einübung von Gewohnheiten, pädagogische und therapeutische Techniken der Bildung und Heilung, architektonische Pläne, ökonomische Instrumente und rechtliche Verordnungen etc. (vgl. ebd.).

Auch die Jugendhilfe kann in diesem Sinne – und abkürzend – verstanden werden als „an element of productive governmental practices which create and operate within regimes of truth“ (Stenson 1993: 42; vgl. auch Kessl 2005, insb. Kap. 3). Sie tut dies, indem sie in und vermittels ihrer juristisch-organisationalen-theoretisch-methodischen Diskurse und professionellen Praktiken ihre ‚Gegenstände‘ (zumindest mit-)konstituiert: die unterstützungsbedürftige Familie, den (nach) zu sozialisierenden gefährdeten oder gefährlichen Jugendlichen, den pädagogisch nicht mehr Erreichbaren etc., also ihre jeweilige Zielgruppe, einen spezifischen Sozialraum resp. ihre jeweiligen Orte usw. *sowie* die entsprechenden Erklärungen und Gründe (Theorien), Handlungsorientierungen (Konzepte, Methoden) und Treatment- wie Evaluationssysteme, kurz vermittels Wissen, das historisch variierend Geltung beansprucht, um personalisierend Normalitätsansprüche durchzusetzen. Dieses Wissen ist sozial konstruiert, wird in unterschiedlichem Umfang als legitim anerkannt und ist immer gebunden an bestimmte diskursive Zusammenhänge. Mit anderen Worten: Jugendhilfe bzw. Jugendhilfediskurse produzieren

Gegenstandsbereiche und ‚Probleme‘ und zugleich das entsprechende ‚Lösungswissen‘, mit dem sie auf diese Deutungs- und Handlungsprobleme antworten.

Der hier angesprochene, Zuständigkeit und Legitimation erheischende „fürsorgepolitische Diskurs präsentiert und *begründet* jene Problemfelder und *reagiert* zugleich auf diese, indem er seine eigenen Bearbeitungsmodi und -angebote als Sinndomäne mitliefert. Man kann diesen Mechanismus als Reklamation einer ‚Zuständigkeit in der Krise‘ bezeichnen. (...) Systematisch gesehen generiert sich jene Zuständigkeit als Handlungen erlaubende Differenz zwischen Krisendiagnose und pädagogischem Versprechen: Denn ‚erst durch die genau kalkulierte Spannung von Bedrohung und Verheißung entsteht (...) jene Dringlichkeit des Anliegens, der Verantwortung des Erziehungssystems und die Größe der Aufgabe‘ (Rieger-Ladich 2002: 262)“ (Behnisch 2008: 26). Beispiele hierfür finden sich in zahlreichen pädagogisch-klassischen Texten von Pestalozzis ‚Stanzer Brief‘ oder ‚Lienhart und Gertrud‘ über Wicherns Begründung für die Entstehung des Rauhen Hauses bis zu H. Nohls Grundlegung der Jugendwohlfahrt – um nur einige zu nennen, sowie in nahezu allen pädagogisch-programmatischen Konzepten der Gegenwart (vgl. dazu insb. Kessl 2005: 123 ff.) bis hin zu den Beiträgen auf vielen Kongressen der sozialpädagogischen Zunft.

Ogleich die grundlegende Figur ‚des sich zuständig Erklärens in der Krise‘ und die diesbezügliche pädagogische Interventionsform für die Kinder- und Jugendhilfe als generelle Legitimationsfolie und handlungsbegründende Sinnstiftung sich erhalten hat, unterliegt sie zurzeit erheblichen Verschiebungen und/oder Umcodierungen ihrer zentralen Leitbegriffe (s. o.). Begriffe, die eher aus emanzipatorischen Begründungen/Denkweisen Sozialer Arbeit stammen, werden so verwendet, dass ihr kritisches Potenzial zum Schweigen gebracht wird bzw. dass sie in neuen Kontextualisierungen ihrer macht- und herrschaftskritischen Aspekte entkleidet werden. Gleichzeitig werden Begriffe – ohne Bezugnahme auf ihre historischen Verwendungszusammenhänge – re-etabliert, die aus guten Gründen aus dem sozialpädagogischen Repertoire bereits verabschiedet worden waren. ‚Kritisches‘ Gedankengut wird dabei vereinnahmt und selbst zum Motor der scheinbar interesselosen Modernisierung oder, wie treffend von Sabine Stövesand (2006: 38) in Bezug auf die Gemeinwesenarbeit formuliert, „mit solcher Schnelligkeit zum Schmiermittel des Systems aufbereitet, dass vom Widerständigen sehr schnell nur der ‚radical chic‘ übrig bleibt“.

In diesem (oder besser: *gegen* diesen) Sinn analysieren die Beiträge in diesem Band „jene zentralen Begrifflichkeiten, die gegenwärtig als hegemoniale Schlüsselbegriffe zwischen öffentlichem Diskurs und Fachdiskurs ausgemacht werden können und Effekte in der Praxis ... entfalten“ (Bakic u. a. 2013: 9). Solche Schlüsselbegriffe zeichnet aus, dass sie in verschiedenen Diskursfeldern auftauchen oder ausgehend von einem zentralen Fachdiskurs wie z. B. der Pädagogik, des Rechts, des Managements etc. auf andere Bereiche ausstrahlen. Sie sind Ausdruck gegenwärtiger Wissensordnungen und davon, was im Feld – den Hilfen zur Erziehung – derzeit „sinnvoll“ gesagt werden kann (vgl. Bettinger 2007: 77). Sie

zeichnen sich durch die fraglose Plausibilität aus, die ihnen über politische Fraktionierungen und soziale oder professionelle Milieus, über Disziplinargrenzen und fachliche Zuständigkeiten hinweg zukommt. Häufig kommen diese Begrifflichkeiten in einem eher präskriptiven Duktus daher; sie wollen eher eine Wirklichkeit schaffen als beschreiben und insofern werden widersprüchliche Tendenzen zumeist ausgeblendet. Gerade diese sind aber zu betonen und im Sinne einer *kritischen Praxis* herauszuarbeiten.

Unsere Auswahl konzentriert sich auf Begriffe von ‚mittlerer Reichweite‘, aber hoher strategischer Funktion im Feld der Hilfen zur Erziehung: „Deutungsschemata, mit denen Menschen sich selbst und die Welt, in der sie leben, interpretieren; normative Fluchtpunkte, auf die ihr Selbstverständnis und Handeln geeicht sind; schließlich konkrete Verfahren, mit denen sie ihr eigenes Verhalten oder das anderer entsprechend steuern. (...) Sie rufen Menschen an, sich als Subjekte zu begreifen und sich in spezifischer Weise – kreativ und klug, unternehmerisch und vorausschauend, sich selbst optimierend und verwirklichend usw. – zu verhalten und fördern so bestimmte Selbstbilder und Modi der ‚inneren Führung‘“ (Bröckling u. a. – a. a. O.: 12), die ihrerseits auf die Konstituierung der Arbeitsfelder, Arbeitsbeziehungen und Arbeitsgestaltungen Einfluss nehmen. Methodisch geht es also darum, in zentralen Begrifflichkeiten die Neubildungen, Konfliktlinien und Kompromissbildungen freizulegen, die sich aus den neuen Anforderungen und dem Widerstand dagegen ergeben. Gemeinsamer Bezugspunkt ist dabei eine „Haltung des Misstrauens“ (Foucault) gegenüber gegenwärtigen Formen des Wissens, Handelns und Sprechens. Allerdings ist dieser Anspruch nur begrenzt einzulösen, da auch die hier versammelten Autor_innen nicht außerhalb von Diskursen und „Sagbarkeitsräumen“ stehen und auch kritische Absichten sich nicht (mehr) über den Rückgriff auf universelle Wahrheiten legitimieren lassen (vgl. dazu Heite/Plümcke 2006). *Trotzdem* halten wir es nicht für vergeblich, mit der Analyse von Begriffen und Diskursen, ihren Widersprüchen und der Frage danach, welche Einsichten uns ermöglicht, aber auch, welche uns so verschlossen werden, so etwas wie ein *kritisches Diskursbewusstsein* und damit auch wieder neue Handlungsorientierungen zu gewinnen.

Die einzelnen Stichworte in diesem Band sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt und betreffen neben Begriffen, in denen auf gesellschaftlich übergreifende Entwicklungen gezielt wird, konzeptionelle Entwürfe im engeren Feld der Hilfen zur Erziehung wie auch Techniken und Verfahren, in denen sich veränderte Rationalitäten der „Führung“, Ökonomisierung und Responsibilisierung der Individuen – Adressat_innen wie Fachkräften – sowie von Organisationen zeigen. Dass diese Entwicklungen unterschiedlich reflektiert werden, liegt in der Funktionsweise solcher Diskurse selbst begründet – man kann sich (s. o.) ihnen nicht entziehen.

Ein Letztes: Die Liste der Stichworte ist unabgeschlossen. Sie zielt weder auf eine lückenlose Beschreibung des Feldes noch auf eine repräsentative Auswahl, sondern macht – auch in ihrer Unabgeschlossenheit – das Netz von Verweisungen und Zirkulationen sichtbar, das die aktuellen Diskurse miteinander verbindet. Die

Liste der Stichworte folgt der Ordnung des Alphabets, doch sie lässt offen, welche Wege die Lektüre nimmt. Sie kann überall aufgenommen, unterbrochen und weiterverfolgt werden.

Literatur

Bakic, J./Diebäcker, M./Hammer, E. (2013): Vorwort. In: dies. (Hg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Band II. Wien, S. 7–10.

Bakic, J./Diebäcker, M./Hammer, E. (2008): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Band I. Wien.

Behnisch, M. (2008): Von der pädagogischen Landnahme zur „rassischen Ausmerze“. Jugendpolitik und Jugendfürsorge im Rheinland von 1871–1945. In: Sozialwissenschaftliche Literaturreisenschau (SLR), 31. Jg./Heft 56, S. 17–31.

Bettinger, F. (2007): Diskurse – Konstitutionsbedingung des Sozialen. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr J. (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Wiesbaden, S. 75–90.

Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hg.) (2004): Glossar der Gegenwart. Frankfurt a. M.

Bundesregierung (Hg.) (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.

Foucault, M. (1996): Der Mensch ist ein Erfahrungstier. Gespräche mit Ducio Trombadori. Frankfurt a. M.

Foucault, M. (1987): Das Subjekt und die Macht. In: Dreyfus, H./Rabinow, P. (Hg.): Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Frankfurt a. M., S. 243–261.

Heite, C./Plümecke, T. (2006): Kritik der Kritik oder der Dativ ist dem Genetiv sein Tod. In: Widersprüche, Heft 100, S. 103–109.

Kessl, F. (2005): Der Gebrauch der eigenen Kräfte. Eine Gouvernementalität Sozialer Arbeit. Weinheim/München.

Lemke, T. (2000): Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologien. Ein kritischer Überblick über die *governmentality studies*. In: Politische Vierteljahresschrift (PVS), 41. Jg./Heft 1, S. 31–47.

Lemke, T. (2007): Eine unverdauliche Mahlzeit? Staatlichkeit, Wissen und die Analytik der Regierung. In: Krasmann, S./Volkmer, M. (Hg.): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernementalität“ in den Sozialwissenschaften. Bielefeld, S. 47–73.

Lessenich, S. (2008): Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld.

Rauschenbach, T. (1999): Das sozialpädagogische Jahrhundert. Weinheim/München.

Stenson, K. (1993): Social work discourse and the social work interview. In: Economy and Society, Volume 22/Issue 1, pp. 42–76.

Stövesand, S. (2006): Jenseits von Individualisierung und Geschlechtsblindheit – Kritische Soziale Arbeit am Beispiel der Gemeinwesenarbeit. In: Widersprüche, Heft 100, S. 37–49.

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen)

Charlotte Köttgen

Für die motorische Aktivität „lebhafter Kinder“ gab es schon immer historisch spezifische, kulturgebundene Etiketten. Mal lauteten sie „Zappelphilipp“, mal hyperkinetisches Syndrom, minimale cerebrale Dysfunktion (MCD), manchmal scheinbar schlichter „Dissozialität“ oder „oppositionelles Verhalten“ o. Ä. Im Grunde kann Verhalten auf einem Kontinuum von Normalität, Besonderheit (z. B. „lebhaftes Kind“, „Genie“), aber auch als Unart oder Abweichung bis hin zur Krankheit angesehen werden, denn es kommt immer auf den Blickwinkel an, unter dem man Verhalten beschreibt. Ob also etwas als „normal“ oder „gestört“ gilt, hängt in hohem Maße von der Toleranz der Betrachterinnen und Betrachter ab bzw. im wissenschaftlichen oder Fachdiskurs von den jeweils zugrunde gelegten Beurteilungskriterien. Sah der Arzt Heinrich Hoffmann in dem Erziehungsratgeber „Struwelpeter“ (1845) den „Zappelphilipp“ bzw. „Paulinchen“ und den „Hans-Guck-in-die-Luft“ als Exemplare „unartiger Kinder“ und Problemfälle für die Erziehung, würden heute die mit den genannten Figuren typisierten Phänomene zumeist als Hyperaktivität bzw. „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ bezeichnet werden. In diesen Formulierungen spiegelt sich sowohl die Überformung lebensweltlicher Problemwahrnehmungen durch eine zunehmende wissenschaftliche Rationalität als auch die Ergänzung der Bezugsdisziplinen. Es werden nicht mehr nur Erziehungsfragen behandelt, sondern auch Normierungen der Körper und ihrer Bewegungen und Eigenschaften, für die sich zunehmend die Varianten der sich ausdifferenzierenden Medizin zuständig erklären, die nicht nur über den „Umweg über die Körper“ ihre Normierungsmacht (Foucault) durchsetzen, sondern als Folge einer „Diagnose“ auch den (Erziehungs-)Alltag normativ neu strukturieren (s. w. u.). Hier zeigen sich Verschiebungen des Verständnisses von Kindheit im Sinne ihrer möglichst frühen Optimierung (vgl. Kascak/Pupala 2013), die „mittels psychologischen, medizinischen und pädagogischen Testverfahren normalistisch kalkuliert wird. (...) Die gestiegene gesellschaftliche Aufmerksamkeit für Verhaltensauffälligkeiten wie auch die Vervielfältigung der Interventionsbemühungen ... bringen neue Formen der Unterscheidung von ‚normaler‘ und ‚nicht-normaler‘ Entwicklung hervor, die als ‚ADHS‘, ‚ADS‘ samt einer großen Bandbreite von Komorbiditäten und ergänzenden Teil-Diagnosen zum Ausdruck kommen“ (Liebsch u. a. 2013: 160f.).

Solche (Wechsel der zugrunde liegenden – wissenschaftlich/diskursiven –) Deutungsmuster bleiben in der Regel nicht konfliktfrei, sondern führen (partiell) zum öffentlichen und/oder auch wissenschaftsinternen Widerspruch: So heißt es z. B.: „Die Deutschen pathologisieren ihre Kinder: ADHS, ADS,

Depression – eine Krankheit findet sich immer, wenn ein Schüler auffällig wird“ (eine Mutter nach ihrem Leidensweg durch das Hilfesystem im Spiegel 39/2013: 126). Oder – so fragt die kassenärztliche Vereinigung – im „KvH Journal“ (10/2013): „ADHS. Verschreiben wir zu viele Medikamente?“ „Medikamente beseitigen nicht die Ursachen des Konflikts, stattdessen verhindern sie, dass Bewältigungsmechanismen erlernt werden“ titelt ein Kindertherapeut (vgl. Henke 2013).

Dieser auf den ersten Blick großen (medizin-kritischen) Koalition von Betroffenen, Kostenträgern und Therapeut_innen steht der stetige Anstieg von ADHS-diagnostizierten Kindern/Jugendlichen – zwischen 2006 und 2013 um 40 % auf nunmehr ca. 620.000 Betroffene – entgegen (vgl. Barmer GEK 2013), wobei privat Versicherte noch nicht eingeschlossen sind, und die geballte Kinder- und Jugend-Medizin und -Psychiatrie, aber auch andere Ärzte, die den medizinischen und evidenten Charakter der Diagnose „ADHS“ betonen und vor mangelnder öffentlicher Anerkennung dieser Störung mit Krankheitscharakter warnen (vgl. exempl. IACAPAP 2004). Gleichsinnige Einlassungen findet man auch an Schulen und in Teilbereichen der Hilfen zur Erziehung, wenn z. B. aus den sozialpädagogischen Bereichen zu hören ist, der Anteil von Kindern mit psychischen Störungen und psychiatrischen Auffälligkeiten, vor allem „ADHS-Fälle“, stieg exorbitant an, womit dann besonders „intensive“ oder besondere „therapeutische“ Spezial-Settings, die zudem finanziell besser ausgestattet sind, begründet werden (vgl. den Themenschwerpunkt in FORE 3/2013). Da man solche Einlassungen natürlich auch als interessegeleitete Beschreibungen lesen kann, lohnt sich ein genauerer Blick.

Zweifel an dem Diagnosekonzept ADHS

Seitdem ADHS offiziell als psychische Störung anerkannt und in die entsprechenden Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 unter „Verhaltens- und emotionale Störungen“ ... „mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F. 90.0 – F. 90.9) aufgenommen wurde, löste dies gleichsam eine (falsche) Epidemie aus (vgl. Frances 2013: 13). Der Psychologe der Duke University in North Carolina weiß, wovon er spricht. Als seinerzeit kleine Veränderungen in der Klassifikation der Störungen beim DSM-IV vorgenommen wurden – Kriterien für Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) –, habe man damit die dann einsetzende ADHS-Epidemie ungeahnten Ausmaßes begünstigt und (weltweit) Millionen neue Patient_innen geschaffen, kritisiert der frühere Schirmherr des DSM-IV. „Es ist ein Experiment außer Kontrolle“, so wird Allen Frances (2013) zitiert (vgl. zum Problem der Überdiagnostizierung auch Bruchmüller/Schneider 2012). Dabei ist ADHS grundsätzlich schwer zu diagnostizieren, denn die Störungsbilder lassen sich nicht einfach von „normalem“ oder tole-

rierbaren Ausdrucksformen kindlichen (und neuerdings sogar jugendlichen oder erwachsenen) Verhaltens unterscheiden (vgl. www.adhs.de). Entscheidend ist, wie bei allen ICD-Störungsbildern, die auf statistischen Durchschnittswerten aufbauen und ätiologische („medizinisch-naturwissenschaftlich ursächliche“ und damit auch prinzipiell medikamentierbare) Erklärungen mit funktionalen Normen verbinden, dass „die Ausprägung der Symptome nicht alters- und entwicklungsgemäß“ und die „Ursache nicht in einer anderen psychischen Störung oder Erkrankung zu finden“ ist, dass „die Störung schon im Vorschulalter begonnen hat und ... ausdauernd, d. h. mindestens ... länger als 6 Monate lang anhält“ (ebd.) und die erwartbare soziale und berufliche, durch soziale und kulturelle Erwartungen definierte Funktionsfähigkeit eingeschränkt gilt (vgl. www.adhs.de). Für die Praxis (nach klinischen Kriterien) einer ADHS-Diagnose reicht es aus, wenn die Phänomene (Aufmerksamkeitschwäche, impulsives Verhalten, Hyperaktivität oder eine Kombination dieser Merkmale), in „ausgeprägter Form“ vorliegen und von denen einige Phänomene vor dem 6. (ICD-10) oder 7. (DSM-IV) Lebensjahr aufgetreten sind (vgl. www.bundesaerztekammer.de). Die neue Erkrankung wird mittlerweile nicht mehr nur bei Kindern, sondern auch bis ins Erwachsenenalter diagnostiziert und medikamentös behandelt.

ADHS ist ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung, sagt Leo Eisenberg, der Erstbeschreiber des hyperkinetischen Syndroms. Es handele sich nicht um eine definierbare Krankheitseinheit, und er fügt hinzu: „Fragen nach psychosozialen Ursachen seien vielmehr wichtig, aber sie nähmen viel Zeit in Anspruch“. „Eine Pille verschreibt sich dagegen ganz schnell“ (vgl. Spiegel Nr. 6/2012: 122; auch Blech 2014). Was zunächst zum Aufgabenfeld der Jugendpsychiater zählen sollte, übernahmen allmählich Kinder- und andere Ärzte. Diagnosestellung und Behandlung bzw. inflationäre Medikalisierung im „Schrotschussverfahren“, Verordnungen von Weckaminen/Methylphenidat und Folgepräparate, erfolgten, so Finzen (2012), häufig schon nach kurzer „Diagnose-Einschätzung“, ohne dass sozialpädagogische, psychotherapeutische und andere Hilfen eingebracht werden (vgl. Finzen/Hoffmann-Richter 2002; Finzen 2012), obwohl dies eigentlich in Hilfeplankonferenzen als Standard gilt (vgl. u. v. Haubl 2010).

Zweifel an den pathophysiologischen Konzepten von ADHS ergeben sich auch aus neueren epidemiologischen Studien aus den USA und Kanada, die darauf hinweisen, dass in der Schulpraxis wahrscheinlich die Unreife der jüngsten Schüler eines Jahrgangs häufig zur Fehldiagnose ADHS Anlass gibt. Auf diesen Sachverhalt weisen jeweils eine Studie aus Michigan/USA (Elder 2010: 641 ff.: „Nearly 1 million children are potentially misdiagnosed with ADHD“) und eine große epidemiologische Studie an 900.000 Kindern aus Vancouver/Canada (Morrow 2012: 755 ff.: „Immaturity mistaken for ADHD“) hin. Nach der Studie aus Michigan liegen altersgemäße Unreife und Reifungs-

defizite der Jahrgangsjüngsten bei 20 % der Kinder der Diagnose ADHS zugrunde. Die Autor_innen stellen fest, dass normale Reifungsdefizite bei sozialem oder emotionalem Stress der Kinder millionenfach zur fälschlichen Diagnose ADHS führen können, weil Reifungsstörungen oder Unreife der Kinder vom Umfeld als ADHS verkannt werden. Eine Überforderung der Jahrgangsjüngsten führt kindgemäß zu Unruhe, Aggressivität, explosionsartigem Bewegungsdrang, Ablenkbarkeit, schwankender Aufmerksamkeit, die als störend empfunden wird und nicht als pädagogische Herausforderung, sondern als Krankheit – ADHS – interpretiert wird. Deshalb erhalten die jahrgangsjüngsten Kinder einer Klasse deutlich häufiger die Diagnose ADHS als die Jahrgangsalteren.

Auch für die Behauptung, es handele sich bei ADHS um eine Hirnstoffwechselstörung, gibt es keine belastbaren Belege. Der oftmals als Erklärung angeführte Dopaminmangel konnte bisher nicht bestätigt werden. Eine Ähnlichkeit mit Diabetes/Insulin sei ebenfalls erfunden (vgl. Leuzinger-Bohleber u. a., 2006). Dennoch werden diesbezügliche Medikamente und Stimulantien wie Methylphenidat (RITALIN, CONCERTA, MEDIKINET) und andere Psychopharmaka massenhaft verordnet. Methylphenidat-haltige Arzneimittel unterliegen wegen ihrer besonderen Suchtrisiken dem Betäubungsmittelgesetz. Diese Mittel werden dennoch dramatisch oft verordnet, auch indem von Lobbygruppen, gesponserten Expert_innen und Institutionen sowie mittels Werbung und zahlreicher Ratgeberliteratur und „Infoseiten“ im Internet auf die Eltern erheblicher Druck ausgeübt wird.

Folgen solcher Strategien und irreführender Informationspolitiken zeigen sich u. a. in

- dem bedenklichen Anstieg von ärztlichen Verordnungen von Ritalin und anderen Psychostimulantien sowie von Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizern an Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene,
- der Zunahme von gravierenden Nebenwirkungen wie „Drogenabhängigkeit“, Wachstumsstörungen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Angst, Psychose, Aggressivität, Schlaganfall, Blutdruckveränderungen und anderen Folgen (die teilweise sogar in Beipackzetteln für methylphenidat-haltige Präparate genannt werden),
- der Tatsache, dass mehr Kinder aus unterprivilegierten Familien, von alleinerziehenden Müttern, von Müttern mit niedriger Schulbildung und von Sozialhilfe lebenden Müttern Methylphenidat verschrieben bekommen (Hjern u. a. 2010: 920 ff.),
- der fast dreifach höheren Verordnungsrate von Psychostimulantien oder anderen Medikamenten bei Jungen als bei Mädchen.

Das gefährliche Geschäft mit ADHS

Der inflationäre Kreislauf von immer mehr und leichter zugänglichen psychiatrischen Diagnosen und dem Einsatz von immer mehr Psychopharmaka begann im Grunde in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts (DMS-III und DSM-III-R). Psychopharmaka haben ein gewaltiges Marktpotenzial und die Diagnosekriterien haben entscheidenden Einfluss auf den Umsatz. Mit jeder Neuauflage der entsprechenden Manuals (DSM und ICD) erhöhte sich die Anzahl diagnostizierbarer Störungen und „eine psychiatrische Diagnose zu stellen, wurde so immer leichter und „Normalität“ zur Mangelware“ (Frances 2013: 125; vgl. auch 113 f.). „In den letzten Jahren haben wir einen erschreckenden Teufelskreis erlebt. Die diagnostische Inflation ließ den Verbrauch von Psychopharmaka regelrecht explodieren, was der pharmazeutischen Industrie enorme Gewinne eingetragen hat; damit hatte sie nicht nur die Mittel, sondern auch ein starkes Motiv, um die diagnostische Blase ... aufzupumpen“ (ebd.: 125).

Wie das Geschäftsgebaren und das Zusammenspiel von Industrie und Wissenschaft aber auch mit der Praxis funktioniert, zeigt exemplarisch die MTA-Studie „A 14-month randomised clinical trial for attention-deficit/hyperactivity disorder.“ (MTA Cooperative Group 1999: 1073 ff.), durch die die Medikamentalisierung starken Auftrieb erhielt. Diese Studie behauptete, dass eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Methylphenidat die besten Ergebnisse bei der Unterdrückung von Symptomen des ADHS erbringt und damit der alleinigen psychotherapeutischen Intervention überlegen sei. Da nach dieser Studie von Methylphenidat verordnenden Ärzt_innen eine spezielle Ausbildung in Verhaltenstherapie gefordert wurde, wird diese flugs von den Methylphenidat-Herstellern Shire/Novartis angeboten und gesponsert. Bei der Nachuntersuchung von Teilnehmer_innen der MTA-Studie durch Molina B.S et al. (2007) zeigte sich aber bei den 14 Monate mit Methylphenidat behandelten Jugendlichen 36 Monate später eine erhöhte Rate an Straffälligkeit (27,1 % vs. 7,4 %) und an Drogenmissbrauch (17,4 % vs. 7,8 %). Die in der MTA-Studie beschriebene Besserung der ADHD-Symptomatik unter Methylphenidat korrelierte also nicht mit einer Besserung hinsichtlich Schulleistung, Berufsausbildung, sozialen Bindungen oder Lebensbewältigung.

In Deutschland können Hersteller unkontrolliert und ohne Offenlegung Angehörigengruppen, Ärztefortbildungen und umsatzfördernde Maßnahmen sponsern, wie z. B. die „World Federation of ADHD“. Diese Vereinigung von Würzburger Professor_innen, die sich der Verbreitung der Information zu ADHS und dessen Behandlung widmet, wurde im Jahre 2008 in Zürich, also außerhalb der Geltung der deutschen Aufsicht, gegründet, um das Thema ADHS profitabel für die Warenanbieter, z. B. mittels firmengesponserter weltweiter „wissenschaftlicher“ Kongresse“ zu vermarkten (vgl. Schönhofer 2013).

Das erfolgreiche Marketing dieser Gruppe für das Thema ADHS und ADHS-Medikamenten lässt sich vor Ort anhand der auffällig hohen ADHS-Fallzahlen im Raum Würzburg erkennen, wie die Zahlen des Arztreports 2013 der Barmer GEK zeigen: Im Bundesdurchschnitt finden sich 2013 bei 10–12-jährigen Schulkindern ADHS-Diagnosen bei 12 % der Jungen und 4 % der Mädchen und Verordnungen der Psychostimulantien bei 6,5 % der Jungen und bei 2 % der Mädchen. In Würzburg, der Heimat der Behandlerlobby „World Federation of ADHD“, erhalten 18,8 % der Jungen und 8,8 % der Mädchen dieser Altersgruppe die Diagnose ADHS (57 % mehr) und die verordneten Stimulantien liegen mit 13,3 % bei Jungen (+105 %) und 5,5 % bei Mädchen (+175 %) ebenfalls weit über dem Bundesdurchschnitt.

Dabei sind die meisten Neuroleptika, z. B. Olanzapin (ZYPREXA), für Kinder und junge Menschen bis 18 Jahre nicht zugelassen. Dies gilt nicht für RISPERDAL, dessen Verschreibungszahlen an Hamburger Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 17 sich in den Jahren 2006 bis 2010 verdoppelt haben und von 682 auf 1532 Fälle gestiegen sind (vgl. TK-Pressemitteilung v. 09.10.2011). Eingeschränkt ist die Zulassung aber auch bei RISPERDAL (Risperidon). Dieses antipsychotische Mittel wurde von der deutschen Arzneimittelzulassungsbehörde bei Kindern ab fünf Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahre nur zugelassen für:

- eine symptomatische Kurzzeitbehandlung (bis zu sechs Wochen) von anhaltender Aggression bei Verhaltensstörungen mit unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion oder mentaler Retardierung im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms.

Für die weiteren zugelassenen Indikationen wird wegen fehlender Daten zur Wirksamkeit eine Verordnung von RISPERDAL nicht empfohlen. Sie sind:

- Schizophrenie, Manie bei bipolaren Störungen,
- Kurzzeitbehandlung (bis zu sechs Wochen) von anhaltender Aggression bei mäßiger bis schwerer Alzheimer-Altersdemenz.

Die Gefährlichkeit der Vergabe von Neuroleptika erschließt sich schon aus der aufmerksamen Lektüre der Beipackzettel. Als Neben- und Langzeitwirkungen von Neuroleptika werden beschrieben:

- Sie verdoppeln das Risiko eines plötzlichen Herztodes, unabhängig von der Diagnose Schizophrenie (vgl. DGSP 2010; Arzneitelegamm 2009).
- Atypische und typische Neuroleptika haben weitgehend gleiche Wirkungen. Sie können die unwillkürliche Beweglichkeit (extrapyramidal-motorische Bewegungen) hemmen wie auch einen unwillkürlichen Bewegungsdrang (Sitzunruhe, Zwangsbewegungen, Schüttellähme u. a.) auslösen. Die Hemmung betrifft auch Denken und Sprechen.

- Stoffwechselstörungen wie Diabetes, lebensbedrohliche Überzuckerung, Leberstörungen, extreme Gewichtszunahme und vermehrte Bildung von Prolaktin mit Störungen der Bildung von Sexualhormonen, mit Folgen wie Wachstumsstörungen, Brustwachstum (Gynäkomastie), Zyklusstörungen und Sterilität.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall können vermehrt auftreten.
- Hemmung der Bildung von weißen Blutkörperchen mit Schwächung der Immunabwehr gegen Infektionen.
- Sucht, Depression, Erregungszustände, Verlust der Impulskontrolle, Selbsttötungsideen.

Neuroleptika werden dennoch mit steigender Tendenz auch an Kinder und Jugendliche verordnet. Bei Kindern und Jugendlichen wirkt sich die Erhöhung der Prolaktinbildung mit Wachstumsstörungen, Brustwachstum und Störung der Bildung von Sexualhormonen besonders schädlich aus, da dadurch die sexuelle Prägung und Reifung irreversibel gestört und gehemmt werden kann, so dass andauernde Unfruchtbarkeit resultiert. Erhebliche Auswirkungen für die Entwicklung von jungen Menschen haben überdies die metabolischen Störungen mit häufiger Gewichtszunahme, dem darauf folgenden Bewegungsmangel, Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen u. a.

In diesem Zusammenhang ist ein Vorgang erwähnenswert: Im Jahre 2013 belegte das US-Justizministerium wegen Verstoßes gegen das US-Arzneimittelgesetz den RISPERDAL-Hersteller Johnson und Johnson mit einem Bußgeld von 2,2 Milliarden Dollar, weil er in den Jahren 2002–2006 das atypische Neuroleptikum zur Behandlung bei bipolarer Depression und aggressivem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen empfohlen hatte, ohne dafür eine Zulassung zu haben. In Deutschland wird das Medikament wie andere Neuroleptika bei Wutanfällen und Erregungszuständen im Rahmen von ADHS empfohlen, ohne dafür eine Zulassung zu haben – aber hier wurde bisher niemand zur Verantwortung gezogen.

„Nebenwirkungen“, die in Beipackzetteln genannt werden, könnten den verordnenden Ärzt_innen zur Aufklärung der Patient_innen dienen, wenn sie auch beachtet und entsprechend umgesetzt würden. Die Beipackzettel scheinen aber – statt zu mahnen und zu warnen – eher der Absicherung der Hersteller gegen Schadensersatzforderungen zu dienen.

Aus dem Gesagten kann nur mehr der Schluss gezogen werden, dass es dringend geboten ist, auf die Verordnung von Neuroleptika bei Kindern und Jugendlichen entweder zu verzichten oder die Einhaltung der Indikation streng zu kontrollieren.

Fazit

ADHS ist das Paradebeispiel dafür, wie aus erzieherisch/psychologischen Herausforderungen eine Krankheit gemacht wird, die dann mit Pillen zu behandeln ist, zum Wohle der Profite der Pharmaindustrie und ihrer Nutznießer und zum Schaden der Kinder und Jugendlichen, denen die Chance zur Bewältigung ihrer (primär sozialen) Probleme verweigert wird. Will man Kinder (und Eltern) vor solchen problemeneignenden Praktiken und Geschäften und voreiligen sowie falschen Diagnosen schützen, ginge es zumindest um die Einhaltung bzw. Durchsetzung folgender Forderungen und Vorschläge:

- Es bedarf unabhängiger Forschung zu für die Lebensbewältigung relevanten Parametern wie Schulleistungen, Berufsausbildung, soziale Bindungsfähigkeit und Organisation des eigenen Lebens sowie (vor allem) zu unerwünschten Folgewirkungen der Medikalisierung psychiatrischer Störungen. Diese Forschung ist durch staatliche Stellen zu finanzieren (vgl. Neeral/Wildermuth 2012). Bei der Zulassung und der Nutzenbewertung für die Erstattung von Arzneimitteln diesbezüglicher Indikationen sind vom Lizenzinhaber derartige unabhängige Studien vorzulegen.
- Es sollten keine Medikamentenverordnungen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr erfolgen und bevor nicht pädagogische und therapeutische Möglichkeiten dokumentiert und nachweisbar ausgeschöpft sind. Es bedarf einer unabhängigen Kontrolle des Verschreibungsverhaltens der niedergelassenen Ärzt_innen im Sinne der sog. Konsensurichtlinien.
- Die psychosoziale und therapeutische Kompetenz von verschreibenden Ärzt_innen sollte in unabhängigen Verfahren und Institutionen erworben werden. Zuwendungen durch die Pharmahersteller müssen bekannt sein im Sinne des „Physician Payment Sunshine Acts“ in USA.
- Wie für die Heimkinder am runden Tisch sollten Gelder bereitgestellt werden für die Folgen und Nebenwirkungen der Therapie.

Es geht aber auch – vielleicht sogar vorrangig – darum, zu verstehen, wieso das „Konzept ADHS“ einschließlich der diesbezüglichen Diagnostik und Medikalisierung sich so und auch weit über den ADS-Komplex hinaus (etwa entsprechend § 35a; im Kinderschutz oder generell im Bereich der sozialen Diagnostik bei der individuellen Hilfeplanung) erfolgreich durchsetzen konnte und das Verschwimmen der Unterscheidung von „Erziehung“ und „Medizin“/„Psychiatrie“ sich als zunehmend selbstverständlich und „normal“ etabliert.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit können dazu folgende Aspekte geltend gemacht werden: Für das früh sich (vorschulisch) selbst optimieren müssende Kind wie die diesen Prozess „managenden“ und sich um den Erfolg sorgenden Eltern – wie auch für Fachkräfte in den Hilfen zur Erziehung – eröffnet das

Oszillieren zwischen pädagogischem und psychiatrischem Vokabular und Strategien eine Vergrößerung ihrer jeweiligen Handlungsoptionen und -sicherheiten, u. a., indem „unerklärliches“ oder „unverstandenes“ Verhalten unter Rückgriff auf medizinisches Expert_innenwissen in Verständnis umgewandelt wird. Das medizinisch-psychiatrische Wissen ordnet so auch soziale Beziehungsdynamiken neu, legt eine Umwandlung von Rollenbildern und Selbstverständlichkeiten nahe und verändert und bestätigt diese zugleich. „Die standardisierten, normalistisch begründeten Behandlungsangebote erzeugen eine Dynamik, im Zuge derer neue Routinen und Muster von Reaktion und Verhalten etabliert werden, die auf Wiederholung, Intensivierung oder auch Veränderung von Denkweisen, Normen und Verhaltenspraxen aller Beteiligten drängen“ (Liebsch u. a. 2013: 171) und insofern kontinuierlich interaktiv „bearbeitet“ werden müssen. Die angesprochenen Veränderungen beziehen sich auf nahezu alle Lebensbereiche und dienen – im Fall der Hilfen zur Erziehung – auch dazu, auf die angesprochenen Phänomene zugeschnittene, sprich spezialisierte Angebote zu etablieren und zu legitimieren. Sorgende Eltern, Ärzt_innen, sozialpädagogische Fachkräfte und Kinder richten ihr Selbstverständnis dabei aber in gesellschaftlichen Kontexten (neu) aus, die hochgradig beeinflusst sind durch z. B. Ratgeberliteratur, Betroffene, Internet, Expert_innen und vor allem Pharmaindustrie (s. o.), die sie mit Orientierungswissen versorgen. Indem sie dieses Orientierungswissen aufgreifen, tragen sie (alle!) dazu bei, „dass sich die medizinische und kulturelle Praxis der Diagnostizierung von Entwicklungsstörungen, ihre Bedeutung, Anwendung und Nutzung als legitim durchsetzt und in den Alltag integriert werden kann“ (ebd.: 174), wobei den Eltern zugutegehalten werden kann, dass sie hier einen Kampf um den sozialen Auf- oder Abstieg ihrer Kinder führen.

In der Normalität und Normalisierung von ADHS transportiert sich letzten Endes eine „technokratische Administration von Differenz“ (Castel 1982: 12); „technokratisch“ durch die Aufforderung zur Intervention; „administrativ“, da „neue soziale Unterscheidungen produziert werden, die in Form einer normalistisch erzeugten und begründeten „Diagnose“ nun in die Verwaltungsabläufe von Bürokratien eingehen, z. B. in die Abrechnungen von Krankenkassen, in Schulzeugnisse oder Berichte der Jugendhilfe. Damit erhält medizinische Expertise wachsenden Einfluss auf Fragen von kindlicher Entwicklung und Erziehung. Die neue Normalität dieser Entgrenzung von Erziehung und Medizin zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die medizinische Autorität nicht per Anordnung und Zwang wirksam ist“ (Liebsch u. a. – a. a. O.: 174), sondern trotz der Marginalität, in die sie Kinder bringt, (überwiegend) von Eltern und Fachkräften selbst gewählt und strategisch genutzt wird.

Literatur

- ADHS bei Kindern und Erwachsenen (2014): www.adhs.de, Zugriff am 04.05.2014.
- arznei-telegramm (2009): Jg. 39/Heft 2. Herausgegeben vom Institut für Arzneimittel-information. Berlin.
- BARMER GEK (Hg.) (2013): Arztreport 2013. Schwerpunktthema ADHS. Siegburg.
- Blech, J. (2014): Schlaue Pillen, die dumm machen? – Kommentar. In: Der Spiegel Nr. 22 (<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-127194972.html>).
- Bruchmüller, K./Schneider, S. (2012): Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätssyndrom? In: Psychotherapeut, Heft 1/2012.
- Bundesärztekammer (2005): Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Langfassung (<http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf>, Zugriff am 04.05.2014).
- Castel, R. (1982): Psychiatrisierung des Alltags. Frankfurt a. M.
- Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSPe.V.) (2010): Memorandum der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie zur Anwendung von Antipsychotika. Überarbeitete Fassung.
- Elder, T. E. (2010): The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. In: Journal of Health Economics, Volume 29, pp. 641–656.
- Finzen, A. (2012): In freudiger Erwartung von DSM – 5. In: Psychosoziale Umschau, Heft 1/2012.
- Finzen, A./Hoffmann-Richter, U. (2002): Schöne neue Diagnosewelt. In: Soziale Psychiatrie, Heft 1/2002.
- Forum Erziehungshilfen (FORE) (2013): Schwerpunkt: Spezialisierung in der Kinder- und Jugendhilfe, Heft 3/2013.
- Frances, A. (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln.
- Haubl, R. (2010): Psychodynamik medikalisierten Beziehungen. In: Haubl R./Liebsch, K. (Hg.): Mit Ritalin leben. ADHS-Kindern eine Stimme geben. Göttingen, S. 16–35.
- Henke, B. (2013): Allein mit der eigenen Hilflosigkeit. In: KVH Journal, Heft 10/2013, S. 10–11.
- Hjern, A./Weltoft, GR./Lindblad, F.: Social adversity predicts ADHD-medication in school-children – a national cohort study. In: Acta Paediatrica 2010, Volume 99, pp. 920–924.
- IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied Professions) (2004): „Zur Medienberichterstattung über ADHS – Gemeinsame Erklärung internationaler Wissenschaftler anlässlich des 10. Weltkongresses der IACAPAP“. Berlin. www.zentrales-adhs-netz.de/, Zugriff am 28.04.2014).
- Kascak, O./Pupala, B. (2013): Auf dem Wege zum „normalen“ Superkind: In: Kelle, H./Mierendorff, J. (Hg.): Normierung und Normalisierung von Kindheit. Weinheim/Basel, S. 178–194.

Köttgen, C./Richter S. (2013): Eine Generation wird krankgeschrieben. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Köln.

Liebsch, K./Haubl, R./Brade, J./Jentsch, S. (2013): Normalität und Normalisierung von AD(H)S. Prozesse und Mechanismen der Entgrenzung von Erziehung und Medizin. In: Kelle, H./Mierendorff, J. (Hg.): Normierung und Normalisierung von Kindheit. Weinheim/Basel, S. 158–175.

Lilly Pharma (2014): ADHS – Therapie, Beratung, Medikation (<http://www.lilly-pharma.de/gesundheits/adhs.html>, Zugriff am 04.05.2014).

Leuzinger-Bohleber, M./Brandl, Y./Hüther, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen.

Molina, BS et al. (2007): Delinquent behaviour and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 46, pp. 1028–1040.

Morrow, R. L. et al. (2012): Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children. In: Canadian Medical Association Journal. 184, S. 755–762.

MTA Cooperative Group (1999): A 14-months randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry. 56, S. 1073–1086.

Neraal, T./Wildermuth, M. (2008): ADHS-Symptome verstehen – Beziehungen verändern. 1. Auflage. Giessen. Mit einer Praxisstudie von Anna Maria Sant Unione und M. Wildermuth, S. 289 ff.

Schönhöfer P. S. (2013): Arzneimittel gegen ADHS: Wie sie vermarktet werden und was sie (nicht) leisten. Ethikseminar, UKE Hamburg (18.04.2013). Unveröffentlichtes Manuskript.

Schönhöfer P. S./Schaaber J. (2011): Justiz und Pharmaindustrie: Deutschlands Untätigkeit bei kriminellem Marketing. In: Pharma-Brief, Heft Nr. 9–10, S. 2–4.

Der Spiegel (2012): Was ist schon Krankheit? Nr. 6, S. 122–131.

Der Spiegel (2013): Du Psycho. Heft 39, S. 126–127.

Arbeitsbedingungen

Gunter Fleischmann

Die Arbeitsbedingungen der MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendhilfe werden wesentlich durch die finanziellen Möglichkeiten und Grenzen (oder: den finanziellen Gestaltungsraum) beeinflusst, die zur Verfügung stehen. Sie sind u. a. dafür ausschlaggebend, welche Hilfen in welchem Umfang den Betroffenen zuteilwerden, welche Ausstattung bspw. ein Arbeitsplatz hat sowie welche Höhe die Vergütung der beruflichen Tätigkeit umfasst. Mit Inanspruchnahme der subjektiven Leistungen bspw. auf Hilfen zur Erziehung und mit der Präzisierung des gesetzlichen Schutzauftrages der Jugendhilfe und der damit verbundenen erhöhten Sensibilität für dieses Thema in der Öffentlichkeit sind in den letzten zehn Jahren Umfang und Kosten der Hilfen zur Erziehung stetig gestiegen. Diese Entwicklung erzeugte – auf dem Hintergrund leerer öffentlicher Kassen – gleichzeitig einen enormen Spardruck auf den Bereich der Hilfen zur Erziehung mit gravierenden Folgen für den Rahmen und die Arbeitsbedingungen in diesem Tätigkeitsfeld.

Die MitarbeiterInnen (bei öffentlichen und freien Trägern) erleben bei ihrer täglichen Arbeit ein Spannungsfeld zwischen pädagogischem Anspruch, Schutzauftrag, institutionellen Zwängen und mangelnden Ressourcen. Dieses soll, ergänzt um die Perspektiven von Belastungen, Effekten, aber auch Eckpunkten für ein vernünftigeres System, im Folgenden skizziert werden.

Arbeitsbedingungen in den Jugendämtern

In einem Diskussionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft der Allgemeinen Sozialen Dienste vom August 2013 (BAG ASD/KSD) wird die Situation für die MitarbeiterInnen in den Jugendämtern als prekär beschrieben. Es wird festgestellt, dass die berufliche Identität der Fachkräfte angesichts der großen Belastungen und des hohen Handlungsrisikos unter dem Vorzeichen des Kinderschutzes bedroht sei.

Ähnliches konstatierte Marie-Luise Conen schon 2011 in ihrem Buch „Ungehorsam – eine Überlebensstrategie“ und dann in ihrem Artikel „Was ist los in den Jugendämtern?“ (Conen 2012). Die Praktiker in den Jugendämtern stehen unter enormem Finanzdruck, müssen bei Kostenüberschreitungen regelmäßig ihre Hilfeentscheidungen rechtfertigen und sehen sich mitunter gezwungen, ihre eigenen fachlichen Standards zu verlassen. „Die Fallbelastung und damit die Arbeitsverdichtung sind gewaltig, nicht selten sind 120–150 Klienten zu betreuen, wovon 40–50 dem Kreis der ‚Multiproblemfamilien‘ zuzurechnen sind.“ (Conen 2011: 89) Schließlich nehmen bürokratische Regelungen und aufwendige Dokumentationssysteme beständig zu und schränken die eigenver-

antwortlichen Gestaltungsmöglichkeiten und damit auch die Arbeitszufriedenheit ein.

Immer häufiger melden sich auch Jugendämter in Brandbriefen selbst zu Wort und beklagen die nicht tragbare Personalsituation. So schreibt die Jugendamtsleitung von Charlottenburg-Wilmersdorf in Berlin in einem offenen Brief vom 24.09.2013 an ihren Bezirksbürgermeister, dass mehr als ein Viertel der MitarbeiterInnen älter als 60 Jahre seien. Gleichzeitig wären mehr als 10 % der vorhandenen Stellen über einen langen Zeitraum unbesetzt und die weitere Abwanderung von MitarbeiterInnen, die unzureichende Zahl von geeigneten BewerberInnen und das langfristige Einstellungsverfahren würden die Engpässe noch absehbar verschärfen und so die Leistungsfähigkeit des Amtes insgesamt infrage stellen.

Arbeitsbedingungen und -belastungen bei Freien Trägern

Auf den Spardruck, der auf den Hilfen zur Erziehung lastet, wurde oben bereits hingewiesen. An den zugespitzten Bedingungen in Berlin – und insbesondere im Angebotsbereich der ambulanten Hilfen – lassen sich die Auswirkungen augenfällig beschreiben. Regelmäßig fallen die Fortschreibungen der Kostenätze weit geringer aus als die Preissteigerungsraten und Tarifierhöhungen. So blieben die Mittel für Sachkosten innerhalb des Fachleistungsstundensatzes von 2002 bis 2013 unverändert, während der Anstieg der Verbraucherpreise in dieser Zeit 19,35 % betrug. Es gab im öffentlichen Dienst in Berlin seit 2002 tarifliche Steigerungen in Höhe von insgesamt 17,7 %, während der Satz der Fachleistungsstunde im gleichen Zeitraum lediglich um 6,9 % angehoben wurde. In der Konsequenz können die Träger ihren MitarbeiterInnen die vergleichbaren Lohnerhöhungen wie im öffentlichen Beschäftigungsbereich nicht mehr bezahlen. Zusätzlich ist das wirtschaftliche Risiko sehr einseitig verteilt. Eine Auslastungsquote von 95 % und eine sehr schwankende Beauftragung durch die Jugendämter erfordern ein hohes Maß an Flexibilität.

In der Folge gibt es im Angebotsbereich der ambulanten Hilfen in Berlin fast nur noch Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse, die sich bei stärkerer Anfrage entsprechend aufstocken lassen. Einige Träger sind sogar dazu übergegangen, kapazitätsorientierte Arbeitsverträge zu schließen, die sich synchron zum Auftragsvolumen bewegen. Die Konsequenzen für die MitarbeiterInnen sind bitter. Neben den hohen Anforderungen an die pädagogische Arbeit mit stark problembelasteten Kindern und Familien müssen sie sich auch noch beständig um die Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes sorgen. Für ein ausreichendes Monatseinkommen sind sie auf Nebentätigkeiten angewiesen bzw. finden sich im Extremfall gemeinsam mit den Betreuten auf der gleichen Wartebank des Jobcenters wieder, um ergänzende Unterstützung zu beantragen.

Schließlich wurde das durchschnittliche und fachlich für notwendig erachtete Stundenbudget für ambulante Hilfen in den letzten zehn Jahren auf die Hälfte verringert. Waren 2003 in der Leistungsbeschreibung noch neun Stunden für die fallbezogene Zeit einer Familienhilfe in der Woche veranschlagt, sind es 2013 nur noch 4–4,5 Stunden. Abgesehen von der fachlichen Bewertung dieser Entwicklung für die Betreuten ergibt sich daraus für die Mitarbeitenden eine hohe Arbeitsverdichtung. Statt drei bis vier müssten jetzt sieben bis acht Familien „bearbeitet“ werden, um eine Vollzeitstelle auszufüllen. Wegezeiten sind dabei nicht eingerechnet, da sie im Fachleistungsstundensatz ohnehin nicht finanziert werden.

Folgeerscheinungen

Die Rahmenbedingungen eines Arbeitsbereiches werden immer auch nach der politischen Priorität und dem gesellschaftlichen Stellenwert bestimmt, der ihm beigemessen wird. Gerade die finanzielle Lage der Jugendhilfe entspringt keiner finanztechnischen Zwangsläufigkeit, sondern ist das Ergebnis politischer Prioritäten und Rahmensetzungen. Dafür muss letztlich die Frage beantwortet werden: Wie viel Jugendhilfe wollen wir uns in Deutschland leisten? Eine besondere Rolle nimmt in diesem Zusammenhang das Bundesland Berlin ein, das bei einem Schuldenstand von rund 40 Milliarden Euro Ende 2001 der Jugendhilfe eine radikale Kürzung innerhalb von fünf Jahren um 35 % (von 451 Millionen im Jahr 2002 auf 290 Millionen Euro im Jahr 2007) verordnete. Berlins Schuldenstand liegt inzwischen (Ende 2012) bei rund 60 Milliarden Euro, die Jugendhilfe leidet immer noch unter den rigiden Sparvorgaben und einem unsinnigen System der Mittelzuweisung nach mittleren Stückkosten (Median) des vorvergangenen Jahres.

Gleichzeitig leistet sich das Land einen Flughafen, der ein Vielfaches der geplanten Kosten schon verschlungen hat, nicht fertig wird und alleine für die Unterhaltung des ungenutzten Areals monatlich 20 Millionen Euro verbraucht (Spiegel online 27.05.2013).

Die Hilfen zur Erziehung standen als „Reparaturbetrieb“ familiärer Auffälligkeiten noch nie in besonders hohem Ansehen. Über den in den letzten zehn Jahren aufgebauten Kostendruck bei gleichzeitig empfindlicher Gewährleistungsverpflichtung wird jetzt zusätzlich noch der Eindruck erweckt, dass dort unter dem Diktat des individuellen Rechtsanspruchs Steuergeld in hohem Maße verausgabt wird, während gleichzeitig die Sinnhaftigkeit und die Effektivität infrage stehen (siehe auch Artikel im Tagesspiegel „Familienhilfe“ vom 20.08.2011).

Von vielen MitarbeiterInnen der öffentlichen wie auch der freien Jugendhilfe wird die Tendenz dieser sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in den

Medien geführten Debatte stark demotivierend erlebt. Für die meisten war Triebfeder für ihre Berufswahl – anders als in anderen Branchen – nicht die (ohnehin vergleichsweise magere) Bezahlung, sondern der Wunsch nach einer erfüllten Tätigkeit im Dienst des Gemeinwesens. Wird die Sinnhaftigkeit dieser Tätigkeit aber im öffentlichen Diskurs massiv in Zweifel gezogen, beginnt das Fundament der beruflichen Identität zu wackeln. Verstärkt werden die Zweifel bei den MitarbeiterInnen der freien Träger noch durch die unzureichende und unsichere finanzielle Absicherung. Zunahme von Druck bei gleichzeitiger Abnahme von (gesellschaftlicher und finanzieller) Wertschätzung führen vielfach zum Gefühl der Überlastung und in die Krankheit.

Wo keine befriedigenden, wertschätzenden und existenzsichernden Arbeitsbedingungen geboten werden können, schwinden auch die Bindungskräfte für die Mitarbeitenden. Junge und flexible KollegInnen halten nach anderen, attraktiveren beruflichen Möglichkeiten Ausschau, viele Ältere gehen in eine Art „Duchhaltemodus“ und sehnen sich nach dem Ruhestand. Für den beruflichen Nachwuchs sind dies fatale Signale. Wer möchte schon in einem Tätigkeitsbereich arbeiten, der schlecht bezahlt, hoch anspruchsvoll und in der gesellschaftlichen Rangordnung in den unteren Regionen angesiedelt ist. Anders als vor zehn Jahren, sieht inzwischen auch die BewerberInnenlage für freie Stellen sehr dürrtig aus. Ähnlich wie im Kitabereich, der durch seinen Stellenzuwachs ernsthafte Personalprobleme hat, droht auch bei den Hilfen zur Erziehung ein zunehmender Fachkräftemangel, der unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht lösbar ist.

Wege aus dem Dilemma

Offenbar bieten die gegenwärtige Organisationsform und der Rahmen der Hilfen zur Erziehung keine Lösungsmöglichkeiten für die bestehenden Problemlagen – weder bei der Kostenentwicklung noch bei den Arbeitsbedingungen. Die Versuche, durch verstärktes Controlling, Steuerung und Wirkungsmessung die Kosten einzufangen, waren bisher erfolglos. Offenbar ist es eine Illusion zu glauben, das Maß der Effektivität und der Kostenreduzierung ließe sich durch eine wachsende Verpflichtung zur Dokumentation und Steuerung erhöhen.

Alle Wirkungsuntersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der Erfolg von pädagogischer Arbeit auf dem gelungenen Arbeitsbündnis und der vertrauensvollen Beziehung zwischen den Akteuren basiert. Wenn sich der Betreute als Fall behandelt sieht, der möglichst zeit- und kostensparend gemagt werden soll, verweigert er sich vielfach der Zusammenarbeit und taucht einige Zeit später oftmals mit komplexeren (und kostenintensiver zu „bearbeitenden“) Problemlagen wieder auf.

Um aus der Negativspirale von Kostensteigerungen, bedrückenden Arbeitsbedingungen und Problemverschiebungen herauszukommen, helfen betriebswirtschaftliche Rezepte und Terminologien aus dem Marktgeschehen offenbar wenig. Es bedarf eines grundlegenden Systemwechsels, ohne dabei das hohe Gut des Rechtsanspruchs nach individueller Hilfe infrage zu stellen. Zentrales Wirkungsprinzip einer neuen Strategie kann nicht ein immer umfassenderes Controlling, sondern muss die Qualität der Kommunikation auf den unterschiedlichen Ebenen des Hilfeprozesses sein: zwischen PädagogInnen und Adressaten der Hilfe, mit dem Umfeld des Hilfesuchenden, zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer der Hilfeleistung. Nicht ein möglichst enges Korsett bringt produktive und kreative Lösungen hervor, sondern ein klarer Rahmen, innerhalb dessen flexibel nach dem individuellen Bedarf Ziele ausgehandelt, angesteuert und ihre Umsetzung in vernünftigen Zeitabständen überprüft werden können. Hilfeforenz und Hilfeplanung sind dafür die gesetzlich beschriebenen und geeigneten Instrumente. Ein auskömmliches Budget, gesicherte Arbeitsverhältnisse und eine verlässliche Kooperationsbasis sind die Voraussetzungen für ein vertrauensvolles Zusammenwirken der Fachkräfte der öffentlichen und freien Jugendhilfe, das erst ein motiviertes und effektives Arbeiten zusammen ermöglicht.

Auf einem erfolgreichen Weg scheint beispielsweise die Landeshauptstadt Hannover zu sein (Darstellung auf der Fachtagung des Deutschen Vereins „Weiterentwicklung und Steuerung der Hilfen zur Erziehung“ im Oktober 2013). Im Sinne von regionalen Versorgungsaufträgen werden seit mehr als zehn Jahren mit freien Trägern Verträge über ein festgelegtes jährliches Budget und den Einsatz von „Planstellen“ zur Durchführung der ambulanten Erziehungshilfen in 13 Stadtbezirken abgeschlossen. Gleichzeitig wurde beim Jugendamt auf der Basis eines externen Organisationsgutachtens die Stellenausstattung auf ein tragfähiges Niveau angehoben. Das System bringt ein hohes Maß an Sicherheit für die Träger und ihre Beschäftigten sowie die Adressatinnen und Adressaten der Hilfe. Die Steuerung der Hilfeplanung bleibt beim Jugendamt. Über Standards, Qualität und Wirkung der Hilfen findet zwischen der öffentlichen und der freien Jugendhilfe ein intensiver Dialog statt. Im Ergebnis wird berichtet, dass die Zufriedenheit sowohl bei den MitarbeiterInnen des Jugendamtes als auch bei denen der freien Träger hoch ist, das Wunsch- und Wahlrecht der Hilfesuchenden durch die Trägervielfalt bestehen bleibt und die mit der Kämmerei jährlich ausgehandelten Budgets eingehalten werden können.

Voraussetzung für diese Entwicklung war allerdings, dass es gelungen ist, alle vor Ort tätigen Leistungserbringer in das Verfahren einzubeziehen. Dies ist sicherlich nicht an allen Orten der Bundesrepublik realistisch.

Um den Weg für die breite Erprobung eines solchen neuen Jugendhilfemodells zu bereiten, bedarf es entsprechender (mit dem EU-Recht abgestimmter) gesetz-