

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Wortprotokoll*
23. Sitzung

Berlin, den 25.10.2010, 10:30 Uhr
Sitzungsort: Paul-Löbe-Haus
Sitzungssaal: Saal 2.200

Vorsitz: Sibylle Laurischk, MdB

Öffentliche Anhörung

zu der

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland - 13. Kinder- und Jugendbericht -

"Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe"

BT-Drucksache 16/12860

*redaktionell überarbeitete Tonbandabschrift

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
Liste der Sachverständigen.....	4
Wortprotokoll der Anhörung.....	5
1. Begrüßung durch die Vorsitzende.....	5
2. Eingangsstatements der Anhörspersonen	
Prof. Dr. Birgit Babitsch, Charité – Universitätsmedizin Berlin.....	5
PD Dr. Fabienne Becker-Stoll, Staatsinstitut für Frühpädagogik München.....	6
Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Universitätsklinikum Ulm.....	8
Norbert Müller-Fehling, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.....	9
Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal.....	11
Prof. Dr. Heiner Keupp, Vorsitzender der Berichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht.....	12
Dr. Christian Lüders, Deutsches Jugendinstitut.....	14
Prof. Dr. Ute Thyen, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.....	16
Prof. Dr. rer. soc. Elisabeth Wacker, Technische Universität Dortmund.....	17
3. Fragerunden	
Prof. Dr. Birgit Babitsch.....	28, 35, 45, 46
PD Dr. Fabienne Becker-Stoll.....	23
Prof. Dr. Jörg M. Fegert.....	22, 35, 29, 33, 34, 38, 39
Norbert Müller-Fehling.....	20, 39
Prof. Dr. Raimund Geene.....	21, 27, 30, 38, 43, 47
Prof. Dr. Heiner Keupp.....	25, 28, 31, 42, 47
Dr. Christian Lüders.....	20, 29, 36, 40, 41, 42, 43
Prof. Dr. Ute Thyen.....	23, 24, 26, 44
Prof. Dr. rer. soc. Elisabeth Wacker.....	26, 37, 48
Abg. Dr. Peter Tauber (CDU/CSU).....	19, 39, 41

Abg. Eckhardt Pols (CDU/CSU)	21, 38, 39
Abg. Marlene Rupprecht (SPD)	24
Abg. Christel Humme (SPD)	34, 37
Abg. Florian Bernschneider (FDP)	27, 29, 45, 46
Abg. Nicole Bracht-Bendt (FDP)	44
Abg. Jörn Wunderlich (DIE LINKE.)	30, 46
Abg. Heidrun Dittrich (DIE LINKE.)	32, 48
Abg. Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	32, 34
Abg. Kai Gehring (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	42

Liste der Sachverständigen

Prof. Dr. Birgit Babitsch

Berlin School of Public Health
Charité - Universitätsmedizin Berlin,

PD Dr. Fabienne Becker-Stoll

Staatsinstitut für Frühpädagogik München

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Universitätsklinikum Ulm
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Norbert Müller-Fehling

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.

Prof. Dr. Raimund Geene

Hochschule Magdeburg-Stendal

Prof. Dr. Heiner Keupp

Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorsitzender der Berichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht

Dr. Christian Lüders

Deutsches Jugendinstitut,
kooptiertes Mitglied der Berichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht

Prof. Dr. Ute Thyen

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Prof. Dr. rer. soc. Elisabeth Wacker

Technische Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften/Rehabilitationssoziologie
Mitglied der Berichtskommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht

Vorsitzende: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu unserer heutigen Anhörung zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Ich begrüße die Mitglieder des Ausschusses sowie Herrn Struzyna aus dem zuständigen Fachreferat des BMFSFJ als Vertreter der Bundesregierung. Ich begrüße die Besucherinnen und Besucher. Besonders herzlich begrüße die Sachverständigen unserer heutigen Anhörung, Frau Prof. Dr. Birgit Babitsch von der Charité Berlin, Frau Dr. Fabienne Becker-Stoll vom Staatsinstitut für Frühpädagogik München, Herrn Prof. Dr. Jörg Fegert, Universitätsklinikum Ulm, Herrn Norbert Müller-Fehling vom Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen, Herrn Prof. Dr. Raimund Geene von der Hochschule Magdeburg-Stendal, den Vorsitzenden der Kommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht, Herrn Prof. Dr. Heiner Keupp von der Ludwig-Maximilians-Universität München, Herrn Dr. Christian Lüders vom Deutschen Jugendinstitut, Frau Prof. Dr. Ute Thyen vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und Frau Prof. Dr. Elisabeth Wacker von der Technischen Universität Dortmund.

Ich weise darauf hin, dass die Anhörung aufgezeichnet und ein Wortprotokoll erstellt wird. Dies wird im Internet verfügbar sein. Weiter weise ich darauf hin, dass die Stellungnahmen der Sachverständigen vor dem Sitzungssaal ausliegen und ebenfalls im Internet abrufbar sein werden. Der Ablauf der Anhörung ist wie folgt vorgesehen: Zuerst bitte ich die Sachverständigen um ein kurzes Eingangsstatement von jeweils fünf Minuten. Dann folgen zwei Fragerunde nach dem Verfahren der sogenannten Berliner Stunde. Wir beginnen nun mit der Anhörung zu dem Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, 13. Kinder- und Jugendbericht, Bundestagsdrucksache 16/12860. Ich bitte nun zunächst Frau Professor Dr. Babitsch um ihre Stellungnahme und gebe dann alphabetisch an die Runde der Sachverständigen weiter.

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Charité Berlin): Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder des Familienausschusses, sehr geehrte Damen und Herren. Ich begrüße es sehr, dass wir heute Morgen hier zusammen kommen, um den 13. Kinder- und Jugendbericht gemeinsam zu diskutieren und notwendige Umsetzungsschritte zu priorisieren, damit wir diese in ein entsprechendes Fahrwasser bringen und mit ausreichend Fahrtwind versehen können. Die Ausrichtung des 13. Kinder- und Jugendberichts auf Gesundheit – Gesundheitsförderung und Prävention – stellt aus meiner Sicht eine dringende und explizit einzunehmende Erweiterung in der Kinder- und Jugendhilfe dar, wengleich im Alltag der Kinder- und Jugendhilfe, wie ausführlich im Bericht dargestellt, schon viele konzeptionelle und praktische Ansätze vorhanden sind. Auch die darin aufgegriffenen Ansätze der Gesundheitsförderung und des *Empowerments*, der Verwirklichungschancen und der Inklusion stellen die Weichen für einen notwendigen Paradigmenwechsel im Sozial- und Gesundheitssystem.

In meinem kurzen Eingangsstatement möchte ich gerne einige Aspekte aufgreifen, ohne diese in der notwendigen Tiefe darstellen zu können. Kinder und Jugendliche sind in der Mehrzahl gesund. Dennoch finden sich zunehmend Kinder in sozial und gesundheitlich schwierigen Lebenslagen. Eine Kehrtwende sowohl hinsichtlich prekärer Lebenslagen als auch hinsichtlich der Gesundheitschancen ist trotz vieler Maßnahmen noch nicht geglückt. Hier bedarf es zukünftig noch weiterer Anstrengungen,

wobei es Forschung und Praxis stärker zu verzahnen gilt. Kinder und Jugendliche, insbesondere in sozial benachteiligten Lebenslagen, blicken ihrer Zukunft auch pessimistisch, ängstlich entgegen. Hier muss ein gesellschaftlicher Wertewandel einsetzen, der Kindern und Jugendlichen signalisiert, wie wertvoll sie für die Gesellschaft sind. Ihre Wertschätzung und ihre Beteiligung in unserer Gesellschaft müssen gestärkt werden. Diesem Lebensalter und den Besonderheiten dieser Lebensphase sollte deshalb in unserer Gesellschaft uneingeschränkt Rechnung getragen werden. Alle Institutionen sollten eine entsprechend positive entwicklungs-, lösungs- und ressourcenorientierte Ausrichtung haben. Risiken und Defizite sollten lediglich als Ansatzpunkte für einen individuellen und strukturellen Rahmen betrachtet werden. Kleinteiligkeit, Kleinstaaterei und Ressortdenken verhindern einen komplexen Ansatz bei der Förderung von Kindern und Jugendlichen. Wir brauchen ein Gesamtkonzept des *Empowerments* und der Verwirklichungschancen für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Hier sollten die vorhandenen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis einfließen und ebenso die sektorspezifischen Ansatzpunkte und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Strategie sollte von null bis mindestens achtzehn Jahren reichen, gekoppelt sein an die Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf und die Beteiligung der notwendigen Akteure verbindlich festlegen. Das verhindert ein Gegeneinanderausspielen der Ressourcen für einzelne Lebensphasen und macht auch das notwendige Gesamtbudget deutlich. Ein möglicher Ausgangspunkt könnte das Nationale Gesundheitsziel sein, sofern es mit quantitativen Zielgrößen und einem zeitlichen Rahmen versehen wird.

Vernetzung läuft nicht nebenbei. Koordination braucht Mittel und Struktur. Eine nationale Koordinierungsstelle unter Einbeziehung der vorhandenen Aktivitäten und der Erfahrung ressortübergreifender Arbeit könnte und sollte genutzt werden. Hier gilt es auch, die entsprechenden gesetzlichen Bedingungen zu schaffen. Regionalisierung und Zentralisierung sind wichtig für eine effektive Weiterentwicklung und Zukunftsstrategie. Hiermit könnte zum einen Licht in das Dickicht geworfen werden – wir haben eine sehr große Zahl von Projekten – und außerdem die Kopplung unterschiedlicher Dienste beispielsweise auf individueller Ebene besser organisiert werden. Forschungslücken wie unter anderem im Bereich der pädiatrischen Versorgungsforschung, bei der Wirksamkeit von Maßnahmen und der multidisziplinären Zusammenarbeit sind noch zahlreich vorhanden und sollten gezielt abgebaut werden. Multidisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation muss gefördert und strukturell abgesichert werden. Hierzu bedarf es unter anderem der Qualifizierung der jeweiligen Berufsgruppen, indem beispielsweise Gesundheit in die Ausbildung einbezogen wird. Setting, Setting, Setting – als Ansatzpunkt erkannt, in vielen Bereichen auch genutzt, jedoch nicht so umfassend wie nötig. In vielen Bereichen, insbesondere im schulischen Bereich, sind bei weitem die Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Die Etablierung von Ganztagschulen ist sicher ein Weg in die richtige Richtung.

Ich möchte noch einmal sagen, dass ich den Bericht wirklich sehr gut und gelungen finde, insbesondere die Integration von Theorie und praktischer Analyse. Dennoch, Papier ist geduldig. Papiertiger haben wir viele, die dargestellten Erkenntnisse weisen auf dringenden Umsetzungsbedarf hin und geben mit den Leitlinien und Zielen Handlungsanweisungen, um allen Kindern in unserer Gesellschaft eine lohnende Zukunft zu bieten. Ich danke Ihnen.

PD Dr. Fabienne Becker-Stoll (Staatsinstitut für Frühpädagogik): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder des Familienausschusses, sehr geehrte Damen und Herren. Zunächst möchte auch ich betonen, dass ich den 13. Kinder- und Jugendbericht für ausgesprochen gelungen halte. Der Bericht wendet komplexe aktuelle theoretische Zugänge auf die Situationsanalyse in Deutschland an und bündelt sie Handlungs- und Zielempfehlungen. Ich werde nicht wiederholen, was an wichtigen Punkten in dem Bericht steht, sondern in meiner Ausführung die spezifische Bedeutung der Kindertageseinrichtungen für Kinder von null bis sechs Jahren und ihre Verantwortung und ihre Möglichkeiten in Bezug auf die Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Ich gehe dabei direkt auf die aus meiner Sicht bestehenden Defizite und Mängel ein und beginne mit der Situation der Neugeborenen und Säuglinge. Der Bericht geht gezielt auf die Situation von schwangeren Müttern in belasteten Lebenslagen ein. Nichtsdestotrotz sehe ich Bedarfe bei der Angebotsstruktur für Familien mit Neugeborenen unter dem Aspekt der Gefahr der postpartalen Depression von Müttern, insbesondere von Müttern in belasteten Lebenssituationen. Postpartale Depression ist eine große Gefährdung für die Entwicklung des Säuglings, insbesondere für seine Gehirnentwicklung.

In Bezug auf die Kinderbetreuung gilt sowohl für die unter Dreijährigen als auch für die Kinder von drei bis sechs Jahren, dass es bundesweit keine gültigen Qualitätsstandards für deren Bildung, Erziehung und Betreuung gibt. Insbesondere die Aufnahme von unter Dreijährigen in Regelkindergärten kann eine Gefährdung der Entwicklung dieser sehr jungen Kinder darstellen, wenn die Ressourcen dafür nicht ausreichen. In Deutschland hängt die Qualität und das Vorhandensein von Betreuungsplätzen für Kinder unter drei Jahren, aber auch für Kinder bis zur Einschulung, von der finanziellen Situation der Kommunen, dem Engagement der Träger, der Beteiligung der Eltern und der Gesetzgebung der einzelnen sechzehn Bundesländer ab. In Anbetracht der immensen Bedeutung, die frühkindliche Bildung für die gesunde Entwicklung des Einzelnen, aber auch für die gesamte Gesellschaft hat, ist dies ein Skandal.

Umfang und Qualität der familienergänzenden Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder in den ersten drei Lebensjahren reichen nicht aus. In den westdeutschen Ballungszentren besteht die Gefahr, dass der Mangel die Qualität diktiert. Die Ausbildung der pädagogischen Fachkräfte und Tagesmütter entspricht nicht den Herausforderungen der individuellen Bildungsbegleitung und Bildungserziehungspartnerschaft mit den Eltern, wie sie in den meisten Bildungsplänen inzwischen dargelegt wird. Sowohl das Bildungsangebot im Bereich der Gesundheit, Ernährung und Bewegung als auch die Vernetzung und Kooperation mit dem Kinderschutzgesundheitssystem, der Frühförderung und der Eingliederungshilfen sind nicht standardisiert. Sie unterliegen dem Engagement der Fachkräfte, der Träger, der Kommunen vor Ort und werden oft in Form von Modellprojekten an einigen Standorten befristet umgesetzt. Kindertageseinrichtungen sind in der Regel nicht für die besonderen Bedarfe von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund oder für Kinder und Familien aus belasteten Lebenslagen ausgestattet. Oft finden sich aber lokale Häufungen von Kindern mit besonderem Förderbedarf in Kindertageseinrichtungen, die dafür nicht immer das nötige Personal und die nötigen Ressourcen haben.

Handlungsbedarfe und Forderungen an die Politik werden im 13. Kinder- und Jugendbericht sehr klar beschrieben. Ich möchte noch unterstreichen, dass wir lokale Präventionsnetzwerke von der Geburt des Kindes an brauchen; am besten bis zum Eintritt ins Berufsleben, so dass Not- und Überforderungslagen von Familien mit neugeborenen Kindern erkannt werden und vernetzte Hilfs- und Unterstützungsangebote rechtzeitig greifen und bei Bedarf nachhaltig weitergeführt werden können. Es gibt mehrere Beispiele in der Bundesrepublik, die meines Erachtens als präventive Netzwerke vorbildliche Funktionen haben könnten. Ich möchte hier das Beispiel der Stadt Dormagen anführen, weil dies kein befristetes Projekt ist und weil es meiner Kenntnis nach auf den bestehenden Strukturen aufgebaut wurde und weiterentwickelt wird. Um den unterschiedlichen Bedarfen der Kinder und Familien je nach Lebenslage in den Kindertageseinrichtungen – die Knotenpunkte darstellen – gerecht zu werden, braucht es ausreichend und besser qualifizierte Fachkräfte als bisher. Es braucht multidisziplinäre Teams und die entsprechenden Ressourcen, damit Gesundheitsförderung von Kindern von Anfang stattfindet. Dankeschön.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren. Sie haben von mir eine ausführliche schriftliche Stellungnahme, deshalb versuche ich, einige Punkte in freier Rede vorzuschicken. Als Arzt möchte ich auch die Risiken und Nebenwirkungen ansprechen. Eine Mitarbeiterin von mir hat sehr intensiv in der Kommission mitgearbeitet, Frau Professor Ziegenhain. Ich selbst habe eine Expertise zum Bereich Heimkinder abgegeben. Insofern kann ich den Bericht nicht völlig schlecht finden, sondern finde ihn super, und sage das auch hier.

Ich finde ihn super insbesondere in Bezug auf die Diagnose. In dem Bericht wird – ich bleibe jetzt einmal bei den ärztlichen Termini – sehr gut die Ausgangssituation dargestellt. Ich möchte das kurz an zwei Punkten erläutern: Es wird beschrieben, wie in der frühen Kindheit der Zugang zu den Kindern primär durch das medizinische System gelingen kann, wie aber dann die Vernetzungsschwierigkeiten in die Jugendhilfe bestehen. Es wird dargestellt, wie viel die Projekte Frühe Hilfen bewegt haben, aber es wird auch dargestellt, dass man, wie zum Beispiel in Rheinland-Pfalz oder in Bayern, vor Ort eine flächendeckende Umsetzung braucht, damit das wirken kann. Ähnliches kann man auch für das Jugendalter sagen, wobei da besonders deutlich wird, dass Jugendliche mit Problemen im gesundheitlichen Bereich auch weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt und weniger Bildungschancen haben. Das ist ein Thema, das alle Ressorts betrifft. Um in der Zeit zu bleiben, möchte ich das Positive hiermit beenden, obwohl es sehr viel Positives zu sagen gibt, denn der Bericht zeigt auch die in Deutschland vorhandene Vielfalt an Förderung und guter Versorgung.

Trotzdem kann man ja besser werden. Deshalb komme ich jetzt zu Therapie und Prognose, also zu Defiziten, Mängeln, Handlungsbedarf und Forderungen an die Politik. Es ist ganz klar, die Versäulung der Systeme behindert uns. Hier wird unglaublich viel Geld verschenkt. Aber noch viel schlimmer, hier werden ständig Beziehungen abgebrochen. Kinder wechseln von der einen Einrichtung in die nächste, und damit wird die Arbeit zunichte gemacht. Wir haben eigentlich in den Sozialgesetzbüchern gute Beispiele wie die Komplexeleistung. Sie funktionieren aber nicht, weder in der Frühförderung noch in

anderen Förderungen. Wenn wir in Richtung Inklusion gehen – und diese Forderung ist absolut richtig, wir brauchen die Große Lösung in der Jugendhilfe – dann müssen wir kompetent werden für Komplexleistungen aus unterschiedlichen Ressorts. Dafür brauchen wir gemeinsame Standards, eine gemeinsame Sprache. Wenn zum Beispiel gut gemeinte Politik sagt, wir machen Früherkennungsuntersuchungen, und dann der Gemeinsame Bundesausschuss sagen muss, wir haben gar keine diagnostischen Möglichkeiten, das exakt zu machen, und sie deshalb ablehnt, dann müssen wir das Denken im Gesundheitswesen und das Denken in der Jugendpolitik auch auf der Basis der Empirie stärker zusammenbringen. Deshalb unterstütze ich auch die Forderung nach mehr Evaluation, weil gut gemeint ist nicht gut gemacht. Wir müssen wissen, was Prävention und Förderung bringen. Wir müssen deshalb in Deutschland deutlich stärker evaluieren. Mein persönliches Anliegen ist es, auf die Situation von Heimkindern hinzuweisen, die in Deutschland zu sechzig Prozent psychisch auffällig sind und zu einem noch größeren Anteil auch multiple Traumata erfahren haben. Wir sitzen auch am Runden Tisch zum sexuellen Kindesmissbrauch zusammen. Hier wird noch einmal besonders deutlich, wie die unterschiedlichen Systeme zusammenwirken müssen und welche gesellschaftlichen Folgekosten in allen Bereichen, auch im Bereich der Justiz – das zeigt das EU-Grünbuch „Psychische Gesundheit“ – in der Folge auftreten.

Ich komme zu den Forderungen. Zur Politik muss ich auch die Ministerien ansprechen. Es wird auch jetzt am Runden Tisch sexueller Missbrauch wieder deutlich: Sobald die einzelnen Aufgaben in mehrere Ressorts verteilt sind, marschieren die Ressorts getrennt. Wir werden die Dinge zusammendenken müssen. Wenn Inklusion gelingen soll, dann braucht es eigentlich eine *Task Force*, vielleicht braucht es auch eine Beauftragte; es braucht andere Organisations- und auch andere Förderstrukturen, um gemeinsame Projekte zu machen. Als erfahrener Forscher weiß ich, wenn ich einen Antrag an mehrere Ministerien schreibe, kann ich ihn gleich in den Papierkorb werfen. In Sonntagsreden wird immer von Interdisziplinarität gesprochen. Ich wünsche mir, dass die Politik mit gutem Beispiel vorangeht. Zu unserem heutigen Thema hätte zum Beispiel eine gemeinsame Sitzung des Gesundheitsausschusses und des Familienausschusses stattfinden können. Das hätte uns den Rahmen und die Möglichkeiten gegeben, hier Dinge gemeinsam auf den Weg zu bringen.

Letzter Punkt: Ich denke, wenn Inklusion in der Jugendhilfe, dann muss die Jugendhilfe auch kompetenter werden. Da fand ich die Kommission etwas larmoyant. Die damalige Regierung hat in der Stellungnahme ebenfalls kritisch angemerkt, dass sie in ihren Forderungen wenig forsch gewesen sind. Die Kommission sagt, die Jugendhilfe verfügt weder über eigen Geldmittel, die zu verteilen wären, noch über Rechtsmittel, und kann eigentlich nur pädagogische Prozesse machen. Nein, ich denke, Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen muss dann auch für alle kompetent werden. Also § 35a, seelische Behinderung, eher abschaffen und im § 27 eine gemeinsame Norm schaffen, die sowohl erzieherische Defizite erfasst als auch subjektive Defizite bei den einzelnen Kindern mit Behinderung. Also Eingliederungshilfe und Erziehungshilfe in einer Norm. Vielen Dank.

Norbert Müller-Fehling (BVKM): Guten Morgen, Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Ich möchte gerne die Perspektive einer Selbsthilfeorganisation für behinderte Menschen und ihre Familien

einbringen. Unser Verband, der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen, ist ein Zusammenschluss von behinderten Menschen und Familien mit behinderten Kindern. Die regionalen Mitgliedsorganisationen sind Elternselbsthilfeorganisationen, aber auch Träger von Einrichtungen und Diensten wie Frühförderstellen, Kindergärten, Schulen und familienunterstützende Dienste. Aus dieser Kenntnis heraus will ich versuchen, die Situation darzustellen.

Zunächst ist festzustellen, dass die Zahl der klassisch behinderten Kinder, also unsere ursprüngliche Klientel, im Prinzip gleichbleibt. Deutliche Zuwächse haben wir zu verzeichnen in den Einrichtungen und Diensten für Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen. Das ist in den Frühförderstellen erkennbar, findet aber auch eine Bestätigung in der wachsenden Inanspruchnahme von Heilmitteln wie Logopädie oder Ergotherapie. Oft scheint es, als seien für diese Kinder die schwierigen Lebensumstände ein größeres Entwicklungsrisiko als die eher leicht ausgeprägte körperliche oder geistige Beeinträchtigung. Wird bei diesen Kindern bis zum Eintritt in die Schule noch die Frühförderung tätig und ist in der Lage, die Kinder und die Eltern zu begleiten und Förderung und Unterstützung zu erschließen, hört das in der Regel mit dem Eintritt in die Schule auf und die Eltern sind auf sich allein gestellt. Das wird im 13. Kinder- und Jugendbericht gut beschrieben und kann von den Eltern behinderter Kinder im Alltag bestätigt werden. Leistungen aus einer Hand gelingen eher selten. Die Eltern haben es in der Regel mit Leistungen aus den fünf Sozialgesetzbüchern zu tun: Pflege, Eingliederung, SGB IX, SGB VIII, SGB XII. Die Angebote stehen oft isoliert da und können den Hilfebedarf nur unzureichend aufgreifen. Oft müssen die Eltern selbst das *Case Management* betreiben, sich um die Finanzierung kümmern und die Grenzen der Fachdisziplinen überwinden. Im Verhältnis von SGB VIII und SGB XII sind zwei Problemzonen auszumachen, die auch im Kinder- und Jugendbericht benannt werden: die Zuständigkeitsproblematik auf der einen Seite und auf der anderen ein Wahrnehmungs- und Informationsdefizit bei der Jugendhilfe, aber auch bei den Eltern behinderter Kinder. Sie nehmen die Jugendhilfe als ein mögliches Leistungspotential nicht wahr, obwohl gerade Familien mit behinderten Kindern Familien in besonders belastenden Situationen sind.

Zwei Gründe sprechen also aus fachlicher Sicht für eine Annäherung der Kinder- und Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe für behinderte junge Menschen: Erstens die Kinder, deren Entwicklungsrisiko auf besonders schwierige Familiensituationen und möglicherweise Erziehungsdefizite der Eltern stößt und diese potenziert. Und zweitens der besondere Unterstützungsbedarf, der sich bei Familien aus dem Zusammenleben mit einem behinderten Kind und der Erziehung für dieses Kind ergibt. Die Konsequenz kann eigentlich nur eine Neuausrichtung der Hilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung sein. Der besondere Förderungs- und Unterstützungsbedarf dieser Kinder und der Familien muss in einen engen Zusammenhang mit der Lebenswelt der Kinder gestellt werden. Das wird am besten gelingen, wenn die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe zusammengeführt werden. Angesichts der UN-Konvention ist es auch für eine Behindertenhilfeorganisation kaum vorstellbar, dass das unter dem Dach des SGB XII geschieht. Ein Sondersystem für behinderte Kinder ist nicht vorstellbar, das heißt, es kommt im Grunde nur die Große Lösung unter dem Dach des SGB VIII in Frage. Auf die Bedingungen, die dazu aus unserer Perspektive erfüllt sein müssten, habe ich in meiner schriftlichen Stellungnahme hingewiesen. Auf dem Weg zur Großen

Lösung gilt es, sorgfältig zu planen und erste Schritte zu unternehmen, damit dieser Prozess unumkehrbar eingeleitet wird. Das könnte ein gemeinsames Hilfeplanverfahren von Sozialhilfe und Jugendhilfe nach dem Modell des § 36 SGB VIII sein, der dann obligatorisch angewendet werden sollte. Wie hier in Berlin könnten die Länder beispielsweise Aufgaben der Eingliederungshilfe auf die Kinder- und Jugendhilfe übertragen, oder man könnte sogar an Komplexleistungen wie in der Frühförderung denken. Man traut sich nur nicht mehr, die Forderung nach Komplexleistungen auszusprechen, weil wir zehn Jahre nach Einführung des SGB IX immer noch mehr Einrichtungen auf dem Weg dorthin haben, die also verhandeln, Verhandlungen anstreben oder gescheiterte Verhandlungen über die Komplexleistung hinter sich haben, als Einrichtungen, die bereits heute über Komplexleistungen verfügen. Also, hier ist die Politik gefragt, damit das, was bei der Komplexleistung in der Frühförderung passiert, nicht auch auf dem Weg der Großen Lösung geschieht. Vielen Dank.

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Frau Vorsitzende, liebe Kolleginnen und Kollegen, werte Damen und Herren, werte Abgeordnete. Herzlichen Dank für die Einladung. Auch ich möchte ausdrücklich ein Lob für den Bericht aussprechen. Das habe ich auch in meiner Stellungnahme getan, die ich jetzt aber nicht im Einzelnen vortragen, sondern zu der ich nur einige Gedanken speziell herausstellen möchte. Vorab ein Gedanke, der in dem Bericht ein bisschen untergeht: Die entscheidende Frage ist immer noch die nach den besonders belasteten Bevölkerungsgruppen. Wir haben zwischen zehn und zwanzig Prozent der Kinder in akuter Armut, und aktuell entwickelt sich diese Schere sozialer Ungleichheit weiter. Dort kumulieren die sozialen und die gesundheitlichen Risiken, und das ist die ganz entscheidende Größe. Was wir da machen, ist natürlich Reparaturbetrieb. Wir kleben Pflaster auf Wunden, die andere geschlagen haben. Dieses Problem müssen wir uns immer erst einmal grundsätzlich vergegenwärtigen und dann daraus ableiten, was die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens ist. In dem Sinne ist die Aufgabe dann, gegentendenzielle Ansätze zu schaffen, also gerade die Ansätze zu verstärken, die der sozialen Ungleichheit entgegenwirken. § 20 des Fünften Sozialgesetzbuches sagt das ja auch ganz explizit für die primäre Prävention, und das sollte uns generell die Orientierung geben.

Von den Kolleginnen sind jetzt verschiedene Problembereiche schon angesprochen worden: Frau Babitsch hat gerade den Setting-Ansatz hervorgehoben und Frau Becker-Stoll hat die ganzen Probleme rund um die Geburt angesprochen, postpartale Depressionen und so weiter. Im frühen Hilfebereich haben wir einen ganz akuten Bedarf, und wir haben da auch schon einige Ansätze. Gerade jüngst hat die Bundesregierung mitgeteilt, dass das Nationale Zentrum Frühe Hilfen verlängert wird. Das ist grundsätzlich zu begrüßen, aber es bleibt natürlich das auch von Herrn Fegert angesprochene Problem, dass hier eine enorme Versäulung stattfindet, die die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren so enorm erschwert. Wir müssen uns dabei klar machen, dass es rund um die Geburt eine massive medizinische Überversorgung gibt. Immer noch werden fast 75 Prozent der Schwangeren als Risikoschwangere diagnostiziert, was ein Skandal ist. Auf der anderen Seite stehen genau diese Mütter dann anschließend dem großen Problem einer psychosozialen Unterversorgung gegenüber. Und da ist auch die Frage, was wir überhaupt an Instrumentarien haben, um ihnen hier zu helfen. Wir neigen dazu, sie zu klassifizieren, beispielsweise als postpartal

depressiv. Das ist aber wiederum eine negative Krankheitsdiagnose, die die Frauen in eine falsche Dynamik hineinbringt. Schätzungen nach sind 60 und mehr Prozent der Frauen von dem betroffen, was niedrigschwelliger als „Baby-Blues“ bezeichnet wird. An der Stelle müssen wir aufpassen, dass wir nicht die Hilfesysteme so ausrichten, dass sie einer weiteren Pathologisierung Vorschub leisten. In diese Systeme müssten frühe gesundheitsförderliche, präventive Ansätze hinein kommen. Aber die sind nicht vorgesehen; die sind nicht statthaft.

Herr Fegert hatte gerade schon richtigerweise darauf hingewiesen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss, auch in meiner Mitwirkung, festgestellt hat, dass die pädiatrische Versorgung und die Kinderförderuntersuchung für ein Screening auch auf Kindeswohl nicht geeignet sind. Das dürfen sie im Übrigen auch gar nicht. Die Ärzte sagen auch immer, das dürfen wir gar nicht, und die Krankenkassen sagen, das sollt ihr auch gar nicht. Denn das steht gar nicht in § 26 SGB V, in dem es ausschließlich darum geht, Krankheiten früh zu erkennen. Mit anderen Worten, man hat keine Lösung für den präventiv gestaltenden Bereich. Man versucht, den Müttern zu helfen, indem man sie in die pathologisierte Schiene bringt, und bewirkt natürlich genau das Gegenteil. Man bewirkt genau diese negative Zuschreibung in Krankheiten, statt den Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich stark zu machen. Die gleiche Problematik gibt es im Übrigen auch im Bereich des SGB VIII. Wir haben Rechtsansprüche auf Hilfen zur Erziehung, und ich muss ein Kind erst einmal als problembelastet beschreiben, ich muss ihm Behinderungsbedrohung attestieren, damit ich ihm helfen kann. Das ist doch absurd.

Ich fasse es kurz zusammen: Wir müssen auch im Bereich des SGB VIII dringend von der Defizitorientierung wegkommen hin zu einer Ressourcenorientierung. Wir müssen uns auch vor dem „Psychoboom“ hüten und das im Vorfeld psychosozial gesundheitsförderlich gestalten. In dem Sinne ist die Große Lösung, so richtig sie ist, fast eher eine kleine Lösung. Wir bräuchten eigentlich ein umfassendes Gesundheitsförderungsgesetz, das sich insgesamt den Schnittstellenproblematiken stellt. Unterhalb dessen – das Gesundheitsförderungsgesetz können wir sicherlich nicht abrupt beschließen – besteht die einerseits von Frau Babitsch angesprochene Problematik, dass der Setting-Ansatz ausgebaut werden muss. Zum zweiten gibt es auch einen konkreten Vorschlag von der AOK, die Rahmenvereinbarung um das Dormagen-Modell bundesweit auszurollen. Das muss die Politik dringend aufgreifen. Danke.

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Vorsitzende, liebe Abgeordneten. Ich bin ja nun schon das dritte Mal hier und kann mich deswegen auf die Frage konzentrieren, was möchte ich denn, dass bei diesem Hearing und auch in Folge dieses Hearings passieren soll. Zunächst einmal bin ich dankbar, dass wir diese dritte Gelegenheit haben. Wie Herr Fegert hätte auch ich mir gewünscht, dass die Kolleginnen und Kollegen des anderen Ausschusses ebenfalls da wären. Ich habe hinten ihre Namensschilder gesehen, aber offenbar sind sie der Einladung nicht gefolgt. Wir brauchen jetzt dringend ein gemeinsames Projekt der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in diesem Lande. Wir reden so viel über die

Kinder und Jugendlichen, aber wir reden nicht besonders viel darüber, wie wir eine gemeinsame Strategie entwickeln können, um Gesundheitsförderung auf den Weg zu bringen.

Ich möchte jetzt meine Handlungsbedarfe formulieren: Wir müssen eine „Projektislandschaft“ überwinden, in der ganz viele Dinge auf den Weg gebracht werden, die aber nach zwei Jahren zu Ende sind. Wir brauchen dringend nachhaltige Strategien. Wir brauchen so etwas wie eine Fortführung der Strategie zur Förderung der Kindergesundheit, die die Bundesregierung 2008 vorgelegt hat. Die muss weiterentwickelt werden. Außerdem, das ist gerade von Raimund Geene angesprochen worden, brauchen wir dringend ein Gesundheitsförderungsgesetz. Das sollte nicht so aussehen wie das alte Präventionsgesetz, das nicht zustande kam. Es sollte wirklich ein Gesundheitsförderungsgesetz werden. Wir sollten den Bildungspakt nutzen, um Fragen der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen dort mit hineinzubringen. Und auch der Nationale Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland, der 2010 endet, muss weitergeführt werden.

Zweitens: Das europäische Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung, das jetzt schon beinahe zu Ende ist, sollte uns genau in diese Richtung motivieren. Nach meiner Meinung liegen im Bereich der Gesundheitsförderung ganz zentrale Möglichkeiten, Ausgrenzung und soziale Benachteiligung zu überwinden. Wir haben die Inklusionsperspektive immer sehr weit gefasst, nämlich nicht nur bezogen auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung. Die ist natürlich zentral, weil sie auch das erste Mal einbezogen wird. Für mich ist es aber eine sehr viel generelle Perspektive: sie betrifft Kinder und Jugendliche in Armut, sie betrifft Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, und auch das Geschlechterthema dürfen wir nicht ganz aus den Augen verlieren. Wir sehen inzwischen deutliche Benachteiligungen bei Jungs im Aufwachsen in dieser Republik. Darüber muss man reden.

Mein nächster Punkt ist die Frühe Förderung, wo im Augenblick ganz viel auf den Weg gebracht wird. Ich habe aber große Sorge, dass es zu keinem integrierten Modell wird. Zum Beispiel müssen die Fragen der Förderung, der Hilfen und des Schutzes – das sind die drei wesentlichen Aufgaben des Gesetzes – alle unter einen Hut gebracht werden. Auch da haben wir mit den Familienzentren, Mehrgenerationenhäusern und Early-Excellence-Projekten ganz gute Ansatzpunkte, die nachhaltig abgesichert werden müssen. Ein ganz besonderes Thema ist die Schnittstelle zur Schule. Die KiGGS-Daten, die wir im 13. Kinder- und Jugendbericht zur Grundlage genommen haben, zeigen, dass da die Belastungswerte extrem ansteigen. Das hat etwas zu tun mit einer nicht mehr ausreichend gelingenden Passung von familiärer und schulischer Sozialisation. Darüber muss intensiv nachgedacht werden. Wie können wir vermeiden, dass immer mehr Kinder über Diagnosen wie ADHS sozusagen pathologisiert, medikalisiert werden. Die Diagnose mag im Einzelfall berechtigt sein, aber diese ungeheure Zunahme spricht die Sprache der Pathologisierung und Medikalisierung, und das ist nicht die Lösung, auf die es ankommen kann. Wir müssen über Schulreform und den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Schule anders als bisher nachdenken.

Ein ganz besonderes Anliegen ist mir die Gruppe der Jugendlichen. Wir haben einen starken Blick auf die Förderungsbedingungen und -notwendigkeiten bei Kindern in der frühen Phase. Es ist toll, dass wir das geschafft haben. Aber wie Herr Fegert schon angesprochen hat, aus dem Blick geraten sind die Jugendlichen. Wir haben deutliche Hinweise auf wachsende Depressionsraten, auf Probleme, die mit dem sich immer komplizierter gestaltenden Erwachsenwerden zu tun haben. Ich glaube, hier muss eine besondere Sensibilität und Aufmerksamkeit entwickelt werden. Mein letzter Punkt knüpft an vieles an, was schon gesagt wurde. Wir haben in dem Bericht verbindliche Netzwerkstrukturen gefordert, die die Kooperation, die Synergie-Effekte der verschiedenen Hilfesysteme verbindlich und strukturell abgesichert unterstützen sollten. Da gibt es Beispiele: Rheinland-Pfalz hat ein Kinderschutzgesetz mit der Aufforderung, verbindliche Netzwerkstrukturen zu etablieren. Solche Strukturen brauchen wir nicht nur in der Frühen Hilfe, wir brauchen sie auch bei Jugendlichen, wir brauchen sie auf der gesamten Palette. Es wäre ein besonderes Anliegen, dass solche verbindlichen Netzwerkstrukturen auch von der Politik nicht nur gewünscht, sondern auch finanziell ermöglicht werden. Vielen herzlichen Dank.

Dr. Christian Lüders (DJI): Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen. Nachdem mein Vorsitzender in der Kommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht gerade den Großentwurf dargelegt hat, kann ich mich auf die Kinder- und Jugendhilfe konzentrieren und dabei auch einige Punkte herausarbeiten, die für den Bericht zentral waren.

Für die Kinder- und Jugendhilfe war das Thema Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention im Grunde ein neues Thema, wenn man einmal vom Kindergarten, ein paar Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und einigen Nischen wie Drogenarbeit und ähnlichem absieht. Das ist nicht etabliert. Da gibt es keine bewährten Strategien, keine bewährte Fachdiskussion. Bis zum Beginn des Berichtes konnte man in jedem Handbuch der Kinder- und Jugendhilfe nachschauen, das Wort Gesundheitsförderung kam nicht vor. Wir konnten sehen, dass es sehr viel in der Kinder- und Jugendhilfe gibt, dass man sich bemüht, dass es ganz unterschiedlich Formen von Kooperationen gibt, von Ansätzen und Strategien. Aber dieses ist bis jetzt wenig systematisch, vieles punktuell, projektbezogen, aktionsbezogen. Fragt man sich nun, was zu geschehen hat – gerade wenn man hier die sehr weitgehenden Anforderungen an die Kinder- und Jugendhilfe hört – sind das für mich fünf Punkte:

Das Erste ist, die vorhandenen Ansätze und Strategien müssen konzeptionell weiterentwickelt und profiliert werden. Vor allen Dingen muss klargemacht werden, worum es geht, wenn wir über gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung reden. Das ist inzwischen ein Container-Begriff geworden, hinter dem sich alles Mögliche verbirgt. Zweitens brauchen wir eine Qualifizierung der Fachkräfte. Wenn Kooperation mit dem Gesundheitssystem funktionieren soll, müssen die Fachkräfte über ein entsprechendes Wissen verfügen. Sie müssen kompetent mit den Kinderärzten, den Jugendpsychiatern sprechen können. Sie müssen wissen, was ICD-10 ist und was sich darin verbirgt, sonst funktioniert die Kooperation nicht. Wir brauchen drittens eine Stabilisierung der

Netzwerke. Ungeheuer viel geschieht auf der Basis freiwilligen, persönlichen Engagements in ganz unterschiedlichen Bereichen. Aber diese Netzwerke sind fragil, sie sind brüchig. Dort braucht es eine Verbesserung. Wir sehen, wie aufwendig und mühsam das im Bereich der Frühen Hilfen ist, welche dicken Bretter man dort bohren muss, wie schnell die auch wieder in die Knie gehen, wenn sie nicht institutionell abgesichert sind. Jenseits der Frühen Hilfen gibt es so gut wie keine gesicherten Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem.

Wir brauchen viertens mehr Evaluation, mehr Überprüfung dessen, was dort herauskommt. Darauf hat Herr Fegert schon hingewiesen, und das ist aus unserer Sicht ganz zentral. Es steht viel Engagement dahinter, aber keiner kann sagen, was diese Programme, die zum Beispiel im Kindergarten zur Ernährungserziehung, zur Bewegungsmotorik und ähnlichem angeboten werden, tatsächlich bewirken. Wir wissen nicht, ob sie die Arbeit der Kinderärzte oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie tatsächlich unterstützen, oder ob es nur gut gemeinte Aktionen ohne Resonanz sind. Fünftens – und das ist vielleicht ein bisschen merkwürdig – muss man die Kinder- und Jugendhilfe auffordern, ihre eigenen Stärken in diese Debatten mit einzubringen; nicht nur Zulieferbetrieb für andere im Gesundheitssystem sein, sondern auch die eigenen Stärken präsentieren. Dabei spielen zwei Aspekte eine zentrale Rolle: Die Kinder- und Jugendhilfe muss die Sichtweisen von Kindern und Jugendlichen stark machen, teilweise auch gegen expertokratische Definitionen, was hier als gesund, als fit zu gelten hat. Die Stärke der Kinder- und Jugendhilfe war es immer, die Sichtweise der Kinder und Jugendlichen einzubringen, Partizipation einzufordern. Das gilt auch bei der Definition dessen, was Gesundheitsziele sind, was in den Einrichtungen der Gegenstand von Gesundheitsförderung ist. Beteiligung, Sozialraumorientierung, Setting-Orientierung wären in diesem Zusammenhang weitere Stichworte, wo ich der Meinung bin, dass auch hier die Kinder- und Jugendhilfe ihre Anliegen durchaus offensiver vertreten sollte.

All dieses geht nur, wenn die entsprechenden Ressourcen vorhanden sind. Die Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendhilfe, auch vor dem Hintergrund der kommunalen Finanzen, werden momentan eher schlechter als besser. Man hat an den Frühen Hilfen gesehen, dass in einigen Bereichen tatsächlich noch ein Stück ausgebaut und verbessert werden kann. Spätestens im Jugendalter fahren wir momentan die Rahmenbedingungen zurück, da wird es schwieriger. Wenn wir all das wollen, was hier gefordert wird, dann muss es auch im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe entsprechende Ressourcen geben, sonst kann diese Kooperation nicht gelingen. Einen letzten Punkt, der mir wichtig ist, hat Herr Keupp schon angesprochen, aber ich möchte es noch einmal ausdrücklich betonen: Wir reden über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, über institutionelle Angebote. Der Kinder- und Jugendbericht hat sich qua Auftrag und qua gesetzlicher Grundlage auf die Kinder- und Jugendhilfe konzentriert. Das war der Fokus. Wenn wir über Kinder und Jugendliche reden, gibt es aber einen zweiten Partner in dem Feld, und das ist die Schule. Die müssen wir mit ins Boot holen. Der Jugendbericht hat dazu nur am Rande etwas sagen können. Kindergesundheit, Jugendgesundheit ist ohne Schule nicht zu haben, egal welche Netzwerke wir sonst noch knüpfen. Dankeschön.

Prof. Dr. Ute Thyen (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Ganz herzlichen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, hier Stellung zu nehmen. Es ist jetzt schon vieles gesagt worden. Dem meisten kann ich sehr gut zustimmen und ich möchte es deswegen nicht wiederholen. Ich habe ja auch eine relativ umfangreiche Stellungnahme abgegeben. Verstehen Sie diese bitte als Ergänzung zu diesem Kinder- und Jugendbericht. Er ist ja schon vor zwei Jahren abgefasst worden, und wir haben in diesen turbulenten Zeiten dazwischen sehr viel gelernt, sehr viele Erfahrungen gemacht und in vielen Bereichen angefangen, über die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Bereichen – Bildung, Gesundheit und Soziales und Jugendhilfe – nachzudenken. Dort finden Sie viele Hinweise darauf, wo ich als Kinder- und Jugendärztin Probleme sehe oder Schnittstellen erkenne, die übrigens in unserer alltäglichen Arbeit auch so vorkommen, insbesondere bei Kindern, die komplexe Lebenslagen aufzeigen.

Es stimmt, Frau Babitsch, die Mehrzahl der Kinder ist gesund. Diese Mehrzahl kann aber nicht kategorisiert werden, denn eine Lebenslaufperspektive würde zeigen, dass Kinder einmal gesund und einmal krank sind, auch einmal chronisch krank, auch einmal eine Behinderung oder eine chronische Gesundheitsstörung aufzeigen, aus der sie wieder herauswachsen. Das ist jetzt meine Terminologie. Sie können zum Beispiel auch ein Risikoverhalten zeigen, aus dem sie dann aber mit entsprechenden Hilfen auch wieder herauswachsen. Dabei ist es erst einmal nicht wichtig, ob diese Hilfen aus der Jugendhilfe oder aus dem Gesundheitswesen kommen. Hauptsache, sie kommen und sind passgerecht. Deswegen möchte ich eine allzu starke Zielgruppenorientierung problematisieren, beispielsweise eine allzu starke Festschreibung von Kindern psychisch kranker Eltern als Zielgruppe. Das kann man zwar einmal so kategorisieren und sich konzeptionell Gedanken machen, aber die betroffenen Individuen wandern hinein und hinaus aus solchen Problemlagen. Das würde also dazu führen, dass wir für Kinder und Jugendliche eine lebenszeitbezogene Perspektive hätten. Ich plädiere durchaus dafür, junge Erwachsene mit einzubeziehen, also mindestens diese Altersgruppe bis 27. Das sind die älteren Jugendlichen, die zum Teil schon selbst wieder Familien gründen.

Das Zweite ist die Komplexität von Problemlagen; wir müssen also die Lebenszeitperspektive und die Komplexität von Problemlagen genauer analysieren. Die Verschränkung von psychosozialen Risikofaktoren und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist so eng, das es überhaupt keinen Sinn macht, sich hier eindimensional anzuschauen, was braucht dieses Kind zur Zeit psychosozial und was braucht dieses Kind zur Zeit von der Gesundheitsversorgung her. Ich persönlich sehe mit großer Sorge die abnehmende Verschränkung des Gesundheitswesens mit Angeboten des Bildungs- und Sozialwesens und der Jugendhilfe, und zwar deswegen, weil wir eine Liberalisierung des Gesundheitswesens erkennen. Es gibt eine Zunahme von Privatisierung und von Leistungen im Gesundheitswesen, die einem natürlichen Lobbyismus ausgesetzt sind. Das kann man für den fortgeschrittenen, weitentwickelten Konsumenten gerne so machen. Das kann man aber nicht für Kinder und Jugendliche so machen. Das führt aus meiner Beobachtung und langjährigen Tätigkeit in der Kinder- und Jugendmedizin zu einer zunehmenden Chancenungleichheit, weil es schwieriger wird, an bestimmte Angebote des Gesundheitswesens heranzukommen. Das Chaos wird komplett, wenn Kinder und Jugendliche auch noch unter einer Behinderung leiden. Es gibt diesen genialen Satz in

dem Bericht, dass die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen nach SGB V so komplex sind, dass sie sowieso keiner mehr versteht. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass betroffene Familien genau das verstehen müssen. Es ist unglaublich, was betroffenen Familien hier zugemutet wird, was sie an Sozialgesetzgebung und so weiter managen müssen. Wir müssen also die Komplexität von Problemlagen insofern erkennen, als dass man sie nicht auseinanderdividiert und dadurch die Probleme für die betroffenen Familien noch größer macht.

Bei der gegenwärtig zu beobachtenden Entwicklung des Gesundheitswesens ist es für mich ganz klar, dass der öffentliche Teil des Kinder- und Jugendgesundheitswesens gestärkt werden und eine Anwaltschaft im Hinblick auf das gesamte Gesundheitswesen übernehmen muss. Ich fände es auch gut, wenn es ein Politik-Monitoring hinsichtlich der Ziele gäbe, die hier in diesem Ausschuss heute besprochen werden. Es sollte sich auf drei wesentliche Ziele beziehen, nämlich das Recht der Kinder auf bestmögliche Entwicklung einschließlich eines inklusiven Ansatzes, die Verbesserung der Bildungschancen in einer Wissensgesellschaft und die Befähigung und Erziehung der Kinder zu einem selbstbestimmtem Leben und zur Verwirklichung individueller Freiheiten in Verantwortung. Wenn diese als politische Ziele beschrieben würden, und ich glaube, das könnte ressortübergreifend so sein, dann wäre es auch wichtig, die Prozesse in den verschiedenen Ressorts daraufhin zu monitorieren, ob es intersektoral auch wirklich gelingt, diese Ziele aufeinander abzustimmen. Danke.

Prof. Dr. Elisabeth Wacker (TU Dortmund): Sehr geehrte Vorsitzende, liebe Anwesenden. Ich habe dem Alphabet antizipierend entnommen, dass ich hier das letzte Wort haben werde. Ich versuche, jetzt nicht alles noch einmal zu sagen, sondern ein paar Akzente zu setzen. Meine Akzente liegen im Bereich Inklusionsversprechen und Inklusionsverpflichtung gegenüber Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik. Wir haben versucht, mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht eine Inklusionsoffensive unter dem Motto zu starten, „Gesundes Aufwachsen für alle“. Das heißt, Gesundheit wird in einem ganzheitlichen Sinne verstanden, bezogen auf soziale Lebenslagen, die im Mittelpunkt stehen. Inklusion ist das Ziel. Das bedeutet gesellschaftliche Teilhabe bei Verschiedenheit und eben nicht Adaption an eine Sonderwelt oder eine machtvoll gesetzte Normalität.

Es geht um Nutzerorientierung; es geht eigentlich sogar um Privilegierung der Nutzer. Nutzer sind in unserem Falle generell die Familien, die für das gute Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen primär zuständig sind. Speziell sind es aber auch die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen selbst, die als Experten in eigener Sache einen Anspruch darauf haben, individuelle Leistungsgerechtigkeit zu erfahren und Teilhabechancen zu erleben, dazu auch gehört zu werden und ihre Sicht, ihre Meinung einzubringen. Es geht zugleich um eine Win-win-Situation, nämlich um generelle Gewinne der Sozialkompetenzförderung, die durch inklusive Ansätze für alle gefördert werden. Teilhabe entsteht eben durch Teilhabe, nicht nur in Bildungssystemen, sondern auch in der Nachbarschaft, in der Freizeitbegegnung, in den Vereinen, die inklusiv für alle Kinder und Jugendlichen offenstehen müssen. Das heißt, es geht um eine Kultur der Partizipation und um den Abbau einer Parallelwelt der Behindertenfürsorge, die abgelöst werden muss in der Form, wie sie sich in Deutschland etabliert und qualitativ entwickelt hat.

Auf welchen Wegen und mit welchen Methoden kann man sich solchen Zielen nähern? Eckpunkte habe ich ausführlich in meinem Papier dargestellt. Es geht im Endeffekt um ein *Disability Mainstreaming*, das heißt eine selbstverständliche Einbeziehung und Aufmerksamkeit für die Perspektive der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Belange bei allen gesellschaftlichen Aktivitäten, Strukturentwicklungen und Maßnahmen. Denn früh übt sich, oder was Hänchen nicht lernt, muss sich Hans mit sehr viel Aufwand später aneignen. Zunächst geht es eben nicht nur um eine Integration der Behindertenhilfe in die Kinder- und Jugendhilfe. Das könnte man missverstehen aus der Art und Weise, wie manche Äußerungen im Bericht gelesen worden sind. Es geht vielmehr um eine gemeinsame Veränderung und Kooperation unter den neuen Zielorientierungen. Hier wären konkrete Zielvereinbarungen zu treffen; es wäre meine Hoffnung, dass man zu solchen gemeinsamen Zielen finden kann. Es sollte Modellerprobungen im Sozialraum geben. Die halte ich für extrem sinnvoll, um den Weg einer gemeinsamen Inklusionshilfe auszuloten, die sowohl eine individuelle Teilhabeplanung als auch eine konzertierte Aktion im Setting als Bekämpfung sozialer Ausgrenzung enthält.

Die sofortige Auflösung der bestehenden Dreiecks- oder eigentlich Vielecksverhältnisse zwischen Leistungsgestaltung und Erbringungsgeschehen ist wohl eher eine Illusion. Aber im Vieleck der Leistungsbeziehungen müssen neue Machtverhältnisse wachsen und Akteure ins Spiel kommen. Das sind die Experten in eigener Sache, die Fachwelt der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe und die Sachwalter für Menschen mit Behinderungen, insbesondere ihre Selbstvertretung. Trigger könnte eine in der aktuellen Situation bestehende Berichtspflicht der Bundesregierung sein – ich sage Artikel 35 UN-Behindertenrechtskonvention – die letztendlich in die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe nach SGB XII einfließen muss. Es geht nämlich nicht nur darum, eine Art Monitoring, also ein Wiegen und Messen des inklusiven Aufwachsens zu betreiben, wie man es im Augenblick ahnen kann, wenn man auf die bisherigen Aktivitäten im BMAS schaut. Ich erlaube mir, das so zu sagen. Vielmehr geht es darum, eine Aktivität zur Inklusion tatsächlich zu knüpfen und die anlaufenden Aktionspläne auf Bundes- und Landesebene bezogen auf das Inklusionsanliegen zu konzertieren. Die Orientierung kann nur ressourcenorientierte Rehabilitation sein, eben die Suche nach Kraftquellen, wie wir sie versucht haben, in unserem Bericht darzustellen. Das heißt Sozialraumentwicklung, individuelle Teilhabeplanung und Maßnahmen der Eingliederung. Dazu sind zahlreiche Forschungsfragen offen. Es geht letztendlich um einen Lebenslagenbezug. Mein Idealmodellversuch würde heißen: „Merkmale inklusionsfreundlicher Umwelten im Sozialraum zu finden und gleichzeitig Merkmale inklusionsfreundlicher Eingliederungshilfe – was an sich ein Paradoxon ist, das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen – zu eruieren und zu bewerten“. Das sind letztendlich Fragen, denen wir uns stellen müssen. Sie müssen Teilhabe fördern und Verschiedenheit wahren. Dankeschön fürs Zuhören.

Vorsitzende: Vielen Dank für ihre Statements, meine Damen und Herren. Wir kommen nun zur ersten Frage- und Antwortrunde. Ich rufe die Fraktionen nacheinander auf und es steht jeweils ein bestimmtes Zeitbudget – Stichwort „Berliner Stunde“ – zur Verfügung. Wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU. Herr Dr. Tauber, bitte.

Abg. **Dr. Peter Tauber** (CDU/CSU): Zunächst möchte ich mich ganz herzlich für Ihre ergänzenden Ausführungen und zusätzlichen Impulse bedanken. Herr Professor Fegert, Sie haben es ja so schön auf den Punkt gebracht: Der Bericht ist super. Das deckt sich mit meiner Einschätzung. Ich will aber zwei Dinge noch einmal näher und dann auch hinleitend auf die Fragen in den Blick nehmen: Auch bei Ihren Ausführungen heute ist mir wieder deutlich geworden, dass wir hier über eine gesamtstaatliche Aufgabe reden. Insofern wäre es nicht nur schön gewesen, wenn die Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss da gewesen wären, sondern wir brauchen natürlich auch die Vertreter der Länder und der Kommunen als ganz wesentliche Akteure mit am Tisch; ganz zu schweigen von den Eltern als zusätzliche Partner, die heute nicht so sehr in den Blick genommen wurden. Wenn es ein gemeinsames Projekt aller staatlichen Ebenen ist, dann wird es natürlich umso schwieriger, Situationsbeschreibungen zu verallgemeinern, weil wir zum Teil sehr starke regionale Unterschiede haben. Die Rahmenbedingungen in den Ländern und in den Kommunen sind oft sehr unterschiedlich. Ich frage mich dann, wie wir einen gemeinsamen Standard bei der frühkindlichen Bildung, bei der Gesundheitsförderung, bei der Integration und Inklusion Behinderter und so weiter finden können. Darauf folgt die Frage nach der Verbesserung der Kooperation der Systeme untereinander. Und da drängt sich mir der Eindruck auf, ob diese Vielschichtigkeit und diese Unklarheit in der Struktur nicht vielleicht an einem grundsätzlichen Bewusstseinswandel liegt, weil dieses Thema eben auch relativ neu ist. Das führt dazu, dass wir erstens noch gar keine ausgefertigten, gewachsenen Strukturen haben können, und dass es zweitens auch gar nicht so gut wäre, wenn die schon so feststehen würden, weil wir noch nicht in jedem Detail wissen, wohin die Reise gehen soll. Ich würde jetzt gerne zu meinen zwei Fragen kommen:

Die erste würde ich gerne an Herrn Müller-Fehling richten. Sie haben an die Große Lösung erinnert und die Zusammenführung von Zuständigkeiten angemahnt. Der Bericht argumentiert ja auch so, dass Inklusion mit Blick auf die behinderten Kinder und Jugendlichen das leitende Prinzip werden muss. Da würde mich zum einen interessieren, wie Sie den aktuellen Stand einschätzen. Sie sagen, es gibt bereits Leuchttürme, die als Vorbild für andere gelten können und an denen man sich orientieren kann. Sie haben in dem Zusammenhang auch die Rolle der Eltern erwähnt, die sich oft mit diesem Zuständigkeitswirrwarr konfrontiert sehen und gar nicht wissen, wer eigentlich ihr Ansprechpartner ist. Wie kann man da eine entsprechende Hilfe organisieren?

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Dr. Lüders. Der Bericht betont die entscheidende Bedeutung der kommunalen Ebene. Für mich drängt sich die Frage auf, wie man Standards setzen kann, die sowohl die kommunalen Spielräume erhalten und auf deren Besonderheiten Rücksicht nehmen, die aber auch eine Verbindlichkeit herstellen, damit wir bundesweit in diesem Themenfeld annähernd gleiche Rahmenbedingungen haben. Das ist eine große Schwierigkeit und ein spannender Punkt in dem durchaus heftigen Streit, den es unabhängig von der Parteizugehörigkeit zwischen der kommunalen Ebene, den Ländern und dem Bund immer wieder gibt. Vielleicht können Sie dazu noch etwas ausführen. Danke.

Norbert Müller-Fehling (BVKM): Wie gesagt, die Situation der Familien ist davon gekennzeichnet, dass sie eine Vielzahl von Leistungsangeboten in Anspruch nehmen müssen, wenn sie für die Entwicklung ihres Kindes förderliche Bedingungen schaffen wollen, sie aber permanent an die Grenzen der Leistungsgesetzgebung stoßen. Die Mitarbeiter in den Einrichtungen und Diensten, Kindergärten und Frühförderstellen versuchen in aller Regel, das in der Arbeit mit dem Kind zu kompensieren. Sie stoßen aber an Grenzen, wenn beispielsweise eine Heilmittelverordnung für eine logopädische oder eine ergotherapeutische Behandlung im Regelkindergarten nicht möglich ist, weil die Krankenkassen sagen, die Leistungen der Heilmittel werden nur in den Praxisräumen der niedergelassenen Therapeuten erbracht. Früher war es durchaus vorstellbar, dass Einrichtungen auch über eigene therapeutische Fachkräfte verfügten. Heute ist es überwiegend Sache der Eltern, ihren Kindern neben dem Kindergarten auch Heilmittel zu organisieren. Das ist jetzt ein Beispiel; das Gleiche gilt für viele andere Bereiche auch. Wir haben einen großen Problembereich, wenn Eltern auch Unterstützung bei der Erziehung ihrer Kinder benötigen. Es gibt Entwicklungen, dass in den Frühförderstellen die Kinder der zweiten Generationen auflaufen. Das heißt, Kinder, die in den siebziger oder achtziger Jahren die Frühförderstellen selbst durchlaufen haben, kommen heute mit ihren Kindern in die Einrichtungen und brauchen nicht nur Unterstützung für ihre Kinder, sondern sie brauchen auch eine Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und der Erziehung des Kindes. Das ist ein Themenbereich, den die Behindertenhilfe so gut wie überhaupt nicht wahrnehmen kann, weil sie nur auf die Behinderung des Kindes ausgerichtet ist, aber nicht auf die Familiensituation. Die Fachlichkeit der Behindertenhilfe bezieht sich sehr stark auf die ICD-10, um das Beispiel einmal aufzugreifen. Aber familiensystemische Ansätze, Sozialraumorientierung oder personenzentrierte Hilfen sind Themen, die heute erst langsam Eingang in die Behindertenhilfe finden. Diese Fachlichkeit war bisher der Jugendhilfe vorbehalten. Wir wünschen uns diese Fachlichkeit auch für die Unterstützung dieser Familien, weil das die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder deutlich stärkt.

Dr. Christian Lüders (DJI): Herr Dr. Tauber, wer die Kinder- und Jugendhilfe im Boot haben möchte, kommt an den Kommunen nicht vorbei. Das ist kommunale Aufgabe, und wir haben es dort mit einer großen Heterogenität zu tun. Es gibt Projekte, die schon eine gewisse Reife haben, und andere, wo noch geübt wird. Wenn Sie mich jetzt fragen, wie wir da zu Standards kommen, würde ich drei Antworten geben: Das erste ist, wir kommen zu Standards, indem wir an dieser Stelle endlich eine Fachdiskussion anfangen. Der Jugendbericht hat mit der Formulierung seiner zwölf Leitlinien versucht, einen ersten Aufschlag zu machen. Er hat versucht, an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem auf der einen Seite und Kinder- und Jugendhilfe auf der anderen jene fachlichen Leitlinien zu formulieren, von denen wir der Meinung sind, dass sie für beide Systeme orientierend sein können. Das muss weitergehen. Wenn ich mir die Entwicklung seit Vorlage des Jugendberichtes in der Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe anschau, ist dieser Impuls zumindest zu Teilen aufgenommen worden. Da passiert etwas. Aber es gibt erheblichen Systematisierungsbedarf.

Der zweite Punkt ist Forschung, Empirie. Wir müssen überprüfen, welche Standards sich bewähren und welche sich nicht bewähren. Das ist durch gefühlte Beobachtung nicht herauszubekommen, sondern man muss es empirisch machen. Der dritte Punkt wäre dann eine Adresse an die Politik. Man

muss sich einmal anschauen, wo Gesundheit im SGB VIII das erste Mal überhaupt auftaucht. Das ist im § 8a, in der Logik des Gesetzes also schon relativ weit hinten. Sie taucht dann noch einmal am Rande bei § 11 als eine Aufgabe der Jugendarbeit auf und bei § 20, wenn es um die Versorgung von Kindern in Notsituationen geht. Sie taucht natürlich bei § 35a auf, der Schnittstelle zur Behinderten- und Eingliederungshilfe. Sie taucht bei § 45 auf, wo es um die Betriebserlaubnis geht, und bei § 81, wo die Kinder- und Jugendhilfe zur Zusammenarbeit verpflichtet wird. Das war es, gesetzlich. Ich hoffe ja, dass der Bericht bei den Kommentaren zum SGB VIII einen Impuls gibt und die §§ 1, 2 und 3 jetzt stärker auch in diese Richtung interpretiert werden. Umgekehrt könnte man aber auch sagen, gibt der Kinder- und Jugendhilfe einen starken Impuls und normiert ganz ausdrücklich Gesundheitsförderung als eine Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Dann wird es ganz sicher eine Diskussion geben, was das bedeutet und welche Konzepte, Strategien und Standards wir dazu brauchen. Und dann muss es auch die entsprechenden Verfahren geben. Man könnte darüber hinaus auch Hilfeplanung im Bereich der Gesundheitsförderung prüfen und ähnliches mehr. Darüber wäre ganz logisch anschließend nachzudenken.

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): Ich möchte auf einen Punkt zurückkommen, den Herr Geene aufgeworfen hat und den ich sehr interessant fand. Wenn man schon mehrfacher Vater ist und die Frau wieder vor der Entbindung steht, durchlebt man ja das eine oder andere mit, von dem Sie auch richtig schreiben. Sie sprechen von einer medizinische Überversorgung bei den werdenden Müttern. Ich glaube auch, dass das Gesundheitswesen da sehr viel bietet. Ich stimme Ihnen auch darin zu, wenn Sie es bedenklich finden, dass immer noch bei drei von vier Schwangeren eine Risikoschwangerschaft diagnostiziert wird. Wird da nicht auch den werdenden Müttern zu viel Angst gemacht? Eine Risikoschwangerschaft, wo beginnt sie, kann man das am Alter festmachen, kann man das an einer bestimmten Krankheit während der Schwangerschaft festmachen? Dazu hätte ich gerne noch etwas von Ihnen gehört.

Und dann zu Herrn Professor Fegert: Sie haben gesagt, in der frühen Kindheit haben oft nur Fachkräfte im Gesundheitsbereich wie etwa Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte Kontakt zu den Eltern. Das ist völlig richtig. Aber sind das nicht gerade die Gruppen, die die jungen Mütter oder die jungen Eltern begleiten und auch darauf hinweisen müssen, wenn psychologische Probleme oder Fehlentwicklungen der Kinder erkennbar sind? Muss man da nicht vor allen Dingen die Kinderärzte mehr stärken und ihnen andere Möglichkeiten geben, wenn beispielsweise die Eltern trotz Ermahnung des Kinderarztes ihr Kind nicht bei einem Spezialisten vorstellen. Genauso, wenn die Kinder dann in der Krippe sind. Ich glaube, das hatten Sie gesagt, Frau Becker-Stoll, dass durch ein fehlendes Konzept in einer Krippe den Kindern auch Schaden zugefügt wird, weil sie in ihrer Entwicklung nicht weiterkommen. Habe ich Sie da richtig verstanden? Vielleicht könnten Sie das noch einmal erläutern.

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Vielen Dank, Herr Pols. Ich stimme Ihnen in Ihrer Einschätzung völlig zu. Die Zahl ist deutlich zu hoch. Sie hatten auch nach den Kriterien gefragt. Also, es geht darum, ob das Alter zu hoch oder zu niedrig ist. Ab 35 ist die Obergrenze, was natürlich nicht der Tatsache Rechnung trägt, dass sich das Fertilitätsverhalten in der Gesellschaft verändert

hat. Es gibt auch diverse Vorerkrankungen; möglicherweise wird das Herr Fegert im Einzelnen besser beurteilen können. Ich hatte nur vor etwa einem Jahr eine Diskussion mit dem Landesvorsitzenden einer gynäkologischen Fachgesellschaft, und der hat dann schließlich gesagt, jetzt hören Sie endlich auf, es ist alles Quatsch, wir werden als Gynäkologen einfach unterbezahlt und müssen zu diesem Mittel greifen. Es ist natürlich ethisch höchst unverantwortlich, dass im Grunde pekuniäre Interessen die Diagnose bedingen. Herr Pols, ich bin mir sicher, dass Sie und Ihre Frau über genug eigenes Reflexions- und Ressourcenpotenzial verfügen, um diese Belastungen auffangen und die Klassifizierungen der Risikoschwangerschaft entsprechend relativieren zu können. Aber das große Problem ist, dass damit ein systematischer Prozess der Verunsicherung eingeleitet wird, und je ressourcenschwächer die jungen Mütter sind, desto stärker werden sie verunsichert. Das hat dann auch Folgen für all das, was wir für den späteren Bindungsaufbau als enorm wichtig erachten. Das intuitive Elternverhalten und das Selbstbewusstsein werden im Grunde systematisch demoralisiert, wenn über die Medikalisierung alles externalisiert wird und man mit Dingen konfrontiert ist, die man lebensweltlich als junge, angehende Mutter nicht integrieren kann. Wenn man dann nicht das notwendige Umfeld und nicht die psychosoziale Unterstützung hat, wird man dadurch in hohem Maße verunsichert, und das führt in der Folge dazu, dass man auch im Verhalten gegenüber dem Kind verunsichert ist. Und das ist wiederum ein großes Problem, wenn es keine Unterstützungsstrukturen gibt, die das auffangen. Im schlimmsten Fall gerate ich dann in die nächste Diagnose, als postpartal depressiv. Obwohl die Frau nur einen normalen – ich sage mal – „Baby-Blues“ erlebt, wird gleich alles sehr stark aufgeblasen und nach außen gebracht. Das ist eine grundsätzlich falsche Orientierung, die uns auch immer weitere Kosten verursachen wird und die die Leistungserbringer ihrerseits überfordert, ohne in der Umkehrung positive Ansätze geben zu können. Deswegen müssen wir dringend an diesen Paragraphen etwas ändern. Der Gemeinsame Bundesausschuss bemüht sich schon seit gut zwei Jahren, die Zahl der Risikoschwangeren zu reduzieren. Das blieb bislang ohne großen Erfolg, weil es natürlich zähe Prozesse sind, die auch andere Interessen mit bedienen. Da ist der Gesetzgeber entschieden gefordert, dieser anbieterzentrierten Logik entgegenzutreten und das nutzerorientiert zu definieren. Im großen Maßstab geht es vor allem darum, beispielsweise über ein Gesundheitsförderungsgesetz ein Anreizsystem und einen starken Akteur zu schaffen, der auf diese Schnittstellenproblematik positiv eingeht, von einem Ansatz der Ressourcenstärkung ausgeht und gleichzeitig die defizitorientierten Ansätze relativiert. Danke.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Ich mache gleich bei der Gesundheitsförderung weiter. Ich denke, es ist ein bisschen komplizierter, obwohl ich mich in vielen Punkten anschließen würde. Das Problem ist, wenn wir allgemeine Prävention betreiben, dann erreicht die immer alle. Ist gut gemeint, hat aber messbar nur geringe Effekte. Ich nenne das manchmal Faltblättchenprävention. Wir erleben das im Alltag sehr oft. Das sind richtige Statements, aber sie erreichen die Falschen. Gerade bei der Suchtprävention ist das sehr gut untersucht. Wollen wir effektiv Prävention oder Frühintervention betreiben, kommen wir an einer Risikodefinition nicht vorbei, und dann sind wir immer in der Gefahr, die Gruppe auch zu stigmatisieren. Von der Risikodefinition hängt es bei uns auch ab, das haben Sie jetzt gerade beschrieben, ob Geld fließt oder nicht. Wir kommen aber an der Risikodefinition irgendwo nicht vorbei und ich denke, das ist ein sehr wichtiger Punkt.

Ihre Frage an mich war, was passiert, wenn der Arzt Risiken erkennt. Muss er da nicht auch ein bisschen schubsen, und wenn das Schubsen nicht reicht, auf andere Weise Kontakt in ein anderes System herstellen. Das ist ja genau das, was wir in den Runden zum Bundeskinderschutzgesetz derzeit intensiv diskutieren. Das ist kein neues Thema, Herr Tauber, seit 25 Jahren arbeite ich an dieser Schnittstelle. Damals, als das Kinder- und Jugendhilfegesetz das erste Mal beschlossen wurde, war die Große Lösung noch im Referentenentwurf enthalten und starb hier im Parlament in den letzten Ausschussberatungen. Es ist kein neues Thema, aber wir haben große Probleme, wie wir Wahrnehmungen im Gesundheitswesen weiter vermitteln. Das liegt daran, dass in gut gemeinter Intention sechzehn Bundesländer jetzt eigene Bundeskinderschutzgesetze gemacht haben. Ich war vier Jahre lang hier Studiendekan der medizinischen Fakultät. Wie soll ich Medizinstudenten ausbilden, wenn ich sage, in Bayern müsst ihr an das Jugendamt melden, und das steht im Veterinärgesetz. In Baden-Württemberg gibt es eine Güterabwägung, wo ihr zuerst mit den Eltern reden sollt, ähnlich wie im Gesetz von Rheinland-Pfalz, und so weiter. Das merkt sich kein Student. Für solche schwierigen Situationen brauchen wir eine bundeseinheitliche Regelung, zum Beispiel im Bundeskinderschutzgesetz. Das große Problem für Ärzte ist, solche Fälle anzusprechen. Es gibt keinen besseren Weg als die Kommunikation. In 80 bis 90 Prozent der Fälle erfordert das gar keinen Bruch der Schweigepflicht, aber man muss das andere System kennen und auch wissen, was die anderen anzubieten haben. Wenn ich diese Probleme nicht definiere – wir stellen im ganzen Gesundheitswesen keine Misshandlungs-, keine Vernachlässigungs- und keine Missbrauchsdiagnosen, obwohl in der ICD-10 bestimmte Codes dafür vorgesehen sind. Das liegt an der Rückholpflicht nach § 294a SGB V, weil sonst die Krankenkasse sich bei fremdverursachten Schäden an die Staatsanwaltschaft wendet, um den Täter zu ermitteln – in Fällen, wo wir aber eigentlich in einem Beratungskontext sind. Im BMG ist das bereits zigfach vorgetragen, das BMG ist zu den Runden gar nicht erschienen, als das BMFSFJ eingeladen hat. Als Vertreter des Gesundheitswesens schäme ich mich teilweise, wie stur hier aneinander vorbeigearbeitet wird. Wenn wir hier Verbesserungen wollen, dann müssen die Ministerien wirklich an einem Strang ziehen.

PD Dr. Fabienne Becker-Stoll (Staatsinstitut für Frühpädagogik): Eine Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes in außerfamiliärer Betreuung, insbesondere bei den ganz jungen Kindern, sehen wir im Moment als größere Gefahr vor allem bei der Aufnahme von unter Dreijährigen in Regelkindergärten, zum Beispiel in eine Gruppe von 28 Kindern. In manchen Bundesländern kann das passieren, und da muss man genau darauf achten, wie die Ressourcen, die Rahmenbedingungen und die Qualität sind. In der Krippe auch, wenn Ressourcen, Rahmenbedingungen und Qualität nicht stimmen. Dazu können viele Ursachen führen, zum Beispiel akuter Personalmangel in Ballungszentren.

Prof. Dr. Ute Thyen (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Ist es erlaubt, einen Kommentar zu der Runde zu machen?

Vorsitzende: Sie haben noch eineinhalb Minuten, falls Sie etwas anfügen möchten.

Prof. Dr. Ute Thyen (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Ich wollte nur kurz etwas zu der Medikalisierung von sozialen Problemen sagen. Ich glaube, ich kann Ihnen da im Wesentlichen Recht geben, aber die von Ihnen gezogene Konsequenz ist falsch. Die Menschen rennen uns die Bude ein, die Familien, die Eltern von jungen Kindern mit Entwicklungsproblemen, die haben massiv Sorgen. Wir Ärzte beklagen ja gerade das Nichtvorhandensein von kompensatorischen Strukturen, so dass sie gar nicht erst in die Arztpraxis gehen würden. Wenn sie aber einmal bei uns sind, dann kann man uns nicht sozusagen zum Beelzebub machen und sagen, sie dürften gar nicht bei uns sein. Dann müssen konkrete Vorschläge gemacht werden, wo sie denn sein sollten.

Vorsitzende: Damit ist diese Fragerunde abgeschlossen und wir kommen zur nächsten Fraktion, nämlich der SPD. Frau Rupprecht, bitte.

Abg. **Marlene Rupprecht** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Sehr geehrte Sachverständige, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ich bin froh, dass wir heute den 13. Kinder- und Jugendbericht in diesem Ausschuss beraten. Ich hätte es schön gefunden, wenn der Gesundheitsausschuss auch da wäre. Wir haben ihn eingeladen.

Vorsitzende: Der Gesundheitsausschuss hat eine parallele Anhörung. Das ist nicht zu ändern.

Abg. **Marlene Rupprecht** (SPD): Ja, zur Reform des Gesundheitswesens. Aber es wäre schön gewesen, weil es doch mehr als notwendig wäre, die beiden Bereiche viel enger zu verzahnen. Also, auch hier im Hause könnte die Kooperationsbereitschaft noch gesteigert werden. Bei Ihren Stellungnahmen ist mir eben deutlich geworden, dass Sie sich auch untereinander nicht einig sind, und deswegen meine Nachfrage. Was ist denn notwendig? Setzen wir bei den Defiziten an oder setzen wir prinzipiell und generell an bei den Hilfen für alle entstehenden und jungen Menschen, vor der Geburt bis zu 27 Jahren – denn das ist der Bereich des Kinder- und Jugendgesetzes? Und welche Fachlichkeit brauchen wir dann, um im Einzelnen zu helfen? Ich denke jetzt an ein Schreikind; es kann auch in einer wunderbar ausgeglichenen Familie vorkommen, dass es ein Schreikind ist. Da werden Sie verrückt und brauchen Hilfe, und zwar Hilfe, die niederschwellig und nicht diskriminierend ist. Ich dachte, in der Fachwelt ist es inzwischen klar, wir setzen nicht am Defizit an, sondern wir sagen generell, Familien brauchen Unterstützung und Hilfen. Dazu würde ich gern Professor Keupp, aber auch Professor Fegert noch einmal hören.

Ein weiterer Punkt ist für mich auch die Frage, wo das festzumachen wäre. Frau Professor Thyen, Sie haben das am § 16 KJHG festgemacht, also sehr niederschwellig bei der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie. Die Hilfen zur Erziehung fangen erst bei § 27 an. Ich selbst fände es beim § 16 sehr gut; vielleicht können Sie einfach noch einmal erläutern, warum Sie es dort ansiedeln. Und die große Frage ist, könnten Sie uns Politikern jetzt noch ein Rezept geben, wie dieser Paradigmenwechsel zu schaffen ist – weg vom Denken aus der Perspektive der Institution und des Leistungsträgers, hin zum Denken aus der Perspektive des Bürgers und der Bürgerin, des Kindes. Wir

müssen noch viel arbeiten, wenn wir diesen Wechsel als politisches Leitmotiv etablieren wollen. Vielleicht könnten Frau Professor Wacker und Herr Professor Geene etwas dazu sagen.

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München): Liebe Frau Rupprecht, ich glaube, es ist ganz notwendig, dass wir das Denken in Risikolagen und auch in Defiziten, das wir bisher gewohnt sind, jetzt nicht einfach entwerfen. Natürlich brauchen wir auch die Risikoperspektive. Was aber dringend notwendig ist – und wir haben versucht, das im Bericht deutlich zu machen – ist eine Denkweise, die auch auf die Ressourcen schaut. Wir wissen sehr viel über das, was positiv möglich ist und sein sollte. Das Hauptproblem ist, dass unsere Systeme nach wie vor von einer Defizitorientierung bestimmt sind. Herr Fegert hat es zu Recht angesprochen, so wie unsere Systeme im Augenblick aufgestellt sind, wird es an bestimmten Punkten gar nicht vermeidbar sein, eine bestimmte Form der Risikofeststellung vorzunehmen.

Aber ich bin fest davon überzeugt, dass wir ein gutes Wissen haben. Wir müssen von den Kindern her denken, wie Sie es auch angesprochen haben. Aus meiner Sicht ist es ein großes Problem, dass die Bundesrepublik der UN-Kinderrechtskonvention bisher nur halbherzig beigetreten ist. Das ist ein zentraler Denkmodus, der danach fragt, was Menschen brauchen, um gesund auf den Weg zu kommen, und darüber haben wir viel Fachwissen. Der entscheidende Punkt wird sein, wie es uns gelingen kann, dieses Fachwissen jetzt auf den verschiedenen Entwicklungsstufen von Kindern und Jugendlichen zu nutzen. Am weitesten sind wir im Augenblick bei der Frühen Förderung; da haben wir starke und gute Wissensbestände, wir haben auch gute Praxisansätze. Wie ich schon vorhin gesagt habe: Das Problem ist, wie es uns gelingen kann, sozialraumorientiert Early Excellence-Projekte oder Kindertageszentren, wie man sie in München nennt, in der gesamten Republik auf den Weg zu bringen und dort Familien mit mehrfacher Benachteiligung, auch Familien, in denen Kinder mit Behinderungen leben, von vornherein in eine Förderstruktur einbeziehen, die danach fragt, was sie brauchen, um gut auf den Weg zu kommen. In einem Early Excellence-Zentrum wird nicht gefragt, welche Risikoschwangerschaft hast du hinter dir oder welches Problem hast du mit deinen Kindern. Es sind alle eingeladen. Wir müssen einfach ernst nehmen, dass heute Familien anders aufgestellt sind als noch vor 25 oder vor 50 Jahren. Darüber brauchen wir gar nicht jammern und klagen. Es ist eine andere Familienstruktur entstanden, und die erfordert auch eine andere öffentliche Verantwortung für Familien. Es macht überhaupt keinen Sinn, sich über alle möglichen Konzepte auf der moralischen Ebene zu unterhalten. Wir brauchen eine systematische Förderstruktur in den sozialen Räumen für alle Kinder und Jugendlichen, und dort muss auch das Fachwissen bei den entsprechenden Professionen verbessert werden. Ich mache das mal an den Hebammen fest. Ich finde toll, dass wir die Gruppe der Hebammen haben, ich finde toll, dass sie auch genutzt wird, um jetzt mehr in Richtung Förderung zu machen, aber Hebammen müssen auch anders ausgebildet werden als bisher, denn es kommt eine andere Aufgabenvielfalt auf sie zu. Das nur als Beispiel.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Frau Rupprecht, wahrscheinlich haben wir Sie so besäuselt mit unserem ganzen positiven Gerede über Ressourcen, dass Sie die gesetzliche Lage nicht mehr Blick haben. Die ist rein defizitorientiert. Rechtsansprüche gibt es nur, wenn ich entweder

ein Erziehungsversagen oder Erziehungsprobleme habe, § 27, oder wenn mein Kind eine seelische Störung hat, die zu einer Problematik bei der Eingliederung führt, § 35, oder bei den Regelungen im Behindertenrecht. Wir haben sogar kontraproduktive Anreize, zum Beispiel bei den Pflegestufen. Wenn mein Kind sich durch intensive Förderung verbessert, bekomme ich weniger Geld. Wir haben also die falschen Anreize in den Systemen.

Das Denken ist da, wir haben es lange untersucht. Die Perry Preschool Study zeigt, dass man in allen Systemen, in der Justiz, bei Sucht und Drogen, bei Gesundheit, aber natürlich auch im erzieherischen Bereich langfristige Erfolge bis zu 20 Jahren hat, wenn man nur Mütter dazu bringt, ihren Kindern vorzulesen. Wir brauchen gute Sozialpolitik, wir brauchen nicht immer nur Gesundheitsinterventionen. Manchmal sind die stärksten Interventionen für Gesundheit Interventionen im Bildungswesen und in der Sozialpolitik. Da sehe ich auch das Hartz IV-Urteil des Bundesverfassungsgerichts und die Bewertung für Kinder. Es ist eine ganz entscheidende Frage, wie wir Rahmenbedingungen herstellen, damit nicht alles von dem – ich mag den Begriff „Reparaturbetrieb“ nicht, weil ich ein engagierter Vertreter dieses „Betriebs“ bin und mich für die Kinder einsetze, die wir behandeln. Aber wir müssen natürlich auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen schaffen, dass wir erfolgreich arbeiten können.

Prof. Dr. Ute Thyen (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Sie fragten speziell, warum ich diese Idee hatte, § 16 Sozialgesetzbuch VIII als Ort für die Frühen Hilfen, aber auch für andere präventive Maßnahmen zu nehmen. Der Grund ist genau derselbe wie der für Ihre erste Frage nach Defiziten oder Ressourcen. Es kommt darauf an, auf welcher Systemebene Sie argumentieren. Beides ist ja richtig – es ist kein Entweder Oder, und Sie wissen, wenn auf komplexe Fragen eine einfache Antwort gegeben wird, dann ist sie sicher falsch. Also, wir brauchen einen Ort, wo wir Prävention verankern können. Ich habe mir überlegt, dass es besser ist, das nicht an einem Leistungsanspruch festzumachen, wenn bereits das „Kind in den Brunnen gefallen“ ist, wenn es krank oder behindert oder dissozial geworden ist oder was auch immer, sondern dass es zumindest einen Rechtsanspruch auf Beratung und das Vorhandensein von entsprechenden Hilfen gibt, die dazu beitragen könnten, dass Probleme nicht medikalisiert werden müssen. Das war der Grund, warum ich das dort angesetzt habe. Natürlich brauchen wir auch einen defizitorientierten Ansatz, nämlich dann, wenn die Menschen krank oder behindert oder nicht eingliederungsfähig sind. Aber wir reden ja jetzt hier über die anderen Stufen, universelle oder primäre Prävention, sekundäre oder risikobezogene Prävention, und die würde ich eher im Sinne von Ressourcenstärkung ansiedeln.

Prof. Dr. Elisabeth Wacker (TU Dortmund): Ich wollte noch einmal einen Akzent setzen in Richtung Anreize zum Miteinander. Also, die liegen in der Tat auch auf den Ebenen, wo man keine falschen Anreize setzen oder falsche Anreize bearbeiten sollte. Die Anbieterebene, die Leistungsträgerebene ist genannt worden. Der Kollege Fegert, dem ich mich also nur anschließen kann, hat in seinem Statement noch einmal darauf hingewiesen, dass auch Zonungen, also die Gestaltung von Sozialräumen und deren Leistungsträgerwirken, natürlich Wirkungen zeugen. Das Gegenbeispiel zu Baden-Württemberg ist allerdings NRW, auch die haben positive Wirkungen bei Hochzonung. Die *eine* Lösung gibt es vermutlich nicht, es gibt mehrere. Aber man darf keine Anreize setzen, die auf

Defizitorientierung und nicht auf Ressourcenorientierung gehen. Es ist sozusagen schädlich, miteinander zu agieren und behilflich, gegeneinander zu agieren. Ein Beispiel aus meiner konkreten jahrelangen Forschung ist das persönliche Budget. Ich habe jetzt wirklich umfassende Erfahrungen in der Neugestaltung von „Geldleistungen statt Sachleistungen“ der Behindertenhilfe und wie schwierig es ist, über Systemgrenzen hinweg Leistungen zu gestalten. Sie haben gefragt, was wir empfehlen würden. Ich würde sagen, beides: langen Atem und Ungeduld. Also, auf der einen Seite natürlich daran arbeiten, dass die Systeme diese Gewinne bei Systempermanenz minimiert bekommen. Auf der anderen Seite in der Fachwelt diskutieren, informieren, auf der Sachbearbeiterebene Kompetenz aufbauen. Auch so etwas wie Beratungsstellen; wir haben ja die institutionalisierten, aber die Funktion der Servicestellen ist noch erheblich entwicklungsbedürftig. An diesen Instrumenten weiter feilen und sich auf diesen Wegen bewegen und gelegentlich auch ungeduldig sein und zum Beispiel beim persönlichen Budget die Bundesagentur einmal anweisen, ganz bestimmte Gesetzeslagen wahrzunehmen.

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Ja, primäre Prävention, das ist ja anders als Herr Fegert es gesagt hat. Es sind nicht Flugblätter, sondern das ist ganz gezielt dorthin zu gehen, wo die Risiken kumulieren, beispielsweise in Stadtteile. Das wird ja zum Teil auch schon in der Familienberatung versucht, § 16. Aber die Unterversorgung in dem Bereich ist so groß, dass, wie es meine Kollegin aus Hamburg sagte, die Szene-Ladys immer zuerst da sind. Die, die es gewohnt sind, in diese Einrichtungen zu gehen, sind immer schon da, und dadurch schafft es das nicht, zielgerichtet auf die wirklich Benachteiligten zu sein. So aber funktioniert richtige Setting-Prävention, richtige primäre Prävention: über Settings, über ein zielgerichtetes Angebot der Lebensweltgestaltung für die Menschen. Da gibt es durchaus gute Standards und es ist generell etwas, was sich für alle Bereiche der Transition, also der Übergänge, empfiehlt, wo sich im Grunde eine neue Aufgabe insbesondere für das Gesundheitswesen herausstellt. Ein Akteur dabei könnte ein Gesundheitsförderungsgesetz sein. Das wäre ideal, weil es große Anreizsysteme schaffen könnte. Unterhalb dessen können es aber auch beispielsweise Rahmenvereinbarungen sein, wie bei der Zahngesundheit, § 21 SGB V, mit konkreten Verpflichtungen, die dann auch hinunter auf die kommunale Ebene gehen. Ein anderer wichtiger Akteur ist noch nicht genannt, das sind die gesetzlichen Krankenkassen, die dazu einen Mitauftrag und auch einen Gestaltungswillen haben. Ich verweise hier noch einmal darauf, dass vom AOK-Bundesverband ein solcher Vorschlag vorliegt, der von der Politik aufgegriffen werden müsste.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir kommen jetzt zur Fraktion der FDP. Herr Bernschneider.

Abg. **Florian Bernschneider** (FDP): Vielen Dank auch von meiner Seite für Ihre Stellungnahmen und Ausführungen. Wir haben heute ja schön öfter über die Vielzahl an Maßnahmen gesprochen, an denen es vielleicht auch gar nicht so sehr fehlt und sicherlich auch über die mangelnde Verstetigung, über die man sich beklagen kann. Ich habe aber das Gefühl, dass es an einigen Stellen vielleicht auch gut ist, dass wir noch nicht verstetigen, weil wir eben noch nicht die letzte Lösung gefunden haben. Mir wird immer deutlicher, dass ein Stück weit die Struktur fehlt und dass wir Schwerpunkte an den falschen Stellen setzen. Hier möchte ich ansetzen und Frau Professor Dr. Babitsch eine Frage stellen.

Sie haben in Ihrer Stellungnahme einen lebenslauforientierten Ansatz gewählt. Vielleicht können Sie noch einmal ausführen, wie man hier ansetzen könnte. Und eine zweite kurze Frage an Professor Dr. Keupp: Sie haben die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen angesprochen. Wenn Sie das noch einmal näher ausführen könnten.

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Charité Berlin): Einführend möchte ich sagen, wir haben es hier mit Konzepten zu tun, zu denen wir auch wissenschaftlich Evidenz haben, zur Gesundheitsförderung, zum *Empowerment* und so weiter. Wir erfinden heute hier nicht das Rad von Neuem. Wir haben wirklich gute Grundlagen, die wir nutzen können, und da gehört auch die Lebenslaufperspektive mit hinein, kombiniert natürlich mit den Lebenslagen, also mit dem sozioökonomischen Kontext, in dem die Menschen leben.

Wenn die Mittel knapp sind, stellt sich oft die Frage, wo packt man das Geld jetzt hin. Zurzeit sind es die Frühen Hilfen, und die Jugendlichen sind natürlich auch eine Gruppe, die unsere Aufmerksamkeit benötigt. Wir hatten vor kurzem im WZB eine Veranstaltung, wo es auch um das gesunde Aufwachsen ging. Herr Professor Bertram sagte – und das ist auch aus der Resilienzforschung eindeutig bekannt – dass es nichts nützt, wenn wir sozusagen punktuell fördern, also, man geht rein, man geht raus. Wir wissen auch, dass Armut zwar nicht für alle, aber für viele eher ein dynamischer Prozess ist. Es ist eine passagere Phase im Lebenslauf. Ich glaube, wir müssen bei der Überlegung ansetzen, was Kinder eigentlich brauchen, und da haben wir auch wirklich gute wissenschaftliche Evidenz. Das ist jetzt mit diesen Altersgruppen aufgefächert worden, was also in welcher Altersgruppe die Maßnahmen sind und auch wie die Verschränkung in die nächste Altersgruppe ist. Raimund Geene erwähnte gerade die Statuspassagen. Ich glaube, dass wir an der Stelle noch nicht zusammengeführt haben, was wir an Evidenz und auch an Wissen tatsächlich haben. Wenn wir jetzt in Richtung von Rahmenvereinbarungen und Zielen überlegen, sollten wir bündeln, was wir wissen und auch wirklich Verbindlichkeiten schaffen. Ich bin nicht nur für quantitative Ziele, aber *auch* für quantitative Ziele, denn wenn man es messen kann, kann man leichter nachweisen, was man erreicht hat und was man nicht erreicht hat, wo es noch Anstrengungen braucht.

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München): Herr Bernschneider, das Geschlechterthema ist keine kleine Frage. Ich will an die KiGGS-Daten anknüpfen, die uns geleitet haben. Dabei kommt relativ deutlich heraus, dass die gesundheitlichen Belastungen und die Risikokonstellationen für Mädchen und Jungen sehr unterschiedlich sind, insgesamt für Jungs höher als für Mädchen. Man darf natürlich auf keinen Fall sagen, die Mädchen wären längst aus dem Schneider. Das sind sie natürlich nicht. Das ganze Thema der Ernährungsprobleme ist bei den Mädchen viel deutlicher ausgeprägt. Generell wird man einfach sagen müssen, dass heute Jungs mit dem Erwachsenwerden, mit dem Aufwachsen noch sehr viel mehr Probleme haben als Mädchen. Das hat sicher etwas mit einer großräumigen Veränderung der Geschlechterordnung zu tun. Man könnte es ja positiv sehen und sagen, dass Mädchen jetzt eben deutlich besser zurechtkommen, dass sich jetzt etwas über die veränderte, die gewollte und gewünschte und erkämpfte Veränderung der Geschlechterordnung ausdrückt. Aber wie

auch immer man das einbetten mag, es zeigt einfach, dass wir unterschiedliche Strategien entwickeln müssen, die dann auch die besonderen Probleme von Jungen und Mädchen in den Blick nehmen.

Abg. **Florian Bernschneider** (FDP): Ich habe noch eine Frage an Herrn Dr. Lüders. Sie haben die Vernetzung der Akteure angesprochen und dass nötiges Fachwissen auf allen Seiten vorhanden sein muss, um überhaupt miteinander in den Dialog zu kommen. Sind Ihnen aus der Praxis Beispiele bekannt, wie das funktionieren kann?

Dr. Christian Lüders (DJI): Es gibt in der Praxis eine ganze Fülle von Beispielen. Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich Dormagen so loben würde, wie das andere tun. Aber es gibt natürlich viele Bemühungen, die auf einer ganz konkreten Ebene anfangen. Wir machen gemeinsame Schulungen für Personal aus beiden Bereichen. Wir schaffen gemeinsame Gremien, Planungsausschüsse, wo Ärzte, der öffentliche Gesundheitsdienst, soweit er überhaupt noch existiert, Kinder- und Jugendhilfe, Jugendamt und Gesundheitsamt zusammensitzen. Es gibt eine Fülle von Modellprojekten. Bei all diesen Dingen muss man aber immer sagen, dass es persönliches Engagement von Einzelnen ist und punktuelle – durchaus auch gut ausgestattete – Modellprojekte, die irgendwann auslaufen. Das entscheidende Problem wird sein, sie in Regelstrukturen zu überführen, sie dort zu einem Standard zu machen und das dann wirklich abzusichern. Wir haben da ganz lebenspraktische Probleme. Jeder Arzt wird nur dann tätig, wenn er seine Tätigkeit bezahlt bekommt. Ein Jugendamtsmitarbeiter kann das ein bisschen großzügiger handhaben. Wie finanziert man Kinderärzte, die in solchen Netzen sind? Das ist bis heute nicht geregelt. Manche machen das mit eigenem Engagement, aber im Grunde haben wir dort ein Strukturproblem, und das könnte man an vielen anderen Stellen ähnlich sehen. Dort, wo Ämter im Hintergrund sind, geht es immer noch. Aber wie gesagt, der öffentliche Gesundheitsdienst ist ein ernsthaftes Problem, das muss man ganz deutlich sagen. Dort, wo wir Partner haben, die sich privatwirtschaftlich finanzieren müssen, haben wir ein großes Problem. Dort ist es das Engagement, aber wir brauchen eine Absicherung der Netzwerke, weil sonst diese Kooperation auf Dauer nicht funktioniert. Irgendwann ist dieses Engagement erschöpft.

Abg. **Florian Bernschneider** (FDP): Wir haben heute auch schon öfter über die steigenden Diagnosen von ADHS gesprochen und dementsprechend die zunehmende Verschreibung von Ritalin. Mich würde interessieren, wie man in einer ärztlichen Praxis damit umgeht, was man da vielleicht tun kann, um diesem Phänomen Herr zu werden.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Der KiGGS-Survey, auf den sich Herr Keupp ja auch bezogen hat, zeigt die Zahlen für Deutschland, und nach den gängigen diagnostischen Kriterien ist ADHS ein sehr häufiges Problem. Da stellt sich aber auch schon die Frage, wie ich die definiere. Nehme ich die amerikanischen Kriterien, dann haben wir drei Mal so viele auffällige Kinder, nehme ich die ICD-10-Kriterien, habe ich weniger. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte sich entschlossen, auch die amerikanischen Kriterien für Deutschland gelten zu lassen. Würde man das wieder aufheben, wäre – aus meiner Sicht – das ganze Problem weg. Die ansteigenden Ritalin-Verschreibungen sind zum Teil nur ein Trend zur Normalisierung, nämlich dass die Kinder, die

behandlungsbedürftig sind, auch eine Behandlung bekommen. Wir sehen aber regional extreme Differenzen. Es gibt Regionen in Deutschland, wo es eigentlich überhaupt keine Verschreibungen gibt, und es gibt Regionen, wo es Überverschreibungen gibt. Auch da muss man detaillierter hinschauen. Wir haben das mit der Versorgungsepidemiologie der Krankenkassen gemacht, und das ist sehr interessant. Es gibt teilweise sehr aktive Elterngruppen, da gibt es dann immer mehr auffällige Kinder, da gibt es immer mehr Verschreibungen. Das ist sicher ein Problem. Aber ich würde genauso die Regionen, wo es keine Versorgung für diese Kinder gibt, als Problem ansprechen. Das Grundproblem bleibt: Warum schafft es unsere Schule nicht, Kinder besser zur Aufmerksamkeit zu erziehen? Und da muss man sagen, es besteht einfach auch biologisch, neurologisch ein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Mädchen können mit sechs Jahren leichter stillsitzen und auch ausmalen, all die Sachen, die in der Vorschule und der ersten Klasse gefordert werden, während viele Jungen da noch zappelig sind. Da haben die schon ihre Misserfolgserlebnisse. Mit acht könnten sie es genauso. Da muss man sich vielleicht auch curricular Dinge überlegen, sonst kitzelt man diese Auffälligkeiten heraus, statt sie glattzubügeln.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir kommen zu der Fraktion DIE LINKE., Herr Wunderlich.

Abg. **Jörn Wunderlich** (DIE LINKE.): Diagnostisch ist der Bericht gut. Danke, dass Sie alle da sind. Ich komme gleich zu den Fragen.

Herr Geene, Sie haben vorhin in Ihrem Eingangsstatement gesagt, die Schere sozialer Ungleichheit entwickelt sich weiter und wir kleben Pflaster auf Wunden, die andere geschlagen haben. Ich habe zwei Fragen an Herrn Geene und Herrn Keupp. Die Frage an Herrn Keupp ist im Grunde eine Wiederholung aus dem letzten Sachverständigengespräch hier im Ausschuss. Ich glaube, einige haben das nicht richtig verstanden, vielleicht habe auch ich es nicht richtig verstanden. Der Kinder- und Jugendhilfebericht spricht ja teilweise auch von wachsender Kinderarmut. Ich hatte schon letztes Mal erwähnt, Staatssekretär Dr. Kues hat im Dezember 2008 gesagt, die Situation für Kinder und Jugendliche verbessert sich. Bezogen auf Kinderarmut wollte ich jetzt noch einmal fragen, wer denn nun Recht hat – der Bericht, dass die Kinderarmut gestiegen ist, oder das Ministerium, das sagt, da entwickelt sich etwas Positives? Wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie im letzten Expertengespräch gesagt, die Kinderarmut steigt und die Regierung hat im Grunde nicht genug dagegen getan. Ist das so richtig? Eine weitere Frage an Herrn Geene: Die soziale Benachteiligung und Armut, insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund, ist auch immer in hohem Maße mit gesundheitlichen Belastungen verbunden. Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht kurz- und mittelfristig notwendig, um diesen Zustand aufzubrechen und nicht immer nur – wie Sie sagten – Pflaster auf die Wunden zu kleben, die andere geschlagen haben.

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Herr Wunderlich, vielen Dank für die Frage. Grundsätzlich ist die Diagnose eindeutig, und das manifestiert sich auch gerade durch die jüngsten Beschlüsse, die dahin gehen, dass man das Elterngeld auf Hartz IV-Bezüge anrechnet. Das allein führt natürlich schon dazu, dass hier wieder eine erhebliche Summe herausgenommen wird, gerade in

den Bevölkerungskreisen, wo es um jeden einzelnen Euro geht. Das ist eine sehr unglückliche Tendenz, die sich jetzt schon seit Jahren entwickelt. Zuvor gab es drei Jahre Erziehungsgeld für Einkommenslose, jetzt nur noch ein Jahr, und jetzt wird es ihnen sogar vollständig auf Hartz IV angerechnet. Das ist natürlich unter dem Aspekt eine Katastrophe und diese Wunde wird derartig groß sein, dass wir dafür kein Pflaster geschnitten bekommen. Zudem führt die höhere Fertilitätsrate in sozial benachteiligten Bevölkerungskreisen schon zwangsläufig dazu, dass der Personenkreis mit weniger Geld einen immer größeren Anteil einnimmt. Auch im internationalen Vergleich wird immer wieder aufgezeigt, dass Deutschland zwar noch nicht nach den absoluten Zahlen an der Spitze liegt, dass aber das Auseinanderklaffen der Schere besonders ist groß ist. Mit einer konkreten Politik wie Skandinavien oder Dänemark sie betreiben, kann das verhindert werden.

Trotzdem kann man fragen, was wir sozusagen aus unserem beschränkten Einflussbereich daraus machen können. Das ist ganz wesentlich eine Frage der Lebensweltgestaltung. Lebensweltgestaltung bedeutet in dem Sinne eben den Setting-Ansatz. Leider ist noch immer nicht der Anteil erreicht, den sich auch die Krankenkassen als Selbstverpflichtung auferlegt haben, nämlich 50 Cent pro Jahr pro Versichertem für nichtbetriebliche Settings auszugeben. Diese Zahlen stagnieren sogar. Insgesamt ist dabei auch ein wichtiger Punkt, dass man die Möglichkeit der Transitions-Begleitung nutzt. Das Gesundheitswesen hat eine ganz explizite Aufgabe, die die Transitions-Problematiken sowohl rund um die Geburt als auch beim ersten Kita-Besuch und auch später im Einschulungsprozess und im beruflichen Einfädelungsprozess betreffen. Hier sind ganz besonders hohe Ressourcen-Potenziale, die durch eine gezielte Transitionsforschung und entsprechende Förderung an diesen Schnittstellen unterstützt werden könnten. Danke.

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München): Ich will mich hier natürlich auf keinen Fall mit dem Staatssekretär anlegen, aber um das Thema „Armut“ wird immer eine heiße Debatte geführt. Ich denke, der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zeigt, dass wir es nicht überdramatisieren müssen. Aber dass hier schon eine Beruhigung festzustellen ist, kann ich überhaupt nicht erkennen. Wir müssen natürlich auch fragen, was wir unter Armut verstehen. Wir verstehen unter Armut nicht nur die materielle Armut, sondern im Bericht betrifft ein ganz wichtiger Teil – übrigens wie auch im Armuts- und Reichtumsbericht – die Verwirklichungschancen. Wenn wir heute von Kindergrundsicherung reden, dann meinen wir nicht nur die finanzielle Seite, die wichtig genug ist, sondern wir meinen auch die psychosozialen Grundvoraussetzungen, um gesund aufzuwachsen. Hier würde ich an das anknüpfen, was Raimund Geene eben gerade als Gerechtigkeitsdefizit angesprochen hat. Der große englische Forscher Wilkinson hat in mehreren Studien gezeigt, dass in Gesellschaften, wo die Verteilung von Gütern, welcher Art auch immer, im Gerechtigkeitsfeld immer weiter auseinanderrückt, die psychosozialen und gesundheitlichen Probleme wachsen. Das müssen wir im Blick haben. Von daher sage ich, diese Gerechtigkeitslücke ist größer geworden. Ob man das jetzt im Sinne einer dramatischen Zunahme der materiellen Armut definieren kann, ist für mich nicht der entscheidende Punkt. Hier ist tatsächlich ein Blick notwendig, der nicht nur an dem einen oder anderen Euro festgemacht werden sollte.

Abg. **Heidrun Dittrich** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Professor Wacker, Herrn Professor Geene und Herrn Professor Fegert. Wir haben gerade im letzten Redebeitrag gehört, ohne Geld geht es nicht. Es hängen auch die Professionen, die Ressorts, die Ministerien zusammen. Das heißt, Gesundheitsprävention kann nicht ohne Sozialarbeit auskommen, Sozialarbeit kann ohne mehr Personal und ohne mehr Qualifikation des Personals nicht wirkungsvoll werden. Das Ganze kann auch nicht unter dem Streichkonzept der Bundesregierung funktionieren, das wir hier im Bundestag wahrscheinlich beschließen werden, so dass weniger Geld in die staatlichen Sicherungssysteme läuft und weniger Geld in die Kommunen, die das nämlich umsetzen müssen. Die Kinder- und Jugendhilfe gehört eben nicht zum Bildungsbereich. Sie gehört immer noch zum Sozialbereich, und dort wird gestrichen.

Meine Frage wäre jetzt: Öffentlichkeit schützt. Öffentlichkeit nützt. Unter dem Anspruch, dass die steuerliche Umverteilung nicht von unten nach oben kommen wird, obwohl es DIE LINKE. ja beantragt, wäre ich dafür, die Große Lösung mit dem Gesundheitspräventionsgesetz unter der Verantwortung der Jugendhilfe zu fahren. Dabei sind zwar erst zwei Bereiche betroffen. Was absolut fehlt, ist der Bildungsbereich, und was dabei immer noch fehlt, ist dann der Bereich der Jugendarbeitslosigkeit. Jugendliche haben auch Probleme mit ihrer Perspektive, nicht nur arbeitsplatzbetreffen, nicht nur Hochschulzugang, sondern auch Umwelt, Ökologie, wie geht es weiter. Wir brauchen noch Zeit für die Antworten, deshalb möchte ich aufhören. Wie halten Sie es für durchsetzbar, die Große Lösung....

Vorsitzende: Frau Dittrich, ich darf einhaken. Die Zeit ist schon überschritten und wir können in dieser Runde die Antworten nicht mehr hören. Ich würde vorschlagen, dass wir die Antworten deshalb in die nächste Runde verschieben. Wir kommen dann zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch im Namen meiner Fraktion vielen herzlichen Dank für alle Stellungnahmen und für die Inputs. Das ist für uns sehr hilfreich in unserem Umgang mit den Ergebnissen dieses sehr wichtigen Berichts und unserer Weiterarbeit an diesem Thema. Ich habe Ihren Stellungnahmen entnommen, dass es einen sehr breiten Konsens zur Frage der Großen Lösung gibt. Natürlich muss man auch die Bedenken ernst nehmen, die von den unterschiedlichen Seiten geäußert werden, wenn man über die Große Lösung spricht. Ich würde gern Herrn Professor Fegert noch einmal fragen, was eigentlich die Gelingensbedingungen sind, was man bedenken muss, wenn man tatsächlich eine Große Lösung auf den Weg bringen möchte. Was kann man den Leuten entgegensetzen, die argumentieren, es komme zu Leistungseinbußen oder zu deutlich höheren Kosten. Die zweite Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Professor Fegert. Angesprochen wurden auch die Kinder chronisch kranker Eltern. Nach meiner Wahrnehmung ist das eine Gruppe, die relativ wenig Aufmerksamkeit erhält. Welche Implikationen müssten die Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendbericht jetzt konkret für die strukturelle Versorgung von Kindern chronisch kranker Eltern haben?

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm) Vielen Dank, Frau Dörner. Ihre erste Frage galt den Gelingensbedingungen. Das Erste wäre eigentlich, dass die Einrichtung, die dann das Amt für alle Kinder wäre, das Jugendamt, sich wirklich von Herzen auch für alle Kinder zuständig fühlt. Ich erinnere mich, als der § 35a, die Kinder mit seelischer Behinderung, in die Jugendhilfe kam, gab es zuerst einmal einen Aufschrei: Brauchen wir diesen Paragraphen, brauchen wir überhaupt diese Gruppe? Da brauchen wir ja andere Kompetenzen! Zum Glück ist das heute nicht mehr so. Ich denke, wie Herr Lüders schon gesagt hat, es muss zunächst einmal einen Kompetenzzuwachs geben und wahrscheinlich wird Jugendhilfe dann auch nicht ohne medizinische Kompetenz auskommen. Man kann keine vernünftige Hilfeplanung machen, wenn man die Empfehlungen nicht einschätzen kann. Der zweite Punkt bei den Gelingensbedingungen, der schon von Herrn Lüders betont wurde, ist die Bedeutung von Partizipation, von Teilhabe. Und hier haben wir teilweise Kinder kranker Eltern – das führt auch schon zu Ihrer zweiten Frage. Oft können sich Eltern, aus welchen Gründen auch immer, nicht hinreichend für ihre Kinder einsetzen. Wenn sie es tun und solche Experten sind, wie Herr Müller-Fehling das beschrieben hat, dann ist es ja wunderbar. Aber was machen wir mit den Kindern, die nicht so kompetente Eltern haben? Letztendlich braucht dieses dann alleinzuständige Amt vielleicht auch einen Gegenpart, der professionell die Kindsposition übernimmt; ich nenne es mal spekulativ einen Verwaltungsverfahrenspfleger oder -betreuer, irgendjemand, der ein integriertes Konzept macht. Wichtig ist aber, dass das nicht derjenige ist, der gleichzeitig Leistungen anbietet, sonst haben wir wieder falsche Anreize. Der Lobbyist für die Kinder darf nicht der sein, der auch die Förderleistung anbietet, sondern es muss eine unabhängige Instanz sein. Vernetzungsarbeit ist anstrengend, kostet Zeit und Geld, und das müsste in Stellenplänen ausfinanziert sein. Bei uns in der Klinik machen wir beispielsweise ganz viel, wir gehen in viele Gremien, das kommt aber in der Arbeitsplatzbeschreibung nicht vor. Das heißt, es basiert bisher immer noch auf gutem Willen. Es müsste aber irgendwie abrechenbar sein und in allen Systemen zur Professionalität gehören. Das sind die Gelingensbedingungen.

Ich komme dann zu der zweiten Frage: Kinder chronisch kranker Eltern. Die haben ja oft auch schwere soziale Einbußen, werden im Erwachsenenleben ausgegliedert, frühberentet. Wenn wir überhaupt von Medikalisierung sprechen, müssen wir uns einmal bei den Erwachsenen ansehen, wie viele soziale Probleme derzeit durch Frühberentung und durch medizinische Behandlungen medikalisiert werden. Diese Eltern haben oft einen ganz schweren Zugang zu Hilfen. Ein weiteres Problem ist, und da möchte ich an unsere Kollegen appellieren, die Erwachsene behandeln, dass in der Erwachsenenmedizin die Familie quasi gar nicht vorkommt. Wir als Kinder- und Jugendmediziner, da darf ich Frau Thyen sicher mit ins Boot holen, fragen immer nach der Familie und wir können ohne die familiären Bedingungen nicht behandeln. Wir haben in erwachsenen-psychiatrischen Kliniken Studien gemacht und gefragt, ob die Patientinnen nach ihren Kindern befragt werden. Das machen die Erwachsenen-Kollegen nicht und wundern sich dann, dass die Frau die Behandlung abbricht, weil sie nicht weiß, was mit ihren Kindern passiert und Angst hat, dass die Kinder herausgenommen werden. Wir brauchen also auch in der Erwachsenen-Medizin einen stärkeren Blick für das System Familie, weil es natürlich alles zusammenhängt, die Gesundheit der Kinder mit der Gesundheit der Eltern. Das in aller Kürze.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte noch eine Frage zum Dormagener Modell. Wenn das in dieser Runde nicht abschließend beantwortet werden kann, geht es ja vielleicht in der zweiten. Herr Professor Geene, Sie haben sich ja eben auch dazu geäußert. Ich hatte vor vier oder fünf Wochen die Gelegenheit, mit dem Jugendamtsleiter aus Dormagen eingehender über dieses Modell zu sprechen. Er hat mir vermittelt, dass im Zusammenhang mit dem geplanten Bundeskinderschutzgesetz die Sorge besteht, dass auf Bundesebene bestimmte, sehr detaillistische Standards festgeschrieben werden, die dann Modelle wie das Dormagener Modell, das sich sehr in der kommunalen Realität entwickelt hat, gar nicht mehr ermöglichen. Meine Frage wäre, wie man die richtige Balance zu finden kann zwischen dem, was tatsächlich bundesgesetzlich geregelt werden muss und den Freiräumen, die den Kommunen verbleiben müssen, damit die örtlichen Gegebenheiten angemessen einbezogen werden können. Das wäre eine Frage, die ich dann in der zweiten Runde gerne an Herrn Professor Geene und auch Dr. Lüders stellen würde, weil Herr Lüders sich eben ja nicht so begeistert zum Dormagener Modell geäußert hat.

Vorsitzende: Damit haben wir die erste Fragerunde abgeschlossen und kommen zur zweiten so genannten Berliner Stunde. Wir fangen diesmal mit der Fraktion der SPD an.

Abg. **Christel Humme** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Fegert, an Frau Babitsch und an Herrn Lüders. Wir haben jetzt viel über die Große Lösung gesprochen. Wie Sie selbst gesagt haben, ist die Diskussion schon sehr alt; vielleicht 15, vielleicht schon 20 oder auch 25 Jahre. Ich habe deshalb die Sorge, dass wir wieder nach dem großen Ziel streben, aber letztlich für die betroffenen Kinder und Jugendlichen nichts erreichen. Darum meine Frage: Wir sind uns ja alle einig, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig ist. Wenn wir die Schritte vor der Großen Lösung betrachten, was müssten wir machen? Was müssten wir vor der Großen Lösung tun, um schrittweise dem Ziel einer besseren interdisziplinären Arbeit jetzt, unter den gegebenen Bedingungen, nahezukommen?

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Zu der Frage möchte ich zunächst auf unsere gegenwärtige Alltagspraxis zurückkommen. Bei den Kindern sind leider kombinierte Behinderungen häufiger als von den einzelnen Schubladen vorgesehen, die der Gesetzgeber damals vor Augen hatte. Heute sind wir dann aufgefordert zu sagen, was ist der Anteil der körperlichen Behinderung, was ist der Anteil der seelischen Behinderung. Wenn ich in der Praxis ein magersüchtiges Mädchen mit Erbrechen habe, die gleichzeitig unter einer diabetischen Stoffwechsellage leidet, dann braucht sie nachts eine Betreuung, weil sie entgleisen kann. Ich kann aber weder aus der einen noch aus der anderen Behinderung allein diesen Bedarf für die Hilfemaßnahme erklären. Also, was bräuchten wir heute schon, und was brauchen wir dann? Eigentlich ein Denken vom Ziel der Integration, der Eingliederung her: Wie schaffe ich einen Rahmen, damit dieses Mädchen bestmöglich klarkommen kann? Das heißt, ich muss wegkommen von meinen Schubladen der Gesundheitshilfe, der Behindertenhilfe etc. und der Frage, ob mein Klient dort hineinpasst, sondern ich muss fragen – und so steht es schon im KJHG – was geeignet und notwendig ist, damit dieses Kind möglichst normal am

gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. Ich finde, dies hat die Weltgesundheitsorganisation sehr fortschrittlich beschrieben, als sie sich von dem Behindertenbegriff gelöst und mehr mit *functioning* auseinandergesetzt hat, also ins Deutsche nicht als Funktionieren übersetzt, sondern als Zurechtkommen im Alltag. Hier gibt es natürlich körperliche Bedingungen, die erfüllt sein müssen, aber es geht auch um Individuelles, Ansprüche an Aktivität. Ich zum Beispiel reise relativ viel und wenn ich plötzlich am Reisen gehindert wäre, wäre es für mich eine subjektiv starke Beeinträchtigung. Andere wären froh, wenn sie zu Hause sitzen könnten. Diese subjektive Seite der Betroffenen muss also erfasst werden. Das letzte ist Teilhabe und Teilhabebeeinträchtigung. Wir müssten in der Bestimmung der Bedarfe dieser Kinder diese Teilhaberestriktion stärker in den Blick nehmen und sagen, welches die Barrieren in den unterschiedlichen Systemen sind, die dieses Kind daran hindern, seine Teilhabebedürfnisse zu realisieren.

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Charité Berlin): Ich danke Ihnen für die Frage zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Es wurde vorhin gerade im Hinblick auf die Gesundheitswissenschaften gesagt, dass es oft sehr schwierig ist, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit gefördert zu bekommen. In den meisten Bereichen steht doch die disziplinäre Perspektive noch im Vordergrund. Das ist auch einer der vielen kleinen Schritte, die zu tun sein werden: Die Öffnung der eigenen disziplinären Perspektive für die disziplinäre Perspektive der anderen. Wir müssen noch einmal genau schauen, wie relevant die Vormachtstellungen in den einzelnen Systemen jeweils sind. Muss der Arzt zum Beispiel mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten? In den sozialpädiatrischen Zentren haben wir sehr gute Erfahrungen mit multiprofessioneller Zusammenarbeit. Auch in der Adipositas-Sprechstunde der Charité ist die Zusammenarbeit der dort angestellten Sozialarbeiterin mit den Psychologinnen, den Ernährungsberaterinnen und den Medizinerinnen sehr fruchtbar, gerade für Kinder, die nicht nur übergewichtig – adipös – sind, sondern auch einen Rucksack von sozialen Problemen mitbringen.

Was wir dringend brauchen, ist eine systematische Bestandsaufnahme. Wir müssen schauen, welche Qualitätsstandards in den einzelnen Disziplinen üblich sind und was wir voneinander lernen können, um uns dann gemeinsam weiterzuentwickeln. Vorhin ist der Begriff Task-Force gefallen, das finde ich eine sehr interessante Idee. Man könnte die unterschiedlichen Disziplinen wirklich zusammenbringen und überlegen, vielleicht auch einmal fallbezogen, was ein Kind mit der und der sozialen und gesundheitlichen Problematik im Lebenslauf braucht. Wir müssen die Dinge zusammen denken, wir können hier nicht getrennt denken. Wir wissen seit vielen Jahren, dass soziale Bedingungen die Gesundheit beeinflussen. Ein letzter Punkt ist Qualifikation. Das ist eigentlich der einfachste Punkt, allerdings nicht in der Umsetzung. Man bringt sozusagen übergreifendes Denken in die neue Generation der Professionellen. Das ist bei den Ärzten die ärztliche Gesprächsführung, der Umgang mit multiprofessionellen Teams. In den anderen Bereichen bedeutet es, dass man sich auch mit den Begriffen der Gesundheit, Gesundheitsförderung und den damit verbundenen Konzepten auseinandersetzt.

Dr. Christian Lüders (DJI): Frau Humme, was kann man der Politik empfehlen im Fall der Großen Lösung? Über die Defizite sind wir uns einig, da braucht man nichts mehr zu sagen. Das bisherige System führt zu erheblichen Problemen. Was können die Perspektiven sein? Das Wort Große Lösung ist ein Container-Begriff, darüber müssen wir uns klar sein. Es ist keine Lösung, sondern es ist ein Versprechen. Wenn ich der Politik etwas empfehle: Ausdauer und Kondition; es muss jetzt alles abgearbeitet werden. Wir müssen von der Gesetzessystematik bis in die Organisationsform der zuständigen Ämter die Fragen durchdiskutieren, wir müssen die Zuständigkeitsebenen klären. Wir kommen mitten in die Zuständigkeiten des Föderalismus hinein, wir kommen in die Systematik der Sozialgesetzbücher hinein. Dort müssen wir durch, und wir müssen von oben bis unten durchdeklinieren, was es eigentlich im Detail bedeutet. Da stehen wir ganz am Anfang.

Eine erste hilfreiche Orientierung – jetzt mache ich mal Werbung – sind die in der Lebenshilfe entwickelten acht Prüfkriterien, die Herr Müller-Fehling in seinem Papier vorgelegt hat. Die empfehle ich sehr als Standards beim Durchdeklinieren dieser vielen Probleme in der gesetzlichen Ebene, der föderalen Ebene und der institutionellen Ebene – das sind die drei, die wir in den Griff bekommen müssen. Dort haben wir das gesamte Spektrum, die Frage der Kostenheranziehung, die Frage der Kompetenzen der Fachkräfte, die Frage der Organisation der Ämter. Das Jugendamt wird nicht mehr so aussehen wie bisher – wenn es überhaupt noch ein Jugendamt ist. Es ist schon die erste Frage, ob man es dann noch so bezeichnet, oder ob es ein Fachbereich für ... sein wird. Also, wir gehen tief in die kommunale Verwaltung hinein. Wir werden darüber nachdenken müssen, welche Rolle der Kinder- und Jugendhilfeausschuss, wenn er denn noch so heißt, zukünftig haben wird. Wir werden in die Systematik hineingehen und sie Stück für Stück durchbuchstabieren müssen.

Für mich wären zwei Empfehlungen prioritär: Zum einen, sich die Geduld für dieses Durchbuchstabieren tatsächlich zu nehmen und keinen Aktionismus an den Tag zu legen. Bitteschön, nicht eine Große Lösung in einem Jahr, das wäre das Fürchterlichste, was passieren könnte. Der zweite Punkt ist, sich die fachlichen Standards zu Herzen zu nehmen, die inzwischen in der Diskussion erarbeitet worden sind. Man muss auch unter dieser Perspektive die ganzen Implikationen durchbuchstabieren. Es darf keine Verschlechterung der Angebotsstruktur geben, auch nicht für Kinder mit Behinderung. Das ist jetzt kein Sparprogramm, und davor muss man immer deutlich warnen. Es gibt viele Leute, die für die Große Lösung mit dem Angebot werben, es werde gespart. Wenn es gut geht, können vielleicht einige Gerichtsprozesse verhindert werden. Auf der Verwaltungsebene bin ich mir aber nicht sicher, ob da wirklich gespart wird, oder ganz im Gegenteil, da muss zunächst einmal investiert werden.

Ich möchte noch auf einen Punkt aufmerksam machen, der beim Thema Große Lösung bisher zu wenig diskutiert worden ist. Wenn wir über die Große Lösungen reden und in der Logik des SGB VIII bleiben, dann reden wir über Menschen bis maximal 27 Jahre. Was aber passiert eigentlich mit den behinderten Menschen über 27? Es muss auch die Frage der Schnittstellen der Betreuung im Erwachsenenalter diskutiert werden, und das ist noch eine zusätzliche Aufgabe. Das heißt, Große Lösung ist momentan ein Thema für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die andere Debatte

hat noch gar nicht richtig angefangen. Wir müssen auch darüber nachdenken, wie wir dann die Schnittstelle ähnlich organisieren können. Das heißt, wir haben zwei große Aufgaben in der Binnendiskussion: Im Hinblick auf die jungen Menschen müssen wir die Aufgaben im Detail herunterbrechen, und das ist ein mühsamer und langer Weg. Und dann müssen wir den Übergang ins Erwachsenenalter neu diskutieren, denn wenn es so kommen wird, ist das dann eine andere Schnittstelle.

Abg. **Christel Humme** (SPD): Frau Wacker, ich habe noch eine Frage zum Thema „Inklusion“. Dies stößt ja vor Ort nicht immer nur auf Freude, sondern auch auf Widerstände, vor allen Dingen, wenn es um das geht, was Sie *Disability Mainstreaming* nennen. Ich würde gerne darauf zurückkommen, was Sie damit meinen, wie Sie es implementieren wollen, und vor allen Dingen, wie Sie den Menschen die Angst nehmen wollen. Was kann man machen, um in den Kindertagesstätten und in der Bildung das Thema „Inklusion“ stärker in den Vordergrund zu stellen?

Prof. Dr. Elisabeth Wacker (TU Dortmund): Vielen Dank für diese schöne Grundsatzfrage, auf die ich sehr gerne antworte. *Disability Mainstreaming* meint im Endeffekt nichts anderes als das, was wir in der letzten Stunde schon ausgiebig besprochen haben, nämlich ein Ansetzen an den sozialen Lagen und der sozialen Wirklichkeit der Menschen, die mit Behinderung leben. Hier sind es jetzt spezifisch Kinder und Jugendliche, aber natürlich bezieht sich das auf die Lebensspanne insgesamt. Dass hier viele Ängste im Spiel sind, ist allen Fachleuten ganz offensichtlich. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Der eine ist, dass, wenn soziale Ungleichheit und Soziales einander nicht begegnen, sie immer Vorurteile oder Urteile bewirken, die man anderen Menschen gegenüber hat und die sich natürlich verfestigen, wenn man keine positiv besetzte Erfahrungen miteinander macht. Das andere sind Verlustmöglichkeiten, die natürlich aus der Konstruktion von Leistungssystemen entstehen. Es sind die Ängste, etwas, was bisher als Rehabilitationsanspruch zur Verfügung steht, zugunsten einer ungewissen Zukunft zu verlieren. Man kennt diesen „Spatz in der Hand“ und weiß nicht, wie die „Taufe auf dem Dach“ aussehen würde. Diese Ängste sind in den Familien real.

Eine weitere Unsicherheit ist, dass man in der Fachwelt natürlich auch wenig umeinander weiß. Wir setzen dort an; das sage ich jetzt einfach mal für meine Fakultät. Wir haben 3.000 Studierende der Rehabilitationspädagogik. Wir haben neue Curricula entwickelt, und da kommt keiner heraus, der nicht Inklusion gelernt hat. Die Studierenden müssen die gesamte Breite der augenblicklichen Sozialgesetzgebung verstehen und auch die anrainenden Wissenschaften und deren Diktion, Nöte und Ziele kennen. Ich glaube, wenn man das in der fachübergreifenden Diskussion verstetigt, dann entsteht so etwas wie ein Multiplikationseffekt, der auch die Ängste vor all dem Neuen ein wenig erdet. *Gender Mainstreaming* kennen wir jetzt, und *Disability Mainstreaming* ist eigentlich nichts anderes. Es ist ein *Diversity*-Ansatz, der davon ausgeht, dass Menschen verschieden sind und dass sie in ihrer Verschiedenheit zuallererst Stärken haben, bei denen man ansetzen muss. Ich glaube, das kann man sehr gut als Gemeingut für eine Grundsatzdebatte einsetzen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Damit kommen wir zur CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Noch eine Verständnisfrage, Herr Professor Geene. Sie sprachen von einem Arbeitspapier des AOK-Bundesverbandes. Könnten Sie mir noch einmal den Titel nennen?

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Frau Professor Dr. Babitsch hat gerade auch erwähnt, dass am 7. Oktober 2010 im Wissenschaftszentrum Berlin eine Tagung unter der Überschrift „Gesund aufwachsen“ stattfand. In diesem Zusammenhang hat der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Herbert Reichelt, eine interne Studie vorgestellt, die bislang noch nicht veröffentlicht ist. Sie beschäftigt sich damit, wie ein Dormagen-Modell auf Bundesebene praktisch aussehen könnte. Er hat die Kosten auf insgesamt 11,9 Milliarden Euro berechnet. Es ist eine ähnliche Situation wie bereits in der Vergangenheit, als die Krankenkassen den Vorschlag gemacht hatten, 50 Cent pro Versichertem und Jahr für nichtbetriebliche Settings bereitzustellen. Auch der Vorschlag des damals federführenden IKK-Bundesvorstandes, eine Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung ins Leben zu rufen, ist von der Politik leider nicht aufgegriffen worden. Ich trage das deswegen hier so pointiert vor, weil ich die Politik auffordern möchte, sich diesen in den Schubladen befindlichen Konzepten zu nähern. Es gibt im gesellschaftlichen Feld ein Bewusstsein über den Bedarf von regionalen Präventionsketten, und im politischen Feld tun wir uns schwer, diese Dinge auseinanderzuhalten, und verlieren uns in Diskussionen darüber, was zuerst kommt und was welche Rechtsfolgen hat. Da sind zum Teil gesellschaftliche Akteure weiter, und darauf sollte die Politik offensiv zugehen.

Abg. **Eckhard Pols** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann eine Frage an Herrn Professor Fegert: Sie sprachen von gesundheitsbezogener Prävention. Dazu zähle ich auch die Hebammen und die Familienhebammen. Wie sehen Sie die Rolle dieser Hebammen bzw. Familienhebammen, gerade bei der Begleitung der jungen Mutter in den ersten Wochen nach der Entbindung?

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Die Rolle der Hebammen ist eine ganz zentrale, weil sie einen sehr niederschweligen, nicht stigmatisierenden Zugang haben und von Beginn an dabei sind. Das Schwierige im SGB V ist im Moment eigentlich die zeitliche Begrenzung. Wenn man einfach die gleiche Zahl der Termine, aber über einen längeren Zeitraum hinweg ermöglichen würde, könnte diese soziale Aufgabenstellung von den Hebammen sehr viel leichter wahrgenommen werden. Die Hebammen sind aber auch ein gutes Beispiel für die Frage, welche Fertigkeiten jetzt schon zur interdisziplinären Arbeit notwendig sind. Wenn die Hebamme diese Brückenfunktion wahrnehmen soll, muss sie natürlich auch anschlussfähig sein an die nächsten sozialen Systeme. In dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, das in vier Bundesländern lief und vom Bund in der Evaluation gefördert wurde, haben wir sehr gut feststellen können, dass sie ein sehr gutes Gefühl für die Probleme der Kinder haben, aber eigentlich nicht wissen, wohin sie die Familien dann weitervermitteln sollen. Eigentlich wären sie ganz überzeugende Partner der Familien, um diese beispielsweise zur Inanspruchnahme von Hilfen und Förderbedingungen zu bringen. Dazu muss ich aber die Hebammen kompetent machen. Auch in der Diagnostik der Mutter-Kind-Interaktion sind sie zu wenig ausgebildet.

Da haben wir jetzt Hilfen im Setting-Ansatz entwickelt, was auch von den Krankenkassen gefördert wird. Ich stimme Ihnen zu, hier sind wirklich sehr viele Dinge möglich. Skeptisch wäre ich allerdings, wenn die Hebamme quasi nur noch soziale Begleitung machte, denn dann stellt sich natürlich die Frage der Finanzierung aus dem Gesundheitswesen. Wenn Sie also in einem Zug Hebamme und Familienhebamme im Mund führen, sind vielleicht doch zwei unterschiedliche Dinge gemeint. Auch das muss man noch einmal ausbuchstabieren. Ich fände es gut, wenn die gleiche Frau beide Kompetenzen hätte und vielleicht auch aus zwei unterschiedlichen Systemen finanziert würde. Dann sind wir aber wieder bei komplexen Leistungen, wo die Indikation bestimmt, wer bezahlt. Eigentlich wäre es der Kunstgriff, es so zu regeln, dass die Betroffenen gar nicht merken, dass der soziale Anteil woanders herkommt. Aber davon sind wir derzeit noch weit entfernt, und da prallen wieder die Welten aufeinander.

Abg. **Eckhard Pöls** (CDU/CSU): Eine Nachfrage noch dazu. Wie oft kommt eigentlich eine Hebamme in die Familie? Ist das zeitlich begrenzt oder geht es nach der Anzahl der Besuche?

Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm): Derzeit achtmal innerhalb von acht Wochen, also acht Besuche. Die Idee wäre, das im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes vielleicht auf das erste halbe Jahr zu strecken.

Abg. **Dr. Peter Tauber** (CDU/CSU): Ich würde gerne Herrn Müller-Fehling noch einmal nach den Leuchttürmen fragen. Darauf konnten Sie leider in meiner ersten Frage nicht eingehen. Gibt es Beispiele aus der kommunalen Praxis, die trotz der Schwierigkeiten, über die wir in der ersten Runde gesprochen haben, geeignet sind, als Vorbilder auf anderen Ebenen zu dienen? Ich glaube, wenn die Zuständigkeit bei den Kommunen liegt, müssen wir auch an einen *Best-Practice*-Ansatz denken. Die zweite Frage, die ich an Herrn Dr. Lüders richten möchte, betrifft die Rolle der Eltern. Wenn man sich den Bericht genauer anschaut, dann konstatiert er ja zum Glück auch, dass ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen in intakten Strukturen aufwächst. Das liegt durchaus nicht nur an dem Hilfesystem, das sie selbstverständlicher nutzen können, sondern sicherlich auch an der Begleitung durch die Eltern. Mir stellt sich die Frage, wie es überhaupt gelingen kann, diese Rolle durch andere Institutionen aufzufangen? Ist das nicht in manchen Bereichen fast eine Illusion zu glauben, es ginge auch ohne die Eltern? Und wie würden Sie den Mehraufwand beziffern, den die Gesellschaft braucht, wenn sie sagt, wir machen es ohne die Eltern, die sind nicht greifbar oder brauchbar.

Norbert Müller-Fehling (BVKM): Das größte Praxisfeld der Großen Lösung befindet sich ja in Berlin. Berlin hat als Land Teile der Aufgaben der Eingliederungshilfe auf die Jugendhilfe übertragen. Das wird von den Bezirksjugendämtern wahrgenommen, mit durchaus positiven Erfahrungen, auch aus der Perspektive der Eltern. Von diesen Eltern wird das Jugendamt nicht als die Institution wahrgenommen, die sich um vernachlässigte Kinder kümmert, sondern die Unterstützung und Hilfen zur Verfügung stellt. Auch das System der sozialpädiatrischen Zentren der Kinder- und Jugendambulanzen hier in Berlin schafft es zumindest ansatzweise, Leistungen aus dem Gesundheitswesen mit Leistungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe miteinander zu

verknüpfen. Auf der kommunalen Ebene gibt es einzelne Beispiele. So versucht sich zum Beispiel der Kreis Nordfriesland mit sozialräumlicher Ausrichtung, indem Jugendamt und Sozialamt ihre Dinge gemeinsam vorantreiben und auch die auf dem Feld tätigen Träger sowohl von der Jugendhilfe als auch von der Behindertenhilfe in die Arbeit eingebunden werden. Außerdem wird dort versucht, über Sozialraumbudgets auch weitere, über den Einzelfall hinausgehende Aspekte mit einzubinden. Auch auf der Trägerseite gibt es eine ganze Reihe von Versuchen, Probleme zu lösen, die von den Familien an Mitarbeiter der Einrichtungen herangetragen werden. Die stoßen aber in der Regel an die Grenze der Finanzierung der Leistungssysteme. Hier müssen im Moment noch Institutionen wie die Aktion Mensch oder die Conterganstiftung eingreifen, um eine Grundlage dafür zu schaffen, dass komplexe Bedarfe auch mit komplexen Leistungen beantwortet werden können. Das Thema „Frühförderung“ habe ich schon angesprochen. Da gibt es grundsätzlich gute Möglichkeiten, die aber in der Praxis immer noch nicht umgesetzt werden können.

Dr. Christian Lüders (DJI): Herr Dr. Tauber, vielen Dank, dass wir noch einmal auf die Eltern zu sprechen kommen; das ist mir auch ein Anliegen. Erst einmal ganz grundsätzlich: Ohne die Eltern geht es gar nicht, solange man ihnen nicht das Sorgerecht ganz oder teilweise entzieht. Sie sind immer dabei. Das muss man einmal ganz deutlich sagen. Damit kommen wir zu einem zentralen Problem. Viele glauben, dass die Öffentlichkeit diese Aufgabe zu übernehmen hat, weil den Eltern zunehmend unterstellt wird, dass sie ihre Aufgaben nicht schaffen. Ob die Zahl der Eltern, die ihre Verpflichtungen in der Erziehung nicht erfüllen können – ich betone *können*; *wollen* ist eine andere Frage – wirklich so massiv gestiegen ist, wäre noch einmal eine eigene Debatte. Ich bin da skeptisch. Tatsache ist, dass die Anforderungen, die an Eltern gestellt werden, in den letzten 25, 30 Jahren massiv gestiegen sind und die Unterstützung für Eltern nicht im gleichen Umfang gestiegen ist. Deswegen bin ich auch ein Fan des Vorschlags von Frau Thyen, den § 16 nicht nur wie bisher auf die Familienbildung zu beziehen, sondern ihn als einen offensiven Paragraphen für die Unterstützung von Eltern bei ihren Erziehungsaufgaben auszubauen und weiterzuentwickeln. Ich fürchte, das bleibt in der aktuellen Diskussion um das Kinderschutzgesetz gerade auf der Strecke. Wir haben in der Tat Eltern, die aus ganz unterschiedlichen Gründen an ihre Grenzen kommen. Wir haben Strategien und Möglichkeiten, mit diesen Eltern zu arbeiten. Wir haben aber nicht die ausreichenden Ressourcen, um das wirklich konsequent und systematisch umzusetzen. Bei den Fallbelastungszahlen in der Bezirkssozialarbeit oder im Allgemeinen Sozialen Dienst kann man mit solchen Eltern keine langen, vertrauensvollen Beziehungen aufbauen, sondern sie werden als Nummern abgehakt und dann hat es sich an dieser Stelle. Auch mit Blick auf die Kinder haben wir insgesamt die Mitarbeit und Beteiligung der Eltern in den letzten Jahren vernachlässigt. Ich halte das für eine wirkliche Schwäche. Ich finde auch – und damit beantworte ich indirekt auch Ihre Dormagen-Fragen von vorhin – dass wir in den letzten Jahren den Eltern viel zu sehr mit Verdachts- und Misstrauensargumenten gegenübergetreten sind. Wenn ich unter dem Vorzeichen von Prävention Welcome-Angebote für alle Eltern mache – und an der Stelle muss ich jetzt mal ganz pingelig werden – das heißt, unter dem Verdacht, da könnte ein Defizit sein, dann darf man sich nicht wundern, wenn Eltern auch Ämtern und Behörden mit Skepsis gegenübertreten. Das ist genau die falsche Einstellung; die, die wir nicht brauchen, um mit ihnen im

Interesse der Erziehung der Kinder zusammenzuarbeiten. Wir müssen sie unterstützen und nicht mit Defiziten unter Verdacht stellen. Das schillert bei Dormagen.

Abg. **Dr. Peter Tauber** (CDU/CSU): Ich möchte noch eine Frage stellen, die mir besonders wichtig ist. Wenn wir über die Große Lösung reden, dann sprechen wir über eine ganz wesentliche Veränderung in der Struktur, die die kommunale Umsetzungsebene berührt. Können Sie in irgendeiner Form beziffern, inwieweit das mit zusätzlichen Ressourcen verbunden ist? Einfach nur die Zuständigkeiten zu verändern, ist natürlich das eine. Aber ich weiß nicht, ob jede kommunale Ebene in dieser Republik eine Aufgabe begrüßen würde, die wir ihnen von der höheren politischen Ebene aus zuschieben und sagen, ihr müsst das dringend umsetzen, weil es nachweisbar notwendig ist. Die Kommunen erkennen vielleicht das Problem, fragen dann aber, was sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen noch alles machen sollen. Ich glaube, wenn man das mit Leben füllen und den nächsten Schritt gehen will, braucht man eine sehr detaillierte Analyse, was es an zusätzlichen Ressourcen bedarf oder ob das Problem einfach nur durch eine Umstrukturierung auf der Ebene gelöst werden kann. Die Frage würde ich gerne an Herrn Dr. Lüders richten.

Dr. Christian Lüders (DJI): Zunächst einmal muss man sagen, dass in den Systemen Geld ist, und zwar nicht gerade wenig. Wenn man sich darauf einigen könnte, dass dieses Geld erhalten bleibt, dann hätte man schon den ersten Schritt getan. Das Zweite ist, dass heute niemand seriös sagen kann, welches die Implikationen für die Kommunen sind, weil es noch niemand wirklich im Detail durchdacht und nachgerechnet hat. Das ist das, was ich vorhin mit dem langen Atem gemeint habe. Es kann nicht sein, dass die Kommunen dies aus sich heraus machen sollen; dann wäre die Idee zum Scheitern verurteilt. Es muss neues Geld aus dem bisherigen SGB XII-Etat kommen, anders geht das gar nicht. Wie das im Detail gelöst wird, wäre einer der Punkte, die dann geklärt werden müssen. Noch einmal: SGB XII und SGB VIII werden danach nicht so stehen bleiben; wir werden darüber reden müssen, wie das gehen kann. Deswegen muss man an dieser Stelle auch deutlich machen, dass die Kommunen das nicht aus den bisherigen Ressourcen machen sollen. Sonst könnten wir gleich aufhören, da wäre die Debatte zu Ende. Wir müssen vielmehr an dieser Stelle über neue Wege der Finanzströme reden. Und das muss durchdiskutiert werden. Was es nachher kostet, kann man erst dann sagen, wenn man sich über alternative Lösungswege geeinigt hat. Das hat aber bis jetzt noch niemand wirklich gemacht. Es ist noch offen, welche Strukturen das nachher auf der Ebene der Kommunalverwaltung braucht. Deswegen mein Appell: Ja, wir brauchen etwas, was wie die Große Lösung aussieht, aber was das genau sein soll, müssen wir Stück für Stück durchdiskutieren und können es wirklich erst in zwei bis drei Jahren einigermaßen seriös beziffern. Wer jetzt mit Zahlen argumentiert, bewegt sich meines Erachtens auf einer wackligen Basis. Damit können wir nicht hantieren.

Abg. **Dr. Peter Tauber** (CDU/CSU): Das heißt aber, dass es in der Tat noch ein offener Prozess ist und wir jetzt nicht – auch nicht mir Ihrer Expertise, auf die wir zurückgreifen würden – eine tragfähige Grundstruktur entwickeln und sie dann ins Land geben können. Es ist vielmehr im Prinzip ein offener

Prozess mit einem Zeitraum X, an dessen Ende dann das steht, was Sie beschrieben haben und was sich in der Praxis natürlich dann auch bewähren muss.

Dr. Christian Lüders (DJI): Ich persönlich gehe davon aus, dass wir drei, vier Jahre miteinander reden müssen, vor allem auch mit den Kommunen. Wir werden über den kommunalen Finanzausgleich reden müssen, sonst kommen wir da nicht über die Bühne. Es ist insofern ein offener Prozess, als die Lösungswege noch nicht evident auf dem Tisch liegen. Es ist insofern kein offener Prozess, als die Hilfen aus einer Hand das Ziel sind, das wir alle wollen und brauchen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Wir kommen dann zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Kai Gehring** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Professor Keupp, die Versäulung der Systeme verursacht ja auch immer wieder Kommunikationsprobleme. Wie können wir helfen, diese Situation aufzubrechen, in der die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Systemen und den Professionen auch dadurch erschwert wird, dass man unterschiedliche Sprachen spricht? Wie kann man sich aufeinander zubewegen, um den interdisziplinären Dialog anzureizen? Aus den Erkenntnissen der ersten Runde wissen wir, dass wir eine abnehmende Verschränkung zwischen Jugendhilfe und Bildung mit dem Gesundheitswesen haben und dass es richtig ist, sich auf die frühe Phase zu konzentrieren, aber auch, mehr Sensibilität für Jugendliche zu entwickeln. Wie können wir auf dem Weg zu einer Großen Lösung die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen entsprechend entwickeln, etablieren und institutionalisieren? In diesem Zusammenhang steht auch die Frage, ob wir ein eigenes Antragsrecht für Jugendliche im KJHG brauchen.

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München): Ich nehme mal das Kommunikationsthema auf, das sehr wichtig ist und das wir auch in dem Bericht als eine besonders zentrale Aufgabe betrachtet haben. Unser Eindruck war immer wieder, dass da Fremde aufeinandertreffen und die Sprache der einzelnen Vertreter nicht ohne weiteres übersetzbar in die Sprache der anderen ist. Positive Erfahrung haben wir in der Kommission in dem Augenblick gemacht, wo wir gemeinsam Theoriebausteine entwickelt haben, die nicht die Dominanz einer Profession über eine andere beinhalteten, sondern die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen ins Zentrum rückten und die Frage, was es für sie braucht. Dann kann man fragen, wie das übersetzbar und integrierbar in die Ausbildung und das Selbstverständnis von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und so weiter ist. Ich denke, dass wir einen guten Schritt getan haben, indem wir zum einen den Baustein der Salutogenese eingebracht, das ganz spannende und wichtige Thema der *Capability*-Forschung aufgegriffen und die Sicht auf positive Entwicklungen von Jugendlichen aufgenommen haben, die aus der Entwicklungspsychologie kommt. Da waren wir uns in der Kommission auch sehr schnell einig. Und ich nehme das jetzt einfach als Beleg dafür, dass Pädagogen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte und die Vertretung der Behindertenforschung sich darauf sehr schnell einigen könnten. Dies muss jetzt natürlich in die Ausbildungsgänge der davon betroffenen Professionen hineingetragen werden. Natürlich könnte damit auch die Grundlage zur Entwicklung der Großen Lösung geschaffen werden, in der auch *Empowerment*, Partizipation und all diese so wichtigen Konzepte eine Rolle spielen

müssen. Sie dürfen nicht immer vor die Klammer gesetzt werden indem man sagt, das ist schöner Diskurs, aber jetzt gehen wir doch einfach zu den faktischen Abläufen, und dann ist es wieder draußen. Nein, es muss in die Klammer hinein. Ich denke, dass die Gesundheitswissenschaften über Jahre ein sehr gutes Potential erarbeitet haben. Aber es funktioniert noch nicht in der Fläche.

Dr. Christian Lüders (DJI): Zur interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Ebene der Professionen hat Herr Keupp schon einiges gesagt. Das ist ein Lernprozess für uns alle. Ich sage das auch für mein eigenes Haus, das Deutsche Jugendinstitut. Wir haben im Jugendbericht gelernt, wir lernen im Nationalen Zentrum, wo die Disziplinen zusammenkommen. Aber eines muss ich Ihnen zurückgeben: Dieser Lernprozess steht auch für die Politik an. Denn auch da stoßen wir bis zum heutigen Tag regelmäßig an die Säulen, wie man hier in dieser Runde sieht. Wenn Sie es schaffen, Ihre Entschließungsanträge gemeinsam mit dem Gesundheitsausschuss zu machen und wenn Sie es schaffen, Ihre Entschließungsanträge zur Großen Lösung gemeinsam mit dem Ausschuss für Arbeit und Soziales zu machen, und dann noch fraktionsübergreifend, dann wären wir gut beieinander. Wir haben die Versäulung nicht nur auf der Ebene der Professionen, wir haben sie auch auf der Ebene der Systematik der Ressorts und der entsprechenden Ausschüsse, und dort haben wir gemeinsam ganz dicke Bretter zu bohren. Jeder kleine Schritt, auch symbolischer Natur, wäre an dieser Stelle ein Fortschritt. Sie würden die Große Lösung gar nicht allein in diesem Ausschuss hinbekommen, sondern Sie werden gemeinsam mit den anderen Ausschüssen arbeiten müssen und auch die Länder und die kommunalen Spitzenverbände mit hineinnehmen. Ich will jetzt keine großen Schritte zur Großen Lösung machen. Wenn wir die Lernprozesse übertragen können, die wir in den letzten Jahren im Bericht und in der interdisziplinären Zusammenarbeit gemacht haben, dann wäre es in der Tat ein erster Schritt, weil auch Politik lernen muss. Anfangen würde ich hier auf dieser Ebene damit, gemeinsam ins Gespräch zu kommen und auch zu klären, worüber wir eigentlich gerade reden. Im Gesundheitssystem haben wir mit den Frühen Hilfen angefangen. Da ist in den letzten Jahren ein Stück Eisbrechen geleistet worden. Etwas Analoges steht im Bereich der Eingliederungshilfe erst noch an. Dort einmal gemeinsam am Strang zu ziehen, und sei es zunächst nur für eine Altersgruppe, ist eine Aufgabe, die wir noch bewältigen müssen. Und wenn uns die Politik dort als Vorbild vorangeht, indem sie die Dinge gemeinsam angeht und die verschiedenen Ausschüsse und Ressorts mal miteinander reden würden – das wäre schick, das fände ich richtig gut.

Vorsitzende: Ich darf da einhaken. Es steht noch die Frage von Frau Dörner zum Thema Dormagener Modell aus, und die Fragezeit der Grünen läuft ab. Tut mir leid, dass ich darauf immer wieder achten muss. Übrigens, soweit Sie die Ausschüsse angesprochen haben: Ich glaube, in dieser Runde wäre durchaus auch der Rechtsausschuss gefragt. Bitte, Herr Geene.

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Wir sind ja nicht eingeladen, um alles noch komplizierter zu machen und wieder Bedenken über Bedenken anzuhäufen. Deswegen bin ich Ihnen auch sehr dankbar für Ihre Fragen, Frau Dörner, weil Dormagen wirklich ein leuchtendes Modell ist. Ich kann Ihnen spontan auch nicht zustimmen, Herr Lüders, wenn Sie sagen, Dormagen hätte diesen Verdachtsansatz. Gerade Dormagen zeichnet sich durch einen ganz positiven Ansatz aus. Es geht

zurück auf die Initiative des damaligen Bürgermeisters Heinz Hilgers, der gleichzeitig Präsident des Kinderschutzbundes war, und der diese positive Empathie auch mit seiner Person sehr stark hineingetragen hat. Der hat die Lehrer eingeladen, und die sind auch am Sonnabend zu ihm gekommen. Er hat dieses positive Leitbild formuliert und in der Kommune so umgesetzt, dass es auch jetzt, nachdem er nicht mehr Bürgermeister ist, dort umfassend verankert ist. Herr Lüders, ich stimme Ihnen darin zu, dass dieser Verdachtsansatz ein ganz großes Problem ist, weil die Menschen es als Kontrolle empfinden. Aber Hilgers hat dem Rechnung getragen und es geschafft, das in Dormagen positiv zu wenden. Statt jetzt danach zu fragen, welcher Ausschuss zuerst mitzeichnen muss, sollte das auch hier das positive Attribut sein. Es ist erforderlich, ein gemeinsames Leitbild zu entwickeln, weg von der Defizitorientierung und hin zur Ressourcenorientierung, das richtigerweise ja im Bericht so stark betont wird. Unterhalb dieses Leitbildes müssen konkrete Anreizsysteme geschaffen werden, gesetzgeberisch oder als Rahmenvereinbarung. Der Politik steht da eine ganze Palette an Möglichkeiten zur Verfügung, sie sollte aber keinesfalls erstarren und sagen, eine Große Lösung ist nur irgendwo eine ganz langfristige Perspektive. Man kann konkret das Positive annehmen. Deshalb ist Ihr Ansatz auch richtig, Frau Dörner, dass man natürlich aufpassen muss, dabei keine Überregulierungen zu schaffen. Das Konzept lebt gerade von solchen positiven Ansätzen, wie Hilgers sie in Dormagen geschaffen hat. Man sollte also nicht sozusagen nach einer Checkliste prüfen, was zu tun ist oder welche Risiken ins Auge zu fassen sind, sondern eher von dem Anreiz ausgehen, sich als eine kinder- und familienfreundliche Kommune zu profilieren. Der Gesetzgeber und die Bundesebene müssen Rahmenbedingungen dafür schaffen, damit dies vor Ort auch umgesetzt werden kann.

Vorsitzende: Jetzt haben wir die Zeit gut ausgenutzt. Es kommt wieder die FDP-Fraktion an die Reihe.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Ich habe eine Frage an Frau Professor Dr. Thyen. Bei den stationären Angeboten zur Prävention sprechen Sie auch die Mutter-Kind-Kuren an und sagen, dass letztendlich die Verknüpfung am Wohnort oder am Lebensumfeld fehlt. Ich möchte das gerne noch einmal näher ausgeführt haben, weil ich das in der Vergangenheit immer anders verstanden habe. Auch die Einrichtungen sagen, das läuft sehr gut weiter, wenn die Eltern das tun. Als Kommunalpolitikerin habe ich diese Art von Kur auch selbst in die Kindergärten, in die Kindertagesstätten getragen, weil es für mich eine Präventionsmaßnahme ist. Sie sehen das kritisch. Können Sie das noch einmal näher ausführen, bitte.

Prof. Dr. Ute Thyen (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein): Die sogenannten Mutter/Vater-Kind-Vorsorgemaßnahmen haben einen präventiven Ansatz. Insofern sollte man davon ausgehen, dass die drei Wochen, die überwiegend die Mütter mit ihren Kindern dort verbringen, ausreichen, um sie so zu stärken, dass sie das, was sie dort gelernt haben, dann zuhause selbständig umsetzen können. Aber da gibt es durchaus noch Schwächen. Die Maßnahmen selber sind ja positiv evaluiert und deswegen weiter in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen, zum Teil auch der Rentenversicherung geblieben. Aber ich beobachte in der alltäglichen Praxis schon, dass Empfehlungen, die dort mit den

Müttern besprochen werden, nicht einfach umzusetzen sind. Wenn die Mütter aufgefordert werden, sich in ihrer Kommune ein Angebot zur positiven Förderung der Eltern-Kind-Interaktion zu suchen, ist es schwierig, wirklich herauszufinden, wer in der Kommune ein Anbieter ist, und wahrscheinlich gibt es fünf verschiedene Möglichkeiten, dorthin zu kommen. Manche gehen zum Jugendamt und beantragen eine Hilfe zur Erziehung, andere versuchen, ein freiwilliges Angebot zu finden, wieder andere versuchen, über eine Klinik oder ein Modellvorhaben Zugang zu finden. Diese Mütter, die in dieser Vorsorgemaßnahme erfolgreich gestärkt worden sind, schaffen oft den Schritt nicht, das dann in die Wirklichkeit umzusetzen. Also, die Empfehlung ist gut angekommen, das ist auch mit ihnen besprochen. Deswegen sagen die Anbieter der stationären Maßnahmen, es ist alles besprochen und läuft prima. Aber ich glaube, es gibt keine Evaluation dazu, wieviel von dem dann vor Ort wirklich umgesetzt wird.

Abg. **Florian Bernschneider** (FDP): Ich habe eine Frage an Frau Professor Babitsch. Wir haben jetzt schon mehrfach darüber gesprochen, wie man Menschen in belasteten Lebenslagen überhaupt erreichen kann. Mich interessiert da zum einen der Blick auf die Eltern, aber auch der Blick auf die Jugendlichen. Vielleicht können Sie sagen, welches Ihrer Meinung nach die richtigen Anspracheformen sind. Ich würde gerne auch gleich eine zweite Frage an Sie anschließen. Wir haben einen politischen Trend zu Ganztagsangeboten, zur Hortunterbringung. Vielleicht können Sie auch etwas dazu sagen, wie sich das auf die Gesundheitsförderung auswirkt.

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Charité Berlin): Zum ersten Punkt, der Ansprache: Über die Vielzahl der vorhandenen Projekte haben wir sehr gute Ansätze gefunden, wie man niederschwellige Angebote stricken muss, so dass sie auch bei denjenigen ankommen, die sie in besonderem Maße benötigen. Heute schon zigfach erwähnt und auch jetzt wieder von Bedeutung ist der Setting-Ansatz. Das heißt also, es muss weg von den Komm-Strukturen und dahin, dass das Programm zu den Kindern oder zu den Eltern geht. Damit sind wir spätestens im Kindergarten, aber auch in der Schule, beim Konzept der Frühen Hilfe angekommen. Da muss man überlegen, wie man diese Themen auch in den Kindergarten bzw. in den schulischen Alltag einspeist. In den Kindergärten haben wir mittlerweile eine Vielzahl von unterschiedlichsten Maßnahmen, die mehr oder weniger gut laufen. Auch hier ist es natürlich für Erzieherinnen eine Zusatzaufgabe, sich mit einem weiteren Thema im Kindergartenalltag zu beschäftigen und dafür zu kompetent sein zu müssen. Das ist vor allen Dingen auch unter den Rahmenbedingungen zu betrachten, in denen Erzieherinnen arbeiten. Man sieht ja auch, wie Kindergärten strukturiert sind und welche Engpässe bestehen – nicht nur krankheitsbedingte Engpässe, sondern auch, weil Kinder besondere Aufmerksamkeiten brauchen und die Kinderzahl nicht immer entsprechend niedrig ist. Ähnliches gilt auch für die Schule. Natürlich hat Schule einerseits den Auftrag, kognitives, unterrichtsbezogenes Wissen zu vermitteln. Heutzutage haben wir aber auch viele Kinder, die noch andere Kompetenzschulungen brauchen. Dann stellt sich die Frage, ob eine Lehrerin, ein Lehrer das in dieser Form leisten kann. Da müssen wir auch auf die Ausbildung schauen. Es gibt gute Beispiele dafür, wie Lehrerinnen und Lehrer geschult werden, um soziale Kompetenzen zu fördern. Die Frage ist auch, ob Schule in bestimmten Bezirken oder in bestimmten Regionen perspektivisch ohne andere Berufsgruppen zu denken ist. Ich denke zum Beispiel an

Sozialpädagogen, die dann auch eine entlastende Funktion einnehmen könnten. Da müssten wir strukturell ebenfalls ansetzen. Das sind die Orte, wo man Kinder und auch Jugendliche erreicht, und da ist ein Ganztagsangebot natürlich ein guter Rahmen, wenn er sinnvoll genutzt wird. Ich spreche nicht dafür, dass man sie alle bis Vier oder bis Fünf in einer Institution bleiben lässt, und da dümpeln sie so vor sich hin. Das ist natürlich nicht das, was wir brauchen. Man muss hier sinnvolle Angebote schaffen. Das ist auch nicht zum Nulltarif zu haben, ganz sicher nicht. Man muss auch schauen, wie man Gesundheit in den schulischen Kanon einstrickt. Wir haben sehr gute Beispiele für gesundheitsfördernde Schulen. Es ist aber kein Angebot in der Fläche. Da können wir sofort anfangen; es sind also nicht alles Bananen von ganz weit weg, sondern es ist schon sehr nahe. Es muss auf Qualität gesetzt werden, aber es muss vor allen Dingen auch daran orientiert werden, dass wir Individuen haben. Man muss auch überlegen, welche Kinder was brauchen. Dieses Gießkannenprinzip nützt uns, glaube ich, nichts mehr.

Abg. **Florian Bernschneider** (FDP): Ich habe dazu eine kurze Nachfrage. Wir sind jetzt die professionellen Träger, die Kitas, die Schulen durchgegangen. Kinder und Jugendliche kommen aber auch mit anderen Trägern zusammen. Ich denke an die ganze Palette des Bürgerschaftlichen Engagements, Vereine, Sportverbände und so weiter. Wie kann man die dafür sensibilisieren, dieses Thema ebenfalls aufzunehmen und wie kann man ihnen die nötige Professionalität verschaffen, um damit umzugehen?

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Charité Berlin): Wir haben sehr gute Angebote, beispielsweise im Sportbereich, die nicht nur leistungsorientiert sind, sondern auch den Gesundheitsgedanken mitdenken. Man muss sich überhaupt fragen, wie Sportunterricht in der Schule organisiert sein muss. Ist das etwas, was leistungsorientiert sehr streng benotet werden muss, oder kann Sport nicht auch Elemente einer gesundheitsförderlichen Perspektive haben? Wichtig ist, dass wir in der Gesundheitsförderung immer eine starke Mittelschichtorientierung haben. Da muss man einfach schauen, welche Kinder sich eigentlich wann und wie außerhalb der Schule engagieren. Durch die Verkürzung der Schulzeit ist ja auch eine Verdichtung der Stundenzahl eingetreten. Also, wie viel freie Zeit haben unsere Jugendlichen eigentlich noch neben Schule und Hausaufgaben und wie sollen sie diese freie Zeit einsetzen? Es gibt sehr reformorientierte didaktische Prinzipien, zum Beispiel ist an den Universitäten jetzt weitflächig das Konzept des problemorientierten Lernens eingeführt. Das wäre sozusagen die Verknüpfung, gemeinsam mit Trägern Jugendliche für Themen zu interessieren. Vielleicht kann das ein Schlüssel sein, sie dann auch außerhalb der Schule in Verbindung mit den Trägern zu bringen und sie in diesen Themenfeldern weiter arbeiten zu lassen und ihnen die Möglichkeiten zu bieten.

Vorsitzende: Dankeschön. Wir kommen jetzt wieder zur Fraktion DIE LINKE. Herr Wunderlich, die Fragen von Frau Dittrich waren schon gestellt. Ich weiß nicht, wie Sie es handhaben wollen.

Abg. **Jörn Wunderlich** (DIE LINKE.): Für diese Antworten bleibt noch Zeit. Ich habe eine ganz kurze Frage. In den Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichts heißt es: „Für sozial benachteiligte

Kinder, Jugendliche und ihre Familien ist ein niedrigschwelliger Zugang zu allen Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen. Dazu ergänzend sind überall dort Möglichkeiten der Kostenerstattung zu schaffen, wo Kinder und Jugendliche aus finanziellen Gründen von gesundheitsfördernden Angeboten ausgeschlossen sind.“ Die Bundesregierung plant nun gerade das Bildungs- und Teilhabepaket. Dort sind für jedes Kind 10 Euro pro Monat für die Integration vorgesehen. Frage an Herrn Professor Geene und an Herrn Professor Keupp: Sehen Sie diese Maßnahme der Bundesregierung nicht eher kontraproduktiv zu dem Ziel der Inklusion?

Prof. Dr. Raimund Geene (HS Magdeburg-Stendal): Danke für die Frage. Die Antwort ist ganz eindeutig Ja. Grundsätzlich ist dieses Kostenerstattungsprinzip eher diskriminierend und erniedrigend. Das ist im Grunde genau das System, von dem wir möglichst wegkommen sollten. Es flächendeckend einzuführen, konterkariert eigentlich das vordergründig gesetzte Thema. Es führt geradewegs zum Nachteil. Frau Dittrich hatte in der letzten Runde schon danach gefragt, was man mit diesen vielfachen Erkenntnissen machen kann. Heiner Keupp hat auch schon auf Wilkinson verwiesen und auf die große Belastung, die diese Ungleichheit für die ganze Gesellschaft bedingt. Ich kann nur sagen, dass das auf beiden Ebenen stattfinden sollte. Zum einen auf der Ebene von sozialen Bewegungen, die Frau Dittrich schon angedeutet hatte, dass es tatsächlich immer wieder thematisiert werden muss. Wir brauchen stärker emanzipatorisch ausgerichtete soziale Bewegungen, auch für Kinder. Dazu gehören Kinderrechte ins Grundgesetz, dazu gehört der ganze Partizipationsansatz. All das, was theoretisch richtig durchdacht ist, muss auch weiter vermittelt werden. In gewisser Weise könnte man sogar Dormagen als eine kleine soziale Bewegung betrachten, die wir häufiger wollen. In dem Zusammenhang hat Rosenbrock immer wieder den Setting-Ansatz als künstlich induzierte Gesundheitsbewegung bezeichnet. Das ist richtig. Wir müssen diese Bewegung auch dafür initiieren. Gleichzeitig hat es eine hohe Rationalität. Darin findet ja nicht Ideologie statt, sondern es hat eine hohe Rationalität, wenn Menschen sich für ihre Lebensverhältnisse auch im Sinne von bürgerschaftlichem Engagement selber organisieren. Es ist Sinn der Sache, genau diese Selbstorganisation auf allen Ebenen anzureizen. Ob man das unbedingt mit den jetzt vorgegebenen Verschärfungen machen muss, ist allerdings in meinem Sinne definitiv nicht angedacht. Aber es ist richtig, auf beide Komponenten zu setzen; sowohl die Rationalität von gesundheitlicher Entwicklung, Stichwort Wilkinson, als auch auf die soziale Bewegung innerhalb der Gesellschaft.

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München): Ähnlich wie mein Kollege glaube ich, dass dieses gerade geschnürte Paket nicht in die richtige Richtung geht. Ich spreche jetzt nicht als Vorsitzender der Kommission, sondern als Privatmann. Ich bin ein großer Anhänger einer gut entwickelten Kindergrundsicherung. Darüber kann man streiten. Ich habe sie vorhin sehr weit definiert, aber es gehört natürlich auch eine bestimmte materielle Grundausstattung dazu. Ich bin ein Anhänger dieser Bewegung, die von einigen Wohlfahrtsverbänden und Gewerkschaften auf den Weg gebracht worden ist, weil es da nicht mehr darum geht, ob man Kindern bestimmte Gelder direkt überweisen sollte oder nicht, weil doch wieder der Missbrauchsverdacht die zentrale Kategorie ist. Ich finde, dass Kinder als eigenständige Subjekte auch ein Anrecht haben, die Art von finanzieller Grundausstattung zu

bekommen, die notwendig für die Teilhabe an unserer Gesellschaft ist. Diese 10 Euro oder auch das Gutscheinsystem sind von einer Verdachtslogik bestimmt; der Verdacht wird permanent geäußert. Der mag in dem einen oder anderen Fall auch berechtigt sein, aber generell kann das nicht die Grundlage einer politischen Strategie sein. Deswegen nochmal ganz klar: Ich finde, wir brauchen wirklich eine Politik der Befähigung und der Befähigungsgerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen. Es gibt all die Dinge, über die wir heute intensiv geredet haben, wo immer gedacht wird, die können das doch gar nicht, da muss erst einmal die professionelle Kontrolle kommen. Ich bin ein großer Anhänger von selbstorganisierten Elternprojekten. Die Förderung solcher Initiativen muss eine hohe Priorität haben und nicht die Philosophie, eigentlich können sie es ja alle nicht und nur wir können für sie noch Bedingungen schaffen, damit sie einigermaßen auf den richtigen Weg gebracht werden.

Vorsitzende: Vielen Dank. Dann kommen jetzt noch die Fragen von Frau Dittrich. Wenn Sie vielleicht noch einmal die Stichworte nennen würden. Sie hatten Frau Professor Wacker und Herrn Professor Geene angesprochen. Herr Fegert musste leider schon gehen.

Abg. **Heidrun Dittrich** (DIE LINKE.): Die Fragen wurden zum Teil jetzt schon von Herrn Geene und den anderen mit besprochen. Bei Frau Professor Wacker war nur noch die Frage nach der gesellschaftlichen Umbildung durch Inklusion offen. Das bedeutet viel und Sie sollen jetzt keine neue Gesellschaft entwerfen, aber was kann Inklusion stoppen im Prozess des Sozialabbaus, den wir gerade erleben?

Prof. Dr. Elisabeth Wacker (TU Dortmund): Ich möchte lieber umgekehrt fragen, was Inklusion befördern kann, nicht stoppen. Habe ich es richtig in Erinnerung, dass Sie bei Ihrer Frage in der letzten Runde die Jugendarbeitslosigkeit angesprochen haben? Aber es ist letztendlich egal, auf welche Teile der gesamten Leistungsgestaltung man schaut. Zu inklusionshinderlichen Mechanismen fällt mir im Kontext der Jugendarbeitslosigkeit allerdings einiges ein. Wir haben ein für Jugendliche mit Behinderungen voll ausgereiftes exklusives System der Hineinführung in die berufliche Qualifikation, die dann irgendwann in der Werkstatt für Behinderte Menschen endet, und dazwischen werden sehr viele Ressourcen eingesetzt. Die Frage ist, ob man nicht Teilhabe durch ein *supported employment*, also eine tatsächlich dort im Bildungssystem ansetzende Unterstützungsleistung, sehr viel besser erreichen kann, als durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und ähnliche Systematiken. Im Übrigen ist jetzt schon vieles gesagt worden. Wir brauchen professionelle Grenzgänger, also nicht nur, sich auf Augenhöhe zu begegnen, sondern auch, mehr umeinander zu wissen und sich sicherer sein bei der Überschreitung der uns jetzt gewohnten und in den Systemen liegenden Gewissheiten. Daran muss man arbeiten. Und wir brauchen tragfähige Netzwerke, die werden vor Ort experimentiert werden müssen. Das heißt, wir brauchen auf der einen Seite die fachlichen Diskurse, die schon mehrfach angesprochen wurden. Wir brauchen aber auch die konkreten Erfahrungen vor Ort. Es geht also auch darum, es tatsächlich zu tun, dabei die Erfahrungen zu sammeln und systematisch die Wirkungen von Maßnahmen zu überprüfen und zu kommunizieren. Das wäre mein Hinweis.

Vorsitzende: Meine Damen und Herren, wir konnten heute eine ausgesprochen interessante und anspruchsvolle Anhörung erleben. Ich möchte mich bei den Sachverständigen ganz herzlich für Ihre Expertise und für ihre Geduld bedanken, aber auch für Ihre deutlichen Hinweise, dass die Politik gefordert ist, und zwar nicht nur dieser Ausschuss, aber ganz sicherlich besonders dieser Ausschuss. Ihren Hinweis, doch sozusagen grenzüberschreitend zu arbeiten, habe ich sehr wohl aufgenommen und bin sicher, dass wir als Ausschuss dieses Signal auch weitertragen werden. Herzlichen Dank. Damit schließe ich die öffentliche Anhörung.

Schluss der Sitzung: 14:05 Uhr

Sibylle Laurischk, MdB

Vorsitzende