



Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert - Universität Ulm
Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie –
Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm

**Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert**

☎ (07 31) 5 00-6 16 00/01

📄 (07 31) 5 00-6 16 02

19. Oktober 2010

Stellungnahme zur Anhörung zum 13. Kinder- und Jugendbericht vor dem Familienausschuss des Deutschen Bundestags am 25.10.2010 in Berlin

Die Fragen zum 13. Kinder- und Jugendbericht, die dieser Anhörung zugrundeliegen, möchte ich aus meiner fachlichen Perspektive als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut primär beantworten. In dieser Funktion habe ich sowohl in der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen als auch als Forscher vielfältigste Erfahrungen mit den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der Behindertenhilfe gesammelt und zudem, gemeinsam mit Tania Besier, eine Expertise für diesen Kinder- und Jugendbericht erstellt (Fegert und Besier 2009).

Versäulung der Ressorts und Reibungsverluste an Schnittstellen

Im 13. Kinder- und Jugendbericht wird Gesundheit unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention erstmals in den Kontext der Kinder- und Jugendhilfe gestellt. In meiner Tätigkeit gehören Medizin, und damit die gesundheitlichen Belange von Kindern und Jugendlichen, und die Kinder- und Jugendhilfe mit ihrem Auftrag der Förderung der Entwicklung und Erziehung von Kindern und der Unterstützung der Eltern in der Erziehung ihrer Kinder, schon immer unabdingbar zusammen. Insofern sehe ich einen Schwerpunkt des Berichtes in der Problematisierung und der Bearbeitung der unbestrittenen und systematischen Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesens und Behindertenhilfe in der Versorgung von psychisch kranken und oder mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen. Ich möchte diesen Aspekt der gesundheitsbezogenen Prävention und der Gesundheitsförderung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe exemplarisch für die Entwicklungsaltersbereiche der unter Dreijährigen und dem der Jugendlichen diskutieren. Beides sind Entwicklungsphasen mit besonderen Anforderungen und Bedürfnissen, die mit raschen und qualitativ großen Entwicklungsveränderungen einhergehen.

Das Säuglings- und Kleinkindalter als Entwicklungsphase besonderer Vulnerabilität

Das Säuglings- und Kleinkindalter ist eine Entwicklungsphase besonderer Vulnerabilität. Die Befindlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern ist in diesem Alter sehr eng vom Zusammenspiel gesundheitlicher und psychologischer bzw. sozialer Faktoren abhängig. Hinzu kommt, dass Säuglinge physisch wie psychologisch auf elterliche Fürsorge angewiesen sind und gleichermaßen körperliches bzw. gesundheitliches Wohlbefinden ebenso wie Unwohlsein oder Verhaltensprobleme auch von der Qualität der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen entscheidend mit bestimmt wird. Ist die Versorgung und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können akute Gefährdungssituationen sehr abrupt eintreten. Gerade bei kleinen Kindern verschwimmen die Grenzen zwischen latenter Gefährdung und lebensbedrohlichen Situationen (z.B. Gefahr raschen Austrocknens bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr); es kommt zu einem fließenden, häufig für das Helfersystem plötzlichen und überraschenden Übergang (Ostler & Ziegenhain, 2007). Die schrecklichen Fälle, die in den Medien zum Teil skandalisiert werden, machen betroffen und lösen hoch emotionalisiert geführte Diskussionen mit dem Ruf nach besserer Vernetzung und Prävention in Fachkreisen aus (Fegert et al. 2010b).

Das Säuglings- und Kleinkindalter ist eine Phase, in der Kooperation und Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe zwingend ist. Praxiserfahrungen zeigen aber, dass insbesondere dann, wenn auch hohe interdisziplinäre Anforderungen vorhanden sind, nicht selten Reibungsverluste in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Hilfesysteme auftreten. In der frühen Kindheit haben oft nur Fachkräfte im Gesundheitsbereich, etwa Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen oder Kinderärztinnen und Kinderärzte Kontakt zum Kind und seinen Eltern. Zuständig für weitergehende Hilfen wie etwa für die Vermittlung eines Platzes in der Kindertagesstätte oder für die einer Fachfrau, die bei der Alltagsbewältigung und der Erziehung unterstützen kann (die so genannte sozialpädagogische Familienhilfe) ist die Kinder- und Jugendhilfe. Sie ist darüber hinaus zuständig für die Sicherung des Kindeswohls und für den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung. Haben die Eltern spezifische Probleme im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung oder Suchterkrankung sind z. B. wiederum medizinische Fachkräfte im sozialpsychiatrischen Dienst oder die Suchtkrankenhilfe eingeschaltet, ohne dass hier gewöhnlich eine direkte organisierte Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe bestünde. Insbesondere an den Übergängen vom Gesundheitswesen zur Kinder- und Jugendhilfe fallen Familien, die frühe und präventive Unterstützung benötigen, häufig durch die Systemlücken. Es fehlt in der Regel eine verbindliche Verfahrensroutine, über die Eltern weitervermittelt werden.

Jugendalter als Entwicklungsphase mit Risikobereitschaft

Das Jugendalter ist eine Phase mit gravierenden Veränderungen und Umbrüchen in allen Entwicklungsbereichen. Damit verbunden sind hohe Anpassungsanforderungen an die Jugendlichen. Mit den biologischen und reifungsbedingte Veränderungen einher gehen tiefgreifende emotionale und kognitive Veränderungen mit entsprechenden Anforderungen, diese neuen Kompetenzen in die bisherige interne Struktur zu integrieren bzw. diese zu reorganisieren. Zentrale Entwicklungsaufgabe im Jugendalter ist die Stabilisierung von Identität und Autonomie (Erikson, 1968), aber auch andere Entwicklungsaufgaben wie die der Gestaltung der Beziehungen mit Gleichaltrigen und dabei die Gestaltung von Nähe/Intimität und Vertrauen mit dem eigenen und dem anderen Geschlecht, die (Neu-) Gestaltung der Beziehung mit den Eltern oder die Entwicklung von Selbstverantwortung/Selbstständigkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen (DeHart, Sroufe & Cooper, 2004). Die hohe emotionale Sensibilität (Egozentrismus, Elkind, 1967), die im Jugendalter auftaucht, sowie neue Fähigkeiten in Möglichkeiten zu denken, Hypothesen über Sachverhalte anstellen zu können und das eigene Selbst nun über Zeit und Raum wahrnehmen und reflektieren zu können, erweitert die sozial-emotionalen und kognitiven Kapazitäten in beträchtlicher Weise: Jugendliche können nun ihre unterschiedlichen sozialen Umwelten und Beziehungen kritisch reflektieren, Diskrepanzen aushalten und integrieren bzw. auch alternative (Handlungs-) Möglichkeiten abwägen.

Bei Jugendlichen in dieser sensiblen und qualitativen wesentlichen Umbruchphase gelten Problemverhaltensweisen wie Schulschwänzen, Schulschwierigkeiten, Drogen-/Alkoholkonsum, oder Diebstahl als ein entwicklungstypisches und dabei vorübergehendes Phänomen ("risk-taking", Igra & Irwin, 1996) und werden etwa mit dem Bestreben nach Autonomie bzw. der Demonstration von Autonomie erklärt, im Sinne eines symbolischen Zugangs zu den Privilegien der Erwachsenen. In dieser Umbruchphase sind aber insbesondere Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen und Jugendliche mit unsicheren Beziehungsvorerfahrungen in besonderer Weise gefährdet, dass sich solche entwicklungstypischen Problemverhaltensweisen chronifizieren bzw. bereits bestehende Probleme in dieser Entwicklungsphase massiv verstärken (antisoziales Verhalten, in Kumulation und Wechselwirkung mit anderen Risiken, von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter Farrington & West, 1990; Fegert et al. 2009). Die Jugendlichen, welche in stationären Hilfen im Bereich der Jugendhilfe untergebracht sind, sind auch im Gesundheitswesen eine Hochrisikoklientel. Unsere mittlerweile mehrfach in Deutschland replizierten Untersuchungen zu Heimkindern, welche sich nun auch durch unsere Befunde aus der Schweiz bestätigen lassen, zeigen, dass über 60 % der Heimkinder auch behandlungsbedürftige kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen aufweisen. Auch ist die Symptombelastung dieser Kinder und die Belastung durch mehrere psychische Probleme gleichzeitig deutlich höher als in ambulanten Inanspruchnahmepopulationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ihr Zugang zu Hilfen aus dem Gesundheitswesen, insbesondere zur Psychotherapie, ist aber eher von Strukturen der Jugendhilfe (vorhandensein eines

Heimpsychologen, einer Heimpsychologin) abhängig, denn von einer Indikationsstellung (Übersicht zur Literatur siehe Fegert und Besier 2009). Besonders schlecht sieht es mit der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlichen in Heimen aus, obwohl die Traumabelastung auch die segmentielle Traumabelastung dieser Kinder unumstritten recht hoch ist (Fegert et. al. 2010a). Auch die aktuell geführte Debatte am Runden Tisch zeigt, dass hier spezifische Angebote fehlen. Gleichzeitig muss betont werden, dass Institutionen, in Bezug auf den sexuellen Missbrauch, nicht nur einen riskanten Ort darstellen sondern, dass sie oft der einzige Schutz für Kinder und Jugendliche sind. Hier gibt es keine klaren Alternativen. Sexueller Missbrauch und Übergriffe in Institutionen sind keine „Nähe-Distanz-Probleme“, helfende Arbeit kann auch nur in Nähebeziehungen geleistet werden. Vielmehr geht es darum durch Transparenz und Beschwerdesystem in Institutionen sicher zu stellen, dass diese wichtigen Bereiche der Hilfe auch tatsächlich sichere Orte sind. Eine stärkere Offenheit nach außen, z. B. durch die Wahrnehmung therapeutischer Angebote bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzten kann hier auch zum Schutz von Kindern und Jugendlichen beitragen, denn das Angebot von Gesprächen bei der Heimpsychologin und beim Heimpsychologen, welche in die Hierarchie einer missbrauchenden Institutionen eingebunden scheinen, wird für viele Kinder und Jugendliche nicht der geeignete Ort sein, wo sie sich anvertrauen können.

Gesellschaftlich schwierige Bedingungen mit unklaren Zukunftsaussichten für Jugendliche können eine gelingende Lösung dieser umfänglichen Entwicklungsaufgaben behindern. Im Ausbildungs- und Arbeitsbereich etwa besteht die Gefahr, dass ganze Teilmengen einer Generation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen „aussteigt“ und der Gesellschaft verloren geht. Eine zahlenmäßig zwar kleine, aber hoch belastete Gruppe von Jugendlichen mit psychischen Störungen und traumatischen Vorerfahrungen in stationären Einrichtungen überfordern gleichermaßen das Jugendhilfe- und das Gesundheitssystem und belegen, wie unzulängliche Kooperation und Vernetzung zwischen den Systemen im Alltag funktionieren. Auch **für diese Jugendlichen ist eine adäquate Versorgung nur durch eine systematische und verbindliche Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und dem Rehabilitationssystem möglich.** Gleichzeitig verursachen diese Jugendlichen **enorme Kosten und Folgekosten.** Gemäß dem Grünbuch psychische Gesundheit der EU (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005) beziehen sich diese Folgekosten nicht nur auf das Gesundheits- und das Jugendhilfesystem bzw. den Bereich der Rehabilitation, sondern auch auf das Bildungssystem, die Arbeitswelt sowie auf den Bereich der Justiz.

Bisweilen entsteht der Eindruck, dass die Jugendlichen mit ihren besonderen entwicklungstypischen Problemen und Bedürfnissen über die derzeitigen und wichtigen Diskussionen um Kinderschutz und Frühe Hilfen verloren gehen. Sie tauchen allenfalls in der Debatte um jugendliche Migranten, hier bisweilen auch als deutsche Minorität in bestimmten Schulkontexten, z. B. Hauptschulen, in einer ebenfalls wiederum stark skandalisierten

öffentlichen Debatte auf. Eine systematische konzeptionelle Befassung mit Fragen der Jugendpolitik scheint aber derzeit weitgehend zu unterbleiben. Auch hier wären natürlich insbesondere die Schnittstellen zum Gesundheitswesen und zum BMAS sowie zum BMBF, mit Blick auf Ausbildungskarrieren und Eingliederung in die Arbeitswelt, zu bearbeiten.

Schnittstellenproblematik im 13. Kinder- und Jugendbericht und wenig ausgeführte Lösungswege

Voranstellen möchte ich, dass wir in Deutschland gute Sozialstrukturen und sozialrechtliche Grundlagen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Gesundheit, der Kinder- und Jugendhilfe und der Rehabilitation haben. Diese werden im 13. Kinder- und Jugendbericht ausführlich dargestellt. Der Bericht arbeitet auch heraus, dass insbesondere an den Schnittstellen zwischen den Systemen strukturelle Reibungsverluste in der Kooperation der Hilfesysteme bzw. aufgrund häufig unklarer Finanzierungszuständigkeiten bestehen. Für Kinder und Jugendliche, die auf Hilfen und Leistungen aus verschiedenen Systemen angewiesen sind, bedeuten diese Reibungsverluste Zeitverluste, aber auch unzureichende oder gar fehlende Versorgung.

Bedauerlich ist allerdings, dass die Kommission des 13. Kinder- und Jugendhilfeberichtes in ihren Empfehlungen (S. 247 ff) die gemeinsame Aufgabe des Gesundheits- und Jugendhilfesystems in der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention eher bescheiden und defensiv interpretiert. So heißt es etwa: (Da) „...die Kinder- und Jugendhilfe weder über eigene Geldmittel verfügt, die zu verteilen wären, noch über Rechtsmittel oder andere gesellschaftliche Steuerungsmedien“, lägen ihre Möglichkeiten eher in „pädagogischen Prozessen“ als vorrangiges Medium der Leistungserbringung. Ich kann hier die Enttäuschung der damaligen Bundesregierung über fehlende Konkretisierungen teilen. Gleichzeitig zeigt sich hier aber auch die Enttäuschung über jahrzehntelange unzureichende politische Aktivitäten.

Ich hätte mir gewünscht, dass Visionen einer integrierten Kinder- und Jugendhilfe deutlich aktiver positioniert und über die bisherigen Zuständigkeiten und Möglichkeiten hinaus, Vorschläge unterbreitet und konkrete Empfehlungen gemacht werden. Leider fehlen konkrete ressortübergreifende Forderungen an die Politik, damit auch anderen Systeme verpflichtend in kooperative Netzwerke, zum Wohle von Kindern und Jugendlichen und ihrer Gesundheit, eingebunden werden, weitgehend.

Ich hätte mir hier sehr konkrete Umsetzungsvorschläge gewünscht, die über den Appell und die Feststellung, dass etwa im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz oder in der Versorgung von psychosozial hoch belasteten und traumatisierten Kindern und Jugendlichen interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar ist, hinausgehen. Dieser Gemeinplatz ist nämlich

derzeit akzeptiert und gerade der Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz etwa, bieten die derzeit verstärkte Aufmerksamkeit und die vielfältigen Initiativen, Entwicklungschancen von Kindern sicherzustellen und frühzeitig zu fördern, eine gute Ausgangskonstellation, die Versorgung interdisziplinär auszurichten. Allein Appelle in Sonntagsreden und Problembeschreibungen reichen nicht. Es müssen kooperative Lösungsvorschläge aus unterschiedlichen Ressorts erfolgen. Insofern wäre aus meiner Sicht auch eine gemeinsame Befassung des Gesundheitsausschusses und des Familienausschusses mit diesem Bericht für das Parlament die logische Konsequenz gewesen, um hier gegen die hinderliche Versäulung anzugehen.

Notwendigkeit von Kooperation und Vernetzung zwischen den Versorgungssystemen

Richtig ist, dass sich allein aus dem KJHG heraus eine bessere Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe nicht erzwingen lässt. Auch im SGB V sowie im Rehabilitationsrecht muss die erforderliche Zusammenarbeit verbindlich geregelt werden. Diese muss, auch, um von Lippenkenntnissen und Unverbindlichkeit wegzuführen, in der Finanzierung und konkreten Leistungserbringung geregelt werden. Sicherlich wird dies nicht ohne strategischen Einsatz von Mitteln, d. h. durch eine vernünftige Ressourcenallokation, möglich sein. Weitaus schwieriger aber scheint die Etablierung systematischer interdisziplinärer Zusammenarbeit sowohl in der abgestimmten Gewährung unterschiedlicher Hilfen als auch in deren Finanzierung, etwa **Mischfinanzierung** bzw. die Finanzierung von **Komplexleistungen**. Bisher fehlt ein systematisches und verbindliches Zusammenwirken von Fachkräften, die für unterschiedliche und interdisziplinäre Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsansätze stehen.

Unsere eigenen Erfahrungen mit dem Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ belegen, dass Frühe Hilfen und damit Prävention im Kinderschutz durch interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung beträchtlich verbessert werden können. Das Modellprojekt wurde in gemeinsamer Initiative und Förderung der vier Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen durchgeführt. Die Förderung der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes erfolgt im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (www.uniklinik-ulm.de/kjpp > Forschung > Guter Start ins Kinderleben > Werkbuch Vernetzung).

Für eine optimale Unterstützung und Versorgung belasteter Eltern wurden, gemeinsam mit der Praxis, interdisziplinäre Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen erprobt und entwickelt. Diese bauten ausdrücklich auf bestehenden Regelstrukturen auf, beziehungsweise wurden in bestehende Regelstrukturen eingebunden. Dabei war es wichtiger Schwerpunkt, Angebote von Jugend- und Gesundheitswesen systematisch miteinander zu koordinieren und dieses

Vernetzungskonzept auf der Basis bestehender sozialrechtlicher Grundlagen, Leistungsansprüche und vorhandener Angebote bzw. Zuständigkeiten auf Praxistauglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen. Ziel war es, passgenaue und lückenlose Angebote für die frühe Kindheit vorzuhalten und die bestehende Angebotsstruktur zu optimieren und gegebenenfalls zu ergänzen.

Zentrales Ergebnis des Projektes war, dass die **Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen**, insbesondere zwischen der Jugend- und der Gesundheitswesen **verbindlich ausgehandelt** werden muss. Die **flächendeckende Einführung und Optimierung von gesicherten und verbindlichen Kooperationsverfahren** sind wichtige Aspekte, um Kinderschutz nachhaltig und systematisch abzusichern. Verfahrenswege und Vorgehensweisen müssen in ruhigen Zeiten ausgehandelt und abgestimmt werden, um dann im Einzelfall zu funktionieren. Dies gelingt nur, wenn vor Ort gleichermaßen die professionellen Akteure aktiv beteiligt sind als auch die fachlich und politisch Verantwortlichen Zuständigkeiten und Strukturen administrativ verankern und steuern. Zumindest in der Phase der Etablierung von Vernetzungsstrukturen sind hierfür **zusätzliche personelle und zeitliche Ressourcen** notwendig. Interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen müssen jeweils kommunal entwickelt werden. Für eine systematische Verbreitung in die Fläche aber bedarf es unbedingt der **landespolitischen Steuerung**. Rheinland-Pfalz hat hier etwa in seinem Landeskinderschutzgesetz interdisziplinäre Vernetzung nicht nur normiert, sondern auch finanziert ebenso wie Bayern mit den Koordinierenden Kinderschutzstellen flächendeckende Vernetzungsstrukturen etabliert und finanziert hat.

Finanzierung von Vernetzungsarbeit auf der Fallebene

Bei allem Lob für solche Beispiele einer konsequenten und systematischen Steuerung ist allerdings psychosoziale Diagnostik und Koordinierung oder Weitervermittlung von Hilfen ins interdisziplinäre Versorgungsnetz nicht ausfinanziert. Im Rahmen des DRG-Systems in den Kliniken bzw. der Gebührenordnung bei den niedergelassenen (Fach-) Ärzten gibt es keine ausfinanzierten Ressourcen für die stets geforderte Vernetzungsarbeit. In diesem Bereich, aber auch insgesamt in allen Bereichen der interdisziplinären Zusammenarbeit ist es dringend notwendig, dass **Vernetzungsarbeit vernünftig finanziert und in Stellenbeschreibungen als zentrale Aufgabe dokumentiert** wird.

Mischfinanzierung und Komplexeleistungen

Ein ebenso gravierendes strukturelles Problem im Kinderschutz, aber auch in vielen anderen Bereichen und dabei insbesondere eben bei besonders gefährdeten oder beeinträchtigten

Kindern und Jugendlichen ist, dass in Fragen der Finanzierung von Hilfen üblicherweise eine Ressortabgrenzung herrscht. Eine systematische Lösung der Finanzierung von Hilfen und Maßnahmen im Kinderschutz oder bei schwer belasteten Jugendlichen an der Schnittstelle zwischen den Systemen ist nicht in Sicht. Komplexleistungen, wie sie im Übrigen vom Gesetzgeber in einigen Bereichen, wie etwa der Frühförderung, explizit vorgegeben sind, werden nicht oder eher nur in Ausnahmefällen vereinbart. Insgesamt besteht der Eindruck, dass Komplexleistungen und Mischfinanzierungen vielerorts keine hinreichende Akzeptanz bei den Kostenträgern haben. Hier scheint in fast schon absurder Weise lieber jeder Kostenträger Mehrkosten in Kauf zu nehmen, als sich mit seinen Partnern auf Mischfinanzierungen zu einigen. Fachlich zwingend notwendige ressortübergreifende Angebote intelligent mischzufinanzieren und über die Systeme hinweg zu steuern, ist in der Praxis bisher eher schwer möglich. Hier besteht dringender Verbesserungsbedarf, und zwar sowohl auf der kommunalen Ebene, der Ebene der Länder und der des Bundes: Dabei sind ressortübergreifende Absprachen zwingend.

Empfohlen wird, koordinierte Leistungserbringung im SGB V, im SGB IX und im SGB VIII zu regeln und mit einer gezielten Steuerungspolitik zu verbinden. Letzteres deshalb, weil Erfahrungen gezeigt haben, dass sinnvolle Bestimmungen zu Komplexleistungen nicht zwangsläufig zu einer Überwindung von Ressortgrenzen führen (Beispiel Frühförderung oder Betreuung suchtgefährdeter, suchtkranker Jugendlicher etc.).

Interdisziplinäre Standards und gemeinsame Sprache

Erwähnen möchte ich, dass außerdem vielerorts Fachkenntnisse bzw. empirisch abgesicherte Verfahren fehlen und damit eine effiziente Zusammenarbeit und Versorgung beeinträchtigt wird. Beispielsweise gibt es im Kontext der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung keine empirisch fundierten Risikoscreeningverfahren, die neben kinderärztlichen Kriterien kinderpsychiatrisch, entwicklungspsychologisch und psychosozial relevante Kriterien einbeziehen. Landesverbände wie z.B. der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte haben sich deswegen dagegen ausgesprochen, die Prüfung von Vernachlässigung oder Misshandlung mit in die Früherkennungsuntersuchungen einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat aufgrund „derzeit fehlender erprobter und wirksamer Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung“ empfohlen, keine diesbezüglichen Regelungen im Rahmen der Kinderuntersuchungen in die Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen (BVKJ, Pressemitteilung vom 16.11.2007). Dennoch und gegen fachliche Begründungen wurden in fast allen Bundesländern Früherkennungsuntersuchungen als Instrument zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdung in den Landeskinderschutzgesetzen verankert. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dann in einer jüngeren Überarbeitung dieser Richtlinien vorgeschlagen, dass Ärzte in Zukunft bei „erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung die notwendigen Schritte“ einleiten sollten, ohne diese allerdings weiter zu konkretisieren. Hier zeigt sich neben der Notwendigkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit

und Vernetzung die ebenso dringende Notwendigkeit **empirisch abgesicherte Risikoscreening und Diagnoseverfahren** zu entwickeln, die, auch im Sinne einer gemeinsamen Sprache, **interdisziplinär systematisch verwendet** werden müssen.

Gesetzlicher Regelungsbedarf im Gesundheitssystem bei der Meldung von Misshandlungs- und Vernachlässigungsfällen

Darüber hinaus existiert im Gesundheitssystem im Kontext des Kinderschutzes die Problematik, dass Misshandlungs- und Vernachlässigungsdiagnosen quasi nicht vorkommen und es **keine Kostenregelung für diese schwierigen Fälle** gibt. Dies hängt mit der **Meldepflicht nach § 294a SGB V** zusammen, die die Pflicht zur Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen beinhaltet. Um nicht zu Angaben über Ursachen und mögliche Verursacher gezwungen zu werden, verzichten Ärzte eher auf eine Misshandlungs- oder Vernachlässigungsdiagnose, da sich die Krankenkassen bei einer solchen Diagnose von den Strafverfolgungsbehörden bei der Ermittlung des Täters und des Tathergangs unterstützen lassen. Kaum je kann dabei im Zusammenhang mit Kinderschutzfällen der ursprüngliche Normzweck, nämlich die Kostenheranziehung des Verursachers, bewerkstelligt werden. Diese Norm führt jedoch dazu, dass uns vernünftiges statistisches Material aus dem Gesundheitsbereich, z. B. in Krankenkassendaten und Datensätzen der Kassenärztlichen Vereinigungen, generell fehlt. Finanziell arbeiten Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater also bei diesen hochkomplexen Fällen in einer Art Niemandsland bzw. unter dem Deckmantel anderer psychiatrischer oder somatischer Diagnosen. Hier besteht eindeutig **gesetzlicher Regelungsbedarf**.

Eine aus wissenschaftlicher Sicht begrüßenswerte Folge wäre zudem eine deutlich verbesserte Datenlage über das Auftreten von Fällen von Misshandlung und Vernachlässigung im Gesundheitssystem. Hier besteht eine wichtige Schnittstelle zum derzeit in der Diskussion befindlichen Neuanlauf für ein **Bundeskinderschutzgesetz**. Darin ist eine Erweiterung der Datenbasis zum Kinderschutz in der Kinder- und Jugendhilfestatistik vorgesehen („§ 8a-Statistik“). Die Etablierung eines bundesweiten Monitorings Kindeswohlgefährdung ist eines der fünf zentralen Gesundheitsziele der Berichtskommission, das im Kontext des Gesundheitsziels „früher Förderung der Entwicklung von Kindern“ aufgestellt wurde. In dieser § 8a-Statistik geregelt werden soll die Erhebung von Merkmalen über die Anzahl der bekanntgewordenen Kinderschutzfälle, über die Einschätzung des Gefährdungsrisikos, die eingeschalteten Kooperationspartner sowie über die Maßnahmen bei einer festgestellten Gefährdung. Eine systematische Statistik im Gesundheitssystem wäre eine zwingende und wertvolle Ergänzung, zeigen doch internationale Befunde, dass gesundheitliche Parameter, die im Krankenhaus, bei Ärzten oder auf Notfallstationen erhoben werden, aufgrund ihrer relativen Objektivität, zentrale Zielgrößen im Kinderschutz sind.

Große Lösung und Inklusion

In die Diskussion um die Schnittstellenproblematik bzw. um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe gehört natürlich auch die Diskussion um die so genannte „großen Lösung“. Diese Diskussion um die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder, auch für Kinder mit körperlichen oder geistigen Behinderungen wurde bereits vor der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahre 1990 geführt. Nicht zuletzt war die Umsetzung der „großen Lösung“ bisher an einem deutlichen Widerstand von Elterngruppierungen und Verbänden der Leistungserbringer gescheitert. Grund war die Sorge um eine Leistungsver schlechterung im Kinder- und Jugendhilfesystem sowie das Schnittstellenproblem der Aufteilung zwischen örtlichen und überörtlichen Kostenträgern. Dabei wurden insbesondere Unklarheiten und Einschränkungen bei den teureren stationären Maßnahmen befürchtet, wenn die Zuständigkeit von überregionalen Sozialhilfeträgern auf die örtliche Ebene übergehen würde. Die kommunalen Spitzenverbände waren äußerst skeptisch, ob eine solche zusätzliche Aufgabe auch wirklich fair durch die Weiterreichung der entsprechenden Mittel finanziert werden würde. So kam es zur Aufspaltung des Personenkreises der Kinder mit Behinderung.

Mit der „**kleinen Lösung**“, die letztlich als Kompromiss eingeführt wurde, übernahm die Kinder- und Jugendhilfe die Zuständigkeit für die Kinder, die von einer seelischen Behinderung bedroht oder seelisch behindert waren, und wurde durch die Einführung des § 35a SGB VIII zu einem Rehabilitationsträger bei psychischen Störungen und Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (keine Rentenversicherungsansprüche von Kindern und Jugendlichen, Rehabilitation nicht im Leistungsspektrum von Krankenkassen). Für diese Aufgabe insbesondere im Suchbereich hat die Kinder- und Jugendhilfe bisher teilweise keine aktive Identität entwickelt. Auch hier geht es, analog zu den bereits aufgeführten Problemen bzw. Lösungsansätzen, darum, **systematische und verbindliche Modelle einer Finanzierung durch Komplexeleistungen** zu entwickeln. Einzelne Modellprojekte belegen, dass interdisziplinär notwendige Rehabilitationsmaßnahmen mit einem geregelten Kostenträgermix durchgeführt werden können, an dem sich Jugendhilfe und Krankenversicherung beteiligen.

Inklusion für alle Kinder, behinderte oder nicht behinderte Kinder, ist nur durch die „große Lösung“ realisierbar. Die Notwendigkeit eines inklusiven Ansatzes wird im 13. Kinder- und Jugendbericht unterstrichen und begründet. Vor dem Hintergrund des Integrationsgedankens sind alle Kinder mit Behinderung oder drohender Behinderung, d. h. alle Kinder und Jugendliche mit Teilhabebeeinträchtigung, primär Kinder, d. h. junge Menschen mit einem erzieherischen Bedarf. Alle Kinder, auch behinderte Kinder, haben ein Recht darauf, dass ihre Bedürfnisse im erzieherischen Bereich wahrgenommen und adressiert werden. Diese Forderung wird im Übrigen auch durch die UN-Kinderrechtskonvention festgeschrieben, die 2006 verabschiedet wurde (Inklusion von Menschen mit Behinderung als zentrale Forderung). Dieser erzieherische Bedarf

ist teilweise gerade wegen der drohenden Behinderung erhöht. Insofern ist es unsinnig bei der Organisation von Hilfen für diese Kinder und ihre Familien die Frage der Rehabilitation in Bezug auf die Behinderung, also die Eingliederungshilfe, vom erzieherischen Bedarf zu trennen. Während körperliche und auch die geistige Behinderung in der Regel irreversible Zustände darstellen, haben manche schweren seelischen Beeinträchtigungen, gerade im Kindes- und Jugendalter, erfreulicher Weise eine mehr oder weniger günstige Prognose, so dass die generelle frühe Zuordnung dieses Personenkreises in einen Behindertenpersonenkreis keinen Sinn macht. Sehr häufig besteht nämlich die Hoffnung, dass bei geeigneten Maßnahmen die Behinderung gar nicht bis ins Erwachsenenalter fortauern wird. In der Regel benötigen solche Kinder auch keine Spezialeinrichtungen, welche ihrer Behinderung in besondere Weise gerecht werden, sondern sie sind in den üblichen erzieherischen Angeboten der Jugendhilfe, wenn diese vernünftigerweise medizinisch und therapeutisch unterstützt werden, adäquat und vor allem integriert gut versorgt.

Des Weiteren sind gerade im Kleinkindalter und im Vorschulalter, also im Bereich der frühen Förderung, massive Entwicklungsrückstände bisweilen nicht eindeutig auf eine z. B. genetisch bedingte geistige Behinderung oder auf Umweltursachen wie mangelnde Förderung zurück zu beziehen. Eine kausale Zuordnung fällt häufig schwer. Vielmehr geht es um frühe Förderung und es zeigt sich dann häufig erst im Verlauf, wie viel Entwicklungsfortschritte unter Förderung gemacht werden konnten. Erst dann wird klar, ob ursächlich stärker endogene biologische Faktoren die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigten oder ob eine ungenügende Förderung zum massiven Entwicklungsrückstand beigetragen hatte. Gerade in dieser Altersgruppe sind (von Ausnahmen wie dem frühkindlichen Autismus oder bei einigen genetischen determinierten Syndromen abgesehen) Behinderungsdiagnosen eher vage und unzuverlässig. Die wahrnehmbare Beeinträchtigung und der Förderbedarf sind hingegen offensichtlich. Es macht deshalb, auch vor dem Hintergrund von medizinischen und erzieherischen Förderüberlegungen, keinen Sinn, hier früh eine Zuordnung zu einem Behindertenpersonenkreis zu treffen.

Die damalige Bundesregierung geht in ihrer Stellungnahme zum 13. Kinder- und Jugendbericht über die Forderungen der Kommission hinaus. Sie unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission und „verspricht“ die Möglichkeit einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe intensiv zu prüfen. Im Koalitionsvertrag wurde dies noch einmal bekräftigt. Ebenso wurde von der ASMK/JMK der Handlungsbedarf bestätigt und es wurde kürzlich eine gemeinsame Arbeitsgruppe von ASMK, JMK, BMFSFJ, BMAS und KSV eingerichtet (September 2010).

Diese positiven und erfreulich konkreten Aktivitäten, die in Bezug auf die Umsetzung der großen Lösung seit dem Erscheinen des 13. Kinder- und Jugendberichtes in Gang gesetzt wurden, lassen hoffen, dass nach nunmehr zwanzig Jahren die längst überfällige Umsetzung der großen Lösung näher gerückt ist. Jedoch stimmen die bisherigen Erfahrungen in der Diskussion und den Auseinandersetzungen um die große Lösung angesichts der festgefahrenen Standpunkte und

handfesten finanziellen Interessen von Kommunen, Verbänden und Leistungserbringern und darüber hinaus hohen Kostenerwartungen insbesondere für den Umsetzungsaufwand. Massiver Widerstand dürfte bei den großen Einrichtungsträgern und den Betroffenenverbänden auftreten, die oft sehr nah mit den Einrichtungsträgern verbunden sind oder selbst Einrichtungen der Behindertenhilfe betreiben. Als Widerstand nicht zu unterschätzen sind auch die Befürchtungen der Kommunen, dass durch die große Lösung erhebliche Kosten in Milliardenhöhe ohne entsprechende Kompensation und Ausstattung auf die lokale Ebene verlagert werden könnten. Andererseits hat die Verwaltungsreform in Baden-Württemberg gezeigt, dass mit dem Wegfall der beiden unterschiedlichen Finanzierungsebenen auch das Interesse an einer Abgrenzung der Behinderungsursachen drastisch gefallen ist. Dennoch aber ist es noch ein langer Weg bis Maßnahmedenken, d.h. die Vorstellung, dass Kinder in bestimmte Maßnahmen passen müssen, von der Vorstellung abgelöst wird, interdisziplinäre Hilfen an die individuellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen (Fegert und Schepker 2009).

Empfohlen wird, Normen zu schaffen, die möglichst aus einer Hand – ähnlich wie im § 35a SGB VIII - die Gewährung von kombinierten Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe ermöglichen (Fegert, 2010). Auch hier geht es also um eine systematische und verbindliche **Finanzierung über Komplexeleistungen**. Und auch hier zeigt sich etwa in der Praxis der Frühförderung, dass es nach wie vor große Probleme im Zusammenwirken zwischen dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe gibt, und dies obwohl diese Finanzierung im SGB IX geregelt ist.

Bundeskinderschutzgesetz

Neben der nach meinem Dafürhalten zentralen Problematik der Etablierung systematischer Mischfinanzierung bzw. Komplexeleistungen möchte ich abschließend das geplante Bundeskinderschutzgesetz und die damit verbundene Chance ansprechen, einen zentralen Rahmen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz zu gestalten.

Mittlerweile sind in allen 16 Bundesländern Kinderschutzgesetze verabschiedet worden, die teilweise sehr unterschiedlich ausgestaltet sind und verschiedene Regelungsinhalte enthalten. Neben den Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen (mit unterschiedlichen Zielsetzungen hinsichtlich Gesundheitsförderung und/oder Kinderschutz) sind in den Ländergesetzen unterschiedliche Ziele in Bezug auf interdisziplinäre Kooperationsstrukturen geregelt (Bildung von Netzwerkstrukturen) sowie unterschiedliche Vorgaben im Datenschutz bzw. des Umgangs von Geheimnisträgern mit der Schweigepflicht. Insbesondere im letztgenannten Bereich hat die unterschiedliche Ausgestaltung der Kinderschutzgesetze der Länder zu großer Verunsicherung unter Ärztinnen und Ärzten geführt. Besonders deutlich wird dies an Ländergrenzen wie etwa an der zwischen Baden-Württemberg und Bayern, mit einer Befugnisnorm zur Weitergabe von

personenbezogenen Daten in Baden-Württemberg und einer Meldepflicht in Bayern. Hier ist eine bundeseinheitliche Regelung zur Erhöhung der Rechtssicherheit bei der Abwägung der Schweigepflicht dringend erforderlich. Nach wie vor ist diese bundeseinheitliche Rechtslage, neben wichtigen und sehr begrüßenswerten Neuregelungen, welche etwa das „Abtauchen von Familien durch Jugendamtshopping“ verhindern und eine zuverlässige Fallübergabe bei einem Ortswechsel sicherstellen sollen, dringend geboten. Allerdings ist ein Bundeskinderschutzgesetz mit dieser Intention relativ zahnlos, wenn es nicht disziplin- und ressortübergreifend normiert wird. Im derzeitigen Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes aber sind zwar entsprechende Befugnisse im SGB V III, nicht aber im SGB V vorgesehen. Gefragt werden muss, warum hier keine ressortübergreifende Regelung entwickelt werden konnte. Offenbar gelten die konstatierten strukturellen Widerstände in der interdisziplinären Zusammenarbeit auch für die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit. Insofern wäre, wie schon oben erwähnt, eine gleichzeitige Befassung des Gesundheitsausschusses mit diesem Bericht für die parlamentarische Wahrnehmung dieser Kinder- und Jugendfragen sowohl von der Gesundheitsseite, wie von der Kinder-, Jugend- und Familienseite wichtig gewesen.

Evaluation

Abschließend möchte ich die Forderung der Berichtskommission nach Forschung und Evaluation der unterschiedlichen Schutzmaßnahmen und Hilfeformen sehr unterstützen. Fortschritte der Hirnforschung und der entwicklungspsychologischen Grundlagenforschung werden selten im Sinne des Schlagwortes „translational research“ auf den Kinderschutz oder die Betreuung von Kindern mit psychischen Belastungen übertragen. Wir brauchen mehr Grundlagenforschung zu den Auswirkungen von Traumatisierungen, Beziehungswechseln und Betreuung, zur Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern etc. aber vor allem auch mehr interdisziplinäre Projekte, welche nicht im einen oder anderen System als Fremdkörper angesehen werden, sondern welche für beide Systeme, das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe, als wegweisend und orientierungsgebend angesehen werden können. Die Bundespolitik und die Landespolitik sollten mit gutem Beispiel vorangehen, indem sie **interdisziplinäre Projekte fördern** oder indem sie auch die Zusammenarbeit konkurrierender Ressorts z. B. dadurch erzwingt, dass entsprechende Gelder nur bei einer **Mischfinanzierung aus mehreren Ressorts** ausgegeben werden dürfen und sonst bei einer Nichteinigung zwischen den Referaten aus mehreren Häusern das Geld in den Gesamthaushalt zurückfällt. Derzeit gibt es keinerlei Anreize für Kooperationsprojekte zwischen den Ministerien. Im Gegenteil werden nicht selten Projekte ähnlicher Thematik sowohl im Gesundheitsbereich als auch im Jugendbereich, ohne jegliche Abstimmung geplant und durchgeführt.

Literatur

- Deutscher Bundestag (2009). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth, and crisis* (dt.: *Jugend und Krise* Stuttgart: Klett-Cotta, 1980). New York: Norton.
- Farrington, D.P. & West, D.J. (1990). The Cambridge study of delinquent development: A long-term follow-up of 411 London males. In H.J. Kerner & G. Kaiser (Hrsg.). *Kriminalität: Persönlichkeit, Lebensgeschichte und Verhalten* (115-138). Berlin: Springer.
- Fegert, J.M. & Schepker, R. (2009). "Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht", *Das Jugendamt*, 82, 60-67.
- Fegert, J.M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A.G., Plener, P., Williamson, A.E., Volmer-Berthele, N., Weninger, L.E. & Kapusta, N.D., 't Hart-Kerkhoffs, L. (2009). Preventing Later Substance Use Disorders In At-Risk Children and Adolescents a review of the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.
- Fegert JM, Ute Ziegenhain, Goldbeck L (2010a), Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung
- Fegert, J.M. & Besier, T. (2010b). Psychisch belastete Kinder an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht – Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen (987-1110). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Fegert, J.M. (2010). Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35a SGB VIII als Einstieg zur „großen Lösung“? *Das Jugendamt*, 07-08, 267 – 274.
- Grünbuch der Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz der Europäischen Kommission:http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf (7.4.2006)
- Igra, V. & Irwin, C. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R.J. DiClemente, W.B. Hansen & L.E. Ponton (Eds.). *Handbook of adolescent health-risk behavior* (35-52). New York: Plenum Press.
- Ostler, T. & Ziegenhain, U. (2007). Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In U. Ziegenhain & J.M. Fegert, J.M. (Hrsg.) *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (67-83). München: Reinhardt-Verlag.
- DeHart, G.B., Sroufe, L.A. & Cooper, R.G. (2004). *Child development. Its nature and course*. New York: McGraw Hill.