

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

Stellungnahme durch Prof. Dr. med. Ute Thyen, Leiterin Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

### **1. Darstellung /Zusammenfassung des Sachstandes der Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe, bezogen auf die unterschiedlichen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen.**

1.1. Die Autorin nimmt aus gesundheitswissenschaftlicher und kinder- und jugendärztlicher Sicht Stellung zum vorliegenden 13. Kinder- und Jugendbericht und wird zur Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe damit nur indirekt Hinweise geben können. Die Darstellung aus Sicht der Gesundheitshilfe kann jedoch eine Stärkung des Berichtes bedeuten, da der Auftrag der Bundesregierung an die Kommission neben der Aufarbeitung des Spektrums der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe auch die Darstellung von Schnittstellenproblemen zu den angrenzenden Systemen der Gesundheitshilfe, der Behindertenhilfe und dem Bildungswesen einschloss. Aus Zeit- und Ressourcengründen musste die Kommission auf die Darstellung der Schnittstelle Bildungswesen, d.h. schulische Gesundheitsförderung und Prävention weitgehend verzichten, aber auch die Analyse des Gesundheitswesens einschließlich der Behindertenhilfe konnte nur in Teilen erfolgen und geht naturgemäß weniger in die Tiefe als die Betrachtung der Jugendhilfe. Die folgende Darstellung zu Prävention und Gesundheitsförderung bezieht sich daher ausschließlich auf Aspekte, die mit den Angeboten des Gesundheitswesens einhergehen. Mit Gesundheitswesen sind hier insbesondere die Leistungsangebote gemeint, die in SGB V und dem Hebammengesetz genannt werden, aber auch die medizinisch-rehabilitativen Leistungen, die in SGB IX geregelt werden. Darüber hinaus schließt die Darstellung die Aktivitäten des kinder- und jugendärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitswesen ein, dessen Auftrag und Leistungsspektrum ganz überwiegend die Gesetze der Länder zum Öffentlichen Gesundheitswesen bestimmen. Sozialgesetzbuch VIII berührt die Kinder- und Jugendmedizin direkt in der Versorgung von Kindern mit drohender seelischer Behinderung (§35a), indirekt an zahlreichen anderen Stellen, wo es um den Schutz von Kindern (§8a) und Unterstützung der Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit geht (§27). Weiterhin spielen die Regelungen des Suchthilfegesetzes und des Schwangerschaftsberatungsgesetzes eine Rolle in dieser Darstellung. Es folgen

Hinweise zur Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen bezogen auf die verschiedenen Altersgruppen. Dabei wird ein Ansatz, der immer auch die Belange von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Gesundheitsstörungen (damit sind auch Behinderungen im Sinne des deutschen Sozialrechts gemeint), einschließt.

## **1.2. Vorgeburtlich:**

- 1.2.1. Schwangerenvorsorge erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und steht in dieser Weise auch den privat und anders versicherten Schwangeren zur Verfügung. Sie ist eine Krankheitsfrüherkennung durch den niedergelassenen Arzt/Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und bezieht sich überwiegend auf somatische Erkrankungen, die die Gesundheit der Mutter oder des ungeborenen Kindes betreffen (vgl. Mutterschaftsrichtlinien<sup>1</sup>). Sie beinhaltet keine Maßnahmen zur psychosozialen Beratung oder antizipatorischen Aufklärung, vorbestehende psychische Erkrankungen oder soziale Problemlagen werden nicht als Risikofaktoren genannt.
- 1.2.2. Eine interdisziplinäre Kooperation bei komplexen Problemstellungen erfolgt im Rahmen der ärztlichen Betreuung der Patientin unsystematisch und in Ausnahmefällen, z.B. bei Suchterkrankungen der werdenden Mutter. Die Vernetzung von Suchtberatungsstellen, z.B. im Rahmen einer Methadonsubstitution der Schwangeren, der Entbindungsstätte und der nachbetreuenden Kinderklinik erfolgt nur sporadisch im Rahmen von Modellprojekten zum neonatalen Drogenentzug<sup>2</sup>. Im Fall von sozialen Problemlagen und von der Schwangeren geäußertem Hilfebedarf oder dem Wunsch nach einem Abbruch der Schwangerschaft erfolgt regelhaft die Zuweisung zu den Schwangerschaftsberatungsstellen. Eine engere Kooperation mit diesen erfolgt in der Regel aus Datenschutzgründen nicht, bzw. nur auf ausdrücklichen Wunsch der Schwangeren.
- 1.2.3. Psychisch kranke Mütter werden dann interdisziplinär betreut, wenn sie bereits vorher in sozialpsychiatrischer Betreuung waren oder bei sehr jungen Müttern in Betreuung des Jugendamtes. Dabei dürfte es sich um Ausnahmefälle handeln. In aller Regel wird bei offensichtlichen Problemen eine Vorstellung beim niedergelassenen Psychiater oder einer entsprechenden Klinik empfohlen

---

<sup>1</sup> [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-429/RL\\_Mutter-2010-02-18.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-429/RL_Mutter-2010-02-18.pdf)

<sup>2</sup> Hinweise zu den Projekten können bei der Autorin erfragt werden.

und die Überweisung unterstützt. Auch bei laufender psychiatrischer Betreuung der Mutter während der Schwangerschaft kommt das Wohl des Ungeborenen wenig in das Blickfeld des behandelnden Arztes und eine vorgeburtliche Kontaktaufnahme zum Jugendamt wegen einer drohenden Kindeswohlgefährdung nach der Geburt geht nur in seltenen Fällen von behandelnden Ärzten der Mutter aus. Dies ist einerseits der fachlichen Perspektive und Kompetenz der betreuenden Ärzte geschuldet, die in der Regel fachlich individualmedizinisch und nicht integrativ familienmedizinisch behandeln, andererseits aber auch den hohen Anforderungen an die Wahrung des Berufsgeheimnisses gerade bei psychischen und Suchterkrankungen. Leider spielt die hausärztliche Betreuung in diesem Personenkreis eine eher untergeordnete oder nicht nachhaltige Rolle.

1.2.4. Bei minderjährigen Schwangeren erfolgt in der Regel eine Miteinbeziehung der Sorgeberechtigten der Schwangeren oder des Jugendamtes auf Wunsch und oder nach Einwilligung der Schwangeren.

**1.3. Altersgruppen 0-3 Jahre und 3-6 Jahre.** Eine Trennung der Altersgruppen 0-3 und 3-6 Jahre ist für das Gesundheitswesen nicht sinnvoll, da nahezu alle Maßnahmen und Angebote die gesamte Altersgruppe überspannen. Dies ist auch der Grund, warum an zahlreichen Standorten das Gesundheitswesen als Eingangtor für Angebote der Jugendhilfe, insbesondere der Frühen Hilfen gewählt werden. Während die Jugendhilfe mit jungen Kindern in aller Regel erst mit Beginn des Besuchs einer Kindertagesstätte, d.h. fast immer erst im Vorschulalter regelhaft in Kontakt kommt, haben Hebammen, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe systematischen Kontakt zu Familien mit Neugeborenen und Säuglingen. Anders als in anderen europäischen Ländern hat der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland in aller Regel auch erst im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen Kontakt zu Kindern, in zahlenmäßig geringerem Umfang auch während des Besuchs einer Kindertagesstätte. Sogenannte Mütterberatungsstellen durch die Gesundheitsämter spielen in der Versorgung so gut wie keine Rolle mehr.

1.3.1. Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen durch die GKV/PKV, oft auch „Vorsorgen“ oder „U“ genannt, erfolgen unmittelbar nach der Geburt, in der ersten Lebenswoche, mit 4-6 Wochen, 3, 6, 12, 24, 36, 48, 60 Monaten (sogenannte U-Untersuchungen). Es handelt sich um eine Maßnahme der sekundären Prävention (Krankheitsfrüherkennung), wobei der Schwerpunkt im Bereich der somatischen Erkrankungen liegt. Die Bedeutung der Früherkennung

von seelischen Gesundheitsstörungen, insbesondere Eltern-Kind-Beziehungsstörungen, wird zunehmend erkannt und eine Aufnahme in die Früherkennungsuntersuchungen durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte gefordert. Hindernisse zur Umsetzung dieser Forderung bestehen darin, dass eine Evaluation seelischer Entwicklungsstörungen spezifische Kompetenzen verlangt, die unzureichend in der Weiterbildung verankert sind und erst zaghafte in die Fortbildungscurricula der Ärzte Eingang findet. Weiterhin ist im ärztlichen Bewusstsein verankert, dass Screeningmaßnahmen und Früherkennung nur für solche Störungen vertretbar sind, für die nachgewiesen wirksame Therapien und Interventionen zur Verfügung stehen. Solche weitgehenden Informationen liegen naturgemäß (noch) nicht vor.

- 1.3.2. Die Teilnahmeraten an der Früherkennungsuntersuchungen sind bis zum 24. Lebensmonat sehr hoch (~95%), waren allerdings insbesondere bei Familien mit Migrationshintergrund aufgrund eines anderen kulturellen Verständnisses von Gesundheitsleistungen in der Vergangenheit deutlich niedriger. Nach ersten Erfahrungen hat das verbindliche Einladewesen in den meisten Bundesländern zu einem Anstieg der Teilnahmeraten dieser Gruppen geführt. Das verbindliche Einladewesen hat dazu geführt, dass das Recht der Kinder auf Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens gestärkt wird. Es stößt weitgehend auf Akzeptanz bei Ärzten für Kinder und Jugendmedizin und den Familien, allerdings nach ersten Evaluationen zu einer erheblichen personellen und finanziellen Mehrbelastung der bei versäumten Untersuchungen eingeschalteten Gesundheits- oder Jugendämter. Es hat zu keiner erhöhten Erkennungsrate von drohender Vernachlässigung oder Misshandlung von Kleinkindern geführt.
- 1.3.3. Bei Feststellung von Risikofaktoren ohne klinische Auffälligkeiten oder bei Entwicklungsauffälligkeiten im präklinischen Stadium stehen wenig evaluierte Interventionsmöglichkeiten bestehen. Die den Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin bekannten werdenden „Warnhinweise“ im Vorfeld späterer akuter oder manifester Kindeswohlgefährdung mussten bislang weitgehend innerhalb des ärztlichen Beratungsrahmens abgedeckt werden. In aller Regel wird in der vertragsärztlichen kinder- und jugendmedizinischen Praxis zwar gelegentlich in Gemeinschaftspraxen gearbeitet, in aller Regel jedoch nicht interdisziplinär. Die Kooperation mit Psychologen, Sozialpädagogen oder Heilmittelerbringern innerhalb der Praxis und damit innerhalb der Arzt-Patientenbeziehung zu gestalten, erfolgt lediglich in Sozialpädiatrischen Zentren oder in sozialpsychiatrisch arbeitenden Praxen für Kinder- und

Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Die Inanspruchnahme solcher Versorgungsangebote und die Überweisung dorthin erfolgt in der Regel ebenfalls nicht früh präventiv, sondern meist, wenn erhebliche Verdachtsmomente für eine Entwicklungsproblematik oder seelische Erkrankung bestehen. Stellen Kinder- und Jugendärzte also psychosoziale Risikofaktoren fest, sind sie in der Regel auf ihre eigene Beratungskompetenz verwiesen. Eine Kooperation mit dem Jugendamt ist in aller Regel nicht zielführend, da einerseits die „Schmerzgrenze“ für Hilfen zur Erziehung nach §27 nicht erreicht ist und diese erfahrungsgemäß bei sehr begrenzten finanziellen Ressourcen in den Kommunen nicht großzügig bewilligt werden können. Erziehungsberatungsstellen werden von Eltern mit sehr kleinen Kindern in der Regel nicht als Hilfsmöglichkeit angenommen, auch Elterntrainings und andere Angebote werden oft erst bei manifesten Erziehungs- oder Schulschwierigkeiten in Anspruch genommen. Die Verweisung zu frühen, interdisziplinär ausgerichteten Hilfen ist derzeit noch auf Modellprojekte beschränkt. Ein Verweis auf Initiativen der Frühen Hilfen erfolgt durch Kinder- und Jugendärzte erst in geringem Umfang, da die Angebote wenig bekannt sind, keine Daten über Qualität und Erfolg des Programms vorliegen und keine verbindlichen Kooperationsstrukturen oder Rückmeldesysteme installiert sind. Die Angebote müssten aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte in der Fläche niedrigschwellig erreichbar sein, ohne dass es bereits zu einer Gefährdung des Kindes gekommen ist. Die Fälle, in denen eine Risikokonstellation zu erkennen ist, ohne dass gewichtiger Anhalt für eine Gefährdung des Kindeswohles vorliegt, kommen in der Praxis zahlenmäßig weit häufiger vor als Fälle mit konkretem, gewichtigem Anhalt für eine Gefährdung.

- 1.3.4. Ausbildungsstand und Kompetenzen der Kinder- und Jugendärzte sind für das Management psychosozialer Risikofaktoren in der kinderärztlichen Praxis von großer Bedeutung. Insbesondere Kinder- und Jugendärzte mit kinder- und jugendpsychiatrischer Vorbildung, solche mit psychotherapeutischer Weiterbildung oder bei individuellem Interesse werden sich diesem Beratungsbedarf auch stellen und in der Lage sein, die Familien auf unterstützende Angebote hinzuweisen. Spezielle Fortbildungen in psychosomatischer Grundversorgung für Kinder- und Jugendärzte stehen erst in sehr geringem Umfang zur Verfügung<sup>3</sup>, insgesamt wächst jedoch sowohl das Angebot als auch die Nachfrage an Fortbildungen in diesem Bereich. Abgeschlossene Fortbildungen führen in geringem Umfang auch zu einer

---

<sup>3</sup> Beispielsweise in Hamburg, Göttingen und Osnabrück

besseren Vergütung der Beratungsleistungen, die jedoch in der Regel gegenüber technischen Untersuchungen weiterhin unterfinanziert sind. Eine spezielle Zusatzweiterbildung im Fach Sozialpädiatrie ist seit Jahren beantragt, jedoch auf Bundesebene noch nicht in den Weiterbildungskatalog der Bundes- und Landesärztekammern aufgenommen. Teilnahme an Helferkonferenzen, Hilfeplangesprächen, Familiengesprächen im Rahmen von Beratungsstelle usw. werden nicht vergütet und auch von einladenden Institutionen wie z.B. Jugendämtern nicht erstattet. Da die niedergelassenen Ärzte freiberuflich tätig sind, ergeben sich durch Teilnahme an derartigen Terminen erhebliche Kosten durch die Schließung der Praxis. Eine Teilnahme während der Mittagszeit oder nach Praxisschluss erfolgt meist unentgeltlich.

1.3.5. Interdisziplinäre Kooperation: Problematisch wird von Ärzten erlebt, dass sie an einen interprofessionellen Austausch gewöhnt sind, diesen aber im Kontext der Zusammenarbeit mit Jugendhilfe nicht erfahren. Erfolgt beispielsweise eine Überweisung an einen anderen Arzt, bekommt der überweisende Arzt einen Bericht über die Diagnose und Behandlungsvorschläge. Nach einem Verweis zu Angeboten der Jugendhilfe erfolgt keine Rückmeldung, es sei denn, die betroffenen Familien berichten selbstständig von den Kontakten. Schwierig wird die Situation dann, wenn Unzufriedenheit oder scheinbar mangelnde Qualität oder Effizienz der Angebote aufscheint, aber nicht weiter besprochen werden kann.

1.3.6. Eine direkte Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt bei erkennbarer Kindeswohlgefährdung erfolgt in aller Regel bereits heute, wobei die Meldungen sich dann wiederum überwiegend auf körperliche Entwicklungsstörungen wie schwere nicht-organische Gedeihstörungen oder körperliche Verletzungen beziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat aufgrund der Diskussionen um eine bessere Früherkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in seiner Sitzung am 21. Februar 2008 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) zu ändern: Es wurde im Abschnitt A „Allgemeines“ unter Nummer 4, nach Satz 1 folgender Absatz angefügt: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.“

**1.4. Stationäre Angebote zur Prävention** werden durch die Angebote für Mütter-Väter-Kind Rehabilitationsleistungen vorgehalten, die durch die Gesetzlichen Krankenkassen und die Rentenversicherung finanziert werden. Diese stationären

Angebote, bei Familien häufig unter dem Begriff Mutter-Kind-Kur bekannt, haben gute Effekte auf die Stabilisierung psychosozial belasteter Mütter, Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit und ihrer Erziehungskompetenz. Der Nachweis der Wirksamkeit hat zu einer Fortsetzung der Finanzierung der Maßnahmen durch die verschiedenen Leistungsträger nach SGB IX geführt, wobei die Bürokratisierung der Beantragung und Bewilligung und häufiges Verschieben zwischen Leistungsträgern ein oft für die Familien unzumutbares Maß erreicht hat. Bei erfolgreicher Rehabilitation stellt die nach wie vor unzureichende Verknüpfung der stationären Maßnahmen und Empfehlungen mit anschließenden Hilfen am Lebensort der Familie ein Problem dar. Die derzeitigen Aktivitäten der Rehabilitationsforschung haben sich dem Problem durch praxisbegleitende Forschung zugewandt, meist jedoch im Rahmen von Rehabilitationsleistungen im Erwachsenenalter. Eine stärkere Vernetzung der Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kindern mit den entstehenden Frühen Hilfen wäre wünschenswert, da es sich bei den inanspruchnehmenden Familien typischerweise um dieselbe Gruppe handelt wie das Klientel der Frühen Hilfen. Allerdings kann bei der fehlenden strukturellen Verankerung der Frühen Hilfen derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass Kenntnisse über die lokalen Angebote bei den Leistungserbringern der Reha wohnortfern vorliegen.

- 1.5. Gesundheitsförderung** im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Tätigkeit erfolgt am Rande der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen oder begleitend bei anderen Anlässen. Die Forderung, antizipatorische, entwicklungsfördernde Beratung mit in den Leistungskatalog der Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen, wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt, mit dem Hinweis, dass die Früherkennungsuntersuchungen ganz der sekundären Prävention, d.h. dem frühen Entdecken von Krankheiten gewidmet seien und keine ausreichenden Daten über die Evidenz der Wirksamkeit vorbeugender Beratungen vorliege. Flankierende Beratungen erfolgen durch Bereitstellung von Informationsmaterialien zum Beispiel des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte oder der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin oder durch Aufklärungsbroschüren und Kampagnen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Insbesondere sei auf das Begleitheft mit vorbeugender Aufklärung zu den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder hingewiesen, das aus Kostengründen jedoch nur in regional und zeitlich begrenztem Umfang an Eltern ausgegeben werden konnte. Eine Abstimmung mit dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur universellen Verwendung der Materialien konnte nicht erreicht werden.

## 1.6. Frühförderung

- 1.6.1. Die Frühförderung dient der sekundären und tertiären Prävention im gesundheitswissenschaftlichen Sinn. Allerdings ergeben sich auch im Sinn der aller Familienmitglieder, insbesondere der Eltern präventive Aspekte, da die Frühförderung explizit als Ziel auch die Beratung und Unterstützung der Erziehungsberechtigten nennt. Durch gute Beratung über familienentlastende Maßnahmen, geeignete Kindertagesbetreuung und Inanspruchnahme von finanziellen Entlastungen können sekundäre Morbidität wie Erschöpfungssyndrome bei den Eltern vermieden werden. Sekundäre Prävention ist dort der Fall, wo Kinder Frühförderung erhalten, weil sie von einer Behinderung bedroht erscheinen. Allerdings wird die Frühförderung bei knappen kommunalen Mitteln weitgehend auf Kinder beschränkt, bei denen bereits eine manifeste Entwicklungsstörung oder Behinderung vorliegt.
- 1.6.2. Da in der Altersgruppe zwischen 0 und 3 Jahren kaum zwischen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung unterschieden werden kann, gelangen diese Kinder weitgehend ohne Unterscheidung der Art der Behinderung in die Frühförderung. In der Altersgruppe zwischen 3-6 Jahren kommt es zu Abgrenzungsschwierigkeiten zu §35a SGB VIII bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder Kindern mit erheblichen Risiken z.B. bei psychisch kranken Eltern. Manche Kommunen haben daher versucht, die Bewilligung nach SGB IX (Frühförderung über die Eingliederungshilfe) und nach SGB XIII in einer Hand zu vereinigen, was jedoch in der Verteilung der Ressourcen Schwierigkeiten bereitet, da es sich einerseits um Mittel der Kommunen, andererseits um Landesmittel handelt.
- 1.6.3. Bei der traditionellen pädagogischen Frühförderung handelt es sich um eine Leistungen der Kommunen, die der Eingliederungs- oder Behindertenhilfe zugeordnet sind und damit nicht zum System des Gesundheitswesens gehören. Diese rein heilpädagogischen Frühförderung entspricht prinzipiell einer sonderpädagogischen Betreuung vor Eintritt in eine Kindertagsstätte. Angeregt durch SGB IX kann die Frühförderung auch durch interdisziplinäre Frühförderstellen angeboten werden, die neben heilpädagogischen auch weitere therapeutische Angebote erbringt. Diese sogenannten Komplexleistungen werden in den Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt und finanziert. Bei der interdisziplinären Frühförderung werden Leistungen sowohl durch die Kommunen als auch durch die Gesetzliche Krankenversicherung als Komplexleistung vergütet. Bei einer Komplexleistung handelt es sich um ein

interdisziplinär abgestimmtes System ärztlicher, medizntherapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder einschließlich der Beratung der Erziehungsberechtigten. Frühförderung wird regelmäßig durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder Sozialpädiatrische Zentren erbracht. Leider hat das am 1.7.2001 in Kraft getretenen SGB IX trotz konzeptueller guter Grundlage im Sinne der Teilhabeorientierung und Inklusion in der Praxis aufgrund von mangelnder Kooperation zwischen den Rehabilitationsträgern und den Kommunen zu erheblichen bürokratischen Belastungen der Familien, der beteiligten Ärzte und zum Teil zu unprofessionellen Auseinandersetzungen zwischen den Leistungserbringern geführt, die dem ganzen System mehr geschadet als genutzt haben. Das Bundesgesetzblatt von 2003 führt aus, dass „interdisziplinäre Frühförderstellen wohnort- und familiennahe Dienste und Einrichtungen sind, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.“ Auch diese Klarstellungen haben keinen wirklichen Frieden in die Frühförderlandschaft einkehren lassen, was weniger am fachlichen Verständnis einer Komplexleistung liegt, sondern mehr an unterschiedlichem Verständnis, welche Seite wie viel der Kosten zu übernehmen hat. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt durch die Kommunen, die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Kosten für die zusätzlich erforderlichen Heil- und Hilfsmittel. Bei zunehmendem Bedarf und sinkenden Ressourcen der Kommunen ist es allerdings zu einem „gate-keeping“ durch die zuständigen bewilligenden Behörden gekommen, sodass ein Teil der von Behinderung bedrohten Kinder die Leistungen nicht, nicht ausreichend oder zu spät erhalten. Dennoch bildet die Frühförderung eine wichtige und gut funktionierende Schnittstelle zwischen den Kinder- und Jugendärzten und der Eingliederungshilfe und damit in der Regel auch dem öffentlichen Kinder- und jugendärztlichen Dienst, der die fachliche Prüfung des Leistungsanspruches übernimmt. Insgesamt erhielten in 2006 etwa 1,9% aller Kinder zwischen 0-6 Jahren Frühförderung in Deutschland mit einer erheblichen regionalen Variation (0,98% in Schleswig-Holstein bis 4,08% in Sachsen; Pfeuffer et al, 2007). Zwei Drittel der geförderten Kinder sind Jungen, Kinder mit

Migrationshintergrund erhalten halb so oft Frühförderung wie Kinder ohne Migrationshintergrund.

## 1.7. Altersgruppe 6-12 Jahre

- 1.7.1. Die Untersuchungen durch den niedergelassene Kinder- und Jugendärzte nehmen deutlich in der Frequenz ab, jetzt sind Kinder mit chronischen Gesundheitsstörungen vorzugsweise in Betreuung beim Kinder- und Jugendarzt. Während schon in der Altersgruppe 0-6 Jahre etwa ein Viertel aller Kinder durch andere Vertragsärzte, meist Ärzte für Allgemeinmedizin, betreut werden, wechseln ab dem 10.-12. Lebensjahr zunehmend Kinder und Jugendliche in die Betreuung durch Hausärzte. Die jugendärztliche Früherkennungsuntersuchung J1 im Alter von 12 Jahren wird nur von etwa einem Viertel aller Jugendlichen in Anspruch genommen.
- 1.7.2. Präventive Aspekte und Gesundheitsförderung finden in dieser Altersgruppe im Rahmen der GKV kaum statt. In den Schulen erfolgen gesundheitsfördernde Aktivitäten in mehr oder weniger breitem Umfang, es ergibt sich jedoch keine strukturelle Kooperation mit dem Gesundheitswesen. Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen müssen im Bereich der Schule, insbesondere wenn sie im Regelschulsystem unterrichtet werden, ganz durch die Eltern des Kindes gemäß den Anleitungen durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt betreut werden. Sehr häufig greifen hier auch nicht die gesetzlichen Grundlagen der Eingliederungshilfe, da es sich bei chronischen Erkrankungen nicht um konstant nachweisbare Funktionseinschränkungen handelt sondern sie durch erhöhte Managementleistungen auf Seiten der Patienten oder der Angehörigen gekennzeichnet sind, z.B. Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ I, Inhalationstherapie bei Asthma usw. Paradoxerweise sinkt der Grad der Behinderung bei zunehmenden Bemühungen der Eltern und der ganzen Familie, die Gesundheit des betroffenen Kindes zu erhalten und gleichzeitig eine möglichst gesunde psychomotorische Entwicklung zu ermöglichen.
- 1.7.3. Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst: Die Untersuchungen von Kindern in Kindertagesstätten und vor der Einschulung oder auch während der Schulzeit haben eine universelle, primär präventive Orientierung in dem Sinne, dass sie durch die Erfahrungen und Auswertungen eine Planung der notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit in den Kommunen und Ländern ermöglichen. Bei längsschnittlicher Betrachtung könnten Auswirkungen von Interventionen auf gesundheitspolitischer Ebene

dargestellt werden. Dieser Aspekt wird durch die Gesundheitspolitik jedoch in nur geringem Umfang genutzt, sodass die gewonnenen Daten in der Regel nicht zum gesundheitspolitischen Handeln beitragen. Weiterhin sind die Kinder- und Jugendärzte primär präventiv im Sinne der Gesundheitsförderung in den Einrichtungen tätig, meist durch Beratung von Eltern, Erzieherinnen und Lehrerinnen. Der wesentliche Beitrag der Untersuchungen dient der sekundären Prävention. Insbesondere bei Entwicklungsproblemen veranlassen die „Schulärzte“ weitergehende medizinische oder sozialpädagogische Diagnostik und beraten die Schule hinsichtlich des Förderbedarfes und des geeigneten Kontextes für das Kind. Diese Tätigkeit ist als individuelle Maßnahme der Gesundheitsförderung zu sehen und als sekundäre Prävention der Entwicklung von Störungsbewusstsein und sekundärer seelischer Morbidität. Leider ist die Wirksamkeit dieser Tätigkeit nicht nachweisbar, da keine Ergebniskontrolle oder Nachuntersuchungen aus Ressourcengründen stattfindet. Zwar werden Kinder auch längsschnittlich betreut und individuelle Verläufe, insbesondere bei Kindern mit Entwicklungsstörungen und chronischen Erkrankungen, sind den Ärzten des ÖGD durchaus bekannt. Eine systematische Untersuchung der Verläufe ist auf der Ebene der Gesundheitsberichterstattung aufgrund einer fehlenden Zusammenführung der Datensätze nicht möglich. Die durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst des ÖGD in Kindertagesstätten erfolgt in regional sehr unterschiedlichem Ausmaß, ebenso erfolgen Untersuchungen von Hauptschülern oder Schulabgängern nur noch unsystematisch. Auskunft über Art und Umfang der Untersuchungen geben die Gesundheitsberichterstattung durch die Kommunen oder die Länder. Flächendeckende Schuleingangsuntersuchungen durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter erfolgen noch in einem Teil der Bundesländer, oft finden sich gemischte Modelle, wo Untersuchungen ergänzend zu den dokumentierten Früherkennungsuntersuchungen durch den niedergelassenen Vertragsarzt erfolgen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen geht es um die Erhebung des Gesundheitsstatus der einzuschulenden Kinder im Hinblick auf ihre Eignung für die Teilhabe an der Schule und ihren individuellen Förderbedarf mit besonderer Beachtung ihrer gesundheitlichen Problemlagen und ihres psychomotorischen Entwicklungsstandes. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenstellung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter durch den niedergelassenen Arzt und die Schuleingangsuntersuchung kann nicht davon ausgegangen werden, dass die beiden Untersuchungen gegenseitig ersetzbar wären. Während die Schuleingangsuntersuchungen gesetzlich verpflichtend sind und

an das Schulgesetz und die Schulpflicht der Kinder gebunden sind, handelt es sich bei den Früherkennungsuntersuchungen um ein Angebot der Krankenversicherung an ihre Versicherten. Eine systematische Kooperation erfolgt aus Datenschutzgründen nicht, ebenso wenig ein Austausch von Informationen zwischen dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt. Wenngleich die Erkennungsrate von Entwicklungsstörungen und Förderbedarf im öffentlichen Kinder- und Jugenddienst hoch sind und in der Regel eine gute Gestaltung der Schnittstelle zum Schulsystem gegeben ist, werden die gewonnen Erkenntnisse im Hinblick auf die Jugendhilfe und den betreuenden Haus- oder Kinderarzt kaum nutzbar gemacht. Die Effizienz des öffentlichen Kinder- und Jugenddienstes ist nicht evaluierbar, weil keine systematische Erfassung der Umsetzung der dort gemachten Empfehlungen erfolgt. Eine Vorverlagerung der Einschulungsuntersuchungen bzw. zweimalige Untersuchung vor der Einschulung oder eine gesetzlich verpflichtende Eingangsuntersuchung für den Besuch einer Kindertagesstätte durch den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wird durchgängig aufgrund der hohen Kosten für eine solche Maßnahme durch die Länder abgelehnt.

**1.8. 12-18 Jahre und 18-27 Jahre.** Im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung erfolgen in dieser Altersgruppe keine spezifischen Maßnahmen durch das Gesundheitswesen. Die Gesundheitsförderung erfolgt hier ganz überwiegend im Setting-Ansatz, d.h. durch Programme zur Suchtprävention, Reduktion von Gewaltbereitschaft und Stärkung der Selbstwirksamkeit in Schulen. Gesundheitsförderung erfolgt neben den Aktivitäten der Kommunen und der Länder durch Aufklärungsbroschüren und Kampagnen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. In dieser Altersgruppe spielen neben Suchtprävention auch besonders sexualpädagogische Kampagnen eine große Rolle. Universelle, primär präventive Angebote zur Gesundheitsförderung durch das Gesundheitswesen und finanziert durch die Gesetzliche Krankenversicherung erfolgen lokal und zeitlich begrenzt meist durch öffentliche Aufklärungskampagnen zu bestimmten Themen, finanzielle Unterstützung von Präventionsprogrammen zu gesunder Ernährung oder mehr Bewegung. Die Effekte dieser Maßnahmen sind in der Regel nicht evaluiert und nicht abschätzbar.

## **2. Welche Mängel und Defizite bestehen aus Ihrer Sicht?**

**2.1. Kooperationswissen:** Der vorliegende Bericht dokumentiert in eindrucksvoller Weise die weitgehende Unverbundenheit der Systeme der Kinder- und Jugendhilfe,

der Behindertenhilfe und des Gesundheitswesens und des Bildungswesens, wobei letzteres aus Ressourcengründen nach Angaben der Kommission nur am Rande berücksichtigt werden konnte. Die Kommission widmet sich ausführlich mit einer Darstellung der Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention in allen drei Bereichen und tut dies offenbar so ausführlich in Teil A, damit überhaupt eine gemeinsame Terminologie und ein geteiltes Kooperationswissen hergestellt werden kann. Wenngleich dies für die Aufgabenstellung der Untersuchung der Schnittstelle nur mittelbar von Bedeutung ist, weist es auf eine zukünftige Problemstellung hin. Das Nebeneinander und die geringe intersektorale Verbindung sowohl im Praxis als auch im Forschungsfeld stellen ein bedeutsames Hindernis zur Überwindung von Systemgrenzen dar. Änderungsprozesse und politisch gewünschte Strukturänderungen müssen daher die gewachsenen „Kulturen“ der einzelnen Sektoren berücksichtigen. Eine Bewertung zu bevorzugender Strategien unabhängig von einem zu erreichenden Gesundheitsziel erscheint der Autorin dieser Stellungnahme nicht zielführend. Zur Erreichung anspruchsvoller Ziele, wie zum Beispiel die Veränderung Deutschlands zur Wissensgesellschaft und die gewünschte Lösung komplexer Probleme wie ungleiche Bildungschancen, nicht ausreichende Nutzung von Fähigkeiten und Ressourcen einzelner, ansteigende Belastungen und Stress durch gestiegene Anforderungen, verlangen komplexe Antworten. Dabei sind insbesondere die inneren Logiken der unterschiedlichen Systeme wie Sozial-, Gesundheits- Arbeits- und Bildungswesen zu beachten, die jeweils durch historische und kulturelle Erfahrungen und Entwicklungen geprägt sind. Selbstverständlich haben sich in den gesellschaftlichen Subsystemen unterschiedliche Konzepte, Termini und Kommunikationskulturen entwickelt, die jeweils einen sinnvollen Beitrag zur Lösung einer Frage beitragen können. Es ist davon auszugehen, dass jedes Konzept, ob nun Gesundheitsförderung, Ressourcenstärkung oder morbiditätsbezogene Prävention, einen gewissen Beitrag zur Lösung einer Frage beitragen kann und beträchtliche Synergien entstehen, wenn Theorien, Konzepte, Methoden und Praxiserfahrungen ausgetauscht werden können. Die Diskurse zur Verwendung von einschlägigen Begriffen wie Gesundheitsförderung oder Prävention und ihre unterschiedliche Beschreibung in verschiedenen Disziplinen sind dann von untergeordneter Bedeutung, wenn nicht die Methoden und Konzepte im Mittelpunkt stehen sondern gemeinsame Problemdefinitionen und darauf basierende gesundheits- und sozialpolitische Ziele. Hier soll nicht einem wahllosen Eklektizismus das Wort geredet werden, vielmehr darauf hingewiesen werden, dass es sich in der praktischen Politikberatung um Anwendung von Wissen handelt und Vorschläge durch best-practice-Ansätze

untermauert sein müssen, um zu überzeugen. Selbstverständlich müssen konkrete Maßnahmen theoriegeleitet und die Umsetzung methodisch abgesichert sein, aber die Diskussion lässt sich anhand konkreter Ziele effizienter führen als die Themen „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ als abstrakte Konzepte auszutauschen. Vorschläge für notwendige Veränderungen sollten zunächst innerhalb dieser Systeme, aber abgestimmt aufeinander entwickelt werden. Systemimmanente Optimierungen sind für die meisten anstehenden Probleme ausreichend, für manche Fragen können Lösungen möglicherweise aber nur durch substantielle Systemänderungen erreicht werden. Veränderungen letzterer Art müssen langfristig und mit Umsicht geplant werden, eine Umsetzung ist in einer demokratischen Gesellschaft nur im Rahmen eines umfassenden und alle Interessen berücksichtigenden Prozesses zu erreichen. Das von der Kommission angesprochene Kooperationswissen (S.37) ist insbesondere auf der Seite der Gesundheits- und Sozialplanung erforderlich, wenn es darum geht, Probleme und Ziele gemeinsam zu erarbeiten. Dies gilt sowohl für Politik- als auch Forschungs- und Praxisbereiche.

**2.2. Intersektorale Kooperation und Vernetzung** „Zentraler Auftrag an die Kommission lautete, die Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe zu untersuchen. In vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung fehlt es an Kooperation.“ (S.7) Die Empfehlung der Kommission zum „flächendeckenden Auf- und Ausbau von Netzwerken, in denen Angebote von Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und der Behindertenhilfe zielgruppenspezifisch gebündelt werden“ (S.41, S.259) ist wenig hilfreich, weil die Probleme der unterschiedlichen Systemlogiken nicht berücksichtigt werden. Die Brüche zwischen den Systemen, die sich durch die Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialgesetzbücher, unterschiedlicher beteiligter Institutionen, Behörden und Politikressorts, unterschiedlicher Zuständigkeit von Kommunen, Ländern, Bund und der Selbstorganisation der freien Berufe ergeben, können durch eine „Netzwerkarbeit“ möglicherweise in ihren Auswirkungen gemildert, aber nicht überwunden werden. Die besonderen Probleme der Gestaltung von Schnittstellen zwischen Systemen und mangelnder Kooperation hat spezifische Gründe, die Deutschland von anderen Ländern unterscheidet. Kaum ein vergleichbares Land verfügt über ein von den anderen Systemen der Sozial und Gesundheitshilfe unabhängiges Behindertenwesen, das insbesondere auch als Reflex auf die im deutschen Faschismus gemachten Erfahrungen so ausgebaut wurde. Weiterhin gibt es kaum ein Land mit einem so vergleichbar schwachen öffentlichen Gesundheitswesen. Beispielsweise sind in Ländern entweder mit einem

nationalen Gesundheitswesen (Vereinigtes Königreich) oder einem im Bereich der präventiven Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche im staatlichen Gesundheitswesen die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Jugendwesen, aber auch insbesondere mit dem Schulsystem deutlich weniger virulent. In Deutschland hat sich ein eher korporatistisches Modell der Gesundheitsversorgung herausgebildet, die meisten Aktivitäten und Schwerpunkte werden untergesetzlich von der Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhausträgern und Krankenkassen ausgehandelt. Dabei erleben wir aktuell eine Stärkung von marktwirtschaftlichen Tendenzen bis hin zu einer Privatisierung weiter Teile des Gesundheitswesens. Gesundheitsleistungen „for profit“ anzubieten, ist eine für Deutschland neue Entwicklung, gewollt werden dadurch verschiedene Anbieter von Gesundheitsleistungen in Konkurrenz zueinander gebracht, insbesondere wenn das Gesamtbudget durch politische Vorgaben begrenzt wird. Das System hat sich aus dem Bismarckschen Versicherungs- und Solidarprinzip weiterentwickelt, tief im Bewusstsein der Bevölkerung verankert und wird von ihr geschätzt. Nachfrage und Angebote stehen in einem wechselseitigen Verhältnis und bestimmen die Leistungen. Insofern als der Nachweis des Nutzens gegeben ist, werden die Leistungen von der Solidargemeinschaft finanziert oder erstattet. In einer Zeit, in der die Minderzahl von Erwachsenen in der Gesellschaft mit Kindern lebt und für sie sorgt, sinkt der „natürliche Lobbyismus“ für diese Patientengruppe. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Organisation der Anwaltschaft für die Belange Kinder- und Jugendlicher, nicht nur, was ihren Schutz angeht (staatliches Wächteramt durch das Jugendamt) und ihre Bildung (im Wesentlichen durch die allgemeine Schulpflicht sichergestellt, sondern möglicherweise auch im Hinblick auf die Gesundheitsfürsorge. Die Autorin gibt der Kommission Recht, dass durch den steigende Anteil von markt- und gewinnorientierten Anbietern von Gesundheitsleistungen im Gesundheitswesen (im Gegensatz zur Jugendhilfe) Risiken bestehen, Ungleichheit sozialer und gesundheitlicher Chancen zu verstärken.

**2.3. Frühe Hilfen** werden von der Bundesregierung im Bereich der sekundären Prävention angesiedelt. „Denn während frühe Förderung auf eine allgemeine Förderung der der Entwicklung von Kindern abzielt und universell angelegt ist, nehmen Frühe Hilfen insbesondere Familien in den Blick, die sich in besonders belasteten Lebenslagen befinden. Sie zielen damit auf eine frühe Stärkung der elterlichen Kompetenzen ab, um Kindeswohlgefährdung gar nicht erst entstehen zu lassen.“ In dieser Zielsetzung wurden Frühe Hilfen als neuer Hilfetypus auf den Weg gebracht. Der Nachweis, ob verschiedene Zielkriterien erreicht wurden, steht aus.

Insbesondere handelt es sich darum, ob - systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe gefunden wird, Belastungen und Risiken frühzeitig erkannt werden, Familien zur Annahme von Hilfen motiviert werden, passgenaue Hilfen entwickelt und angeboten werden können, Nachhaltigkeit erreicht werden kann in Bezug auf die betreuten Familien als auch in Bezug auf die interinstitutionelle und interdisziplinäre Kooperation, und eine Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure gelingt. Zu diesen Fragen werden die Ergebnisse der Modellprojekte aus den Ländern in Kürze Auskunft geben können. Derzeit ist noch unklar, wo die Frühen Hilfen verankert werden sollen. Erst im Anschluss können die Schnittstellen und Kooperationsmöglichkeiten definiert werden. Das Bundeskinderschutzgesetz sieht hier eine bundesgesetzliche Vorgabe vor.

**2.4. Familienergänzende Betreuung** (Krippen, Kindertagespflege und Kindertagesstätten). Bei der Planung des Krippenausbaus werden nach Ansicht entwicklungspsychologischer Experten zu stark Präventionsziele im Bereich Ernährung und Bewegung als Förderziele genannt, weniger Förderung der sozial-emotionalen Kompetenz. Es fehlt eine möglichst bundesweite ausreichende Festlegung einheitlicher Qualitätsstandards in den Einrichtungen und Qualifizierungsanforderungen an das Personal. Aufgrund des jungen Alters und der Vulnerabilität hinsichtlich hygienischen Anforderungen, Ernährung, Gestaltung der Umgebung, Unfallprävention, sozial-emotionaler Bedürfnisse und der besonders großen Gefahr frühkindlicher Schädigung durch Deprivation oder traumatisierende Erfahrungen ist der öffentliche Gesundheitsdienst besonders gefordert, Kindertagesstätten für unter dreijährige zu begleiten, zu beraten und zu unterstützen.<sup>4</sup>

## **2.5. Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung.**

2.5.1. Laut Todesursachenstatistik kamen in den letzten Jahren (1998 bis 2008) zwischen 40 und 66 Kinder unter zehn Jahren jährlich durch einen so genannten tödlichen Angriff im Sinne des ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) ums Leben. Dazu gehören verschiedene Formen der Misshandlung und Vernachlässigung (Statistisches Bundesamt, 2009). Betroffen sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder, die meisten haben das erste

---

<sup>4</sup> Zu den Qualitätsanforderungen sei auf die Stellungnahmen der Deutschen Liga für das Kind, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Bundesvereinigung der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten hingewiesen.

Lebensjahr noch nicht vollendet. Durch die im Hellfeld bekannten Zahlen ist nicht von einer Steigerung, sondern vielmehr von einem Rückgang der zu Tode gekommenen Kinder auszugehen. Auch die Gesamtzahl der Kinder unter zehn Jahren, die durch tätlichen Angriff zu Tode gekommen sind, ist in den letzten 25 Jahren erheblich gesunken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009).

2.5.2. Im Gegensatz zu diesen eher rückläufigen Zahlen schwerster Formen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung kommt es zu vermehrten Interventionen der Jugendämter zur Abwendung von Kindeswohlgefährdungen. Im Jahr 2009 wurden 3239 Kinder unter drei Jahren in Obhut genommen. Zwischen 1995 und 2001 wurde ein Anstieg um zirka 40% zu verzeichnet. In den Folgejahren bleiben die Fallzahlen vergleichsweise konstant. Seit der Einführung des §8a SGB VIII im Jahr 2005 wächst die Zahl der Inobhutnahmen: zwischen 2005 und 2009 um zirka 81% bei Kindern bis zu drei Jahren (Statistisches Bundesamt, 2010). Je jünger die Kinder sind, desto häufiger folgt der Inobhutnahme die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder in einem Heim (etwa 40% der unter Sechsjährigen). Die Zahl der Sorgerechtsentzüge ist bei Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren am höchsten (KOMDAT-Jugendhilfe, 2006). Die Mehrzahl der Kinder kehrt nach Aufenthalt in einer oder mehreren Pflegestellen wieder in die Ursprungsfamilie zurück. Es ist zu befürchten, dass die Intervention der Jugendämter, insbesondere bei sehr jungen Kindern zu einer zusätzlichen Traumatisierung und sekundären Morbidität beitragen kann. In der guten Absicht, die Entwicklung und Gesundheit von jungen Kindern zu fördern, werden die elementaren, auch im Bericht der Kommission herausgehobenen Bedürfnisse nach stabilen Beziehungen, emotionaler Sicherheit und verlässlichen sozialen Strukturen verletzt.

**2.6. Inklusion:** Der zielgruppenspezifische Ansatz der Eingliederungshilfe wird den spezifischen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen nur unzureichend gerecht. In der Regel findet eine Person Zugang zur Eingliederungshilfe oder Angeboten der Rehabilitationsträgern, wenn eine Behinderung vorliegt, bzw. nachgewiesen wird. Allerdings gibt es aufgrund der verschiedenen chronischen Gesundheitsstörungen im Kindesalter und der Entwicklungsprozesse von Kindern keinen statischen Zustand von Behinderung. Es liegt vielmehr ein Kontinuum zwischen Behinderung und Nicht-Behinderung vor. Im individuellen Fall können durchaus Phasen von Funktionsstörungen rasch mit Phasen uneingeschränkter Funktion wechseln. Symptomfreie Intervalle werden durch ein kompetentes Krankheitsmanagement und Einsatz familiärer Ressourcen erreicht. Andererseits machen krisenhafte

Verschlechterungen Interventionen zeitnah notwendig, die im Rahmen der Feststellung einer Behinderung oft nicht realisiert werden können. Gelegentlich erfordert der Risikostatus allein schon rehabilitative Leistungen (beispielsweise bei einem Kind mit positivem HIV Status und entsprechenden familiären Belastungen durch die Durchführung der medikamentösen Therapie und Auswirkungen des Status auf die Teilhabe des Kindes an altersgerechten Aktivitäten). Seelische Behinderungen kommen sowohl bei Kindern mit chronischen Gesundheitsstörungen wie auch solchen ohne gleichermaßen vor. Die Tatsache, dass Hilfen bei der einen Gruppe über die Jugendhilfe, bei der anderen Gruppe vorzugsweise über die Behindertenhilfe organisiert werden, erscheint unlogisch. Statt zielgruppenspezifischer Ansätze, die sich aus Kategorisierungen von Menschen ergeben, erscheinen lebenslauforientierte Ansätze der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vielversprechender.

**2.7. Jugendliche:** Die frühe Erkennung und Behandlung von seelischen Entwicklungsstörungen und insbesondere dissozialen Verhaltensstörungen im Jugendalter bleibt weiterhin wichtig und kann nicht durch den vermehrten Einsatz von Frühen Hilfen kurzfristig reduziert werden. Hier ist eine enge, oft schon praktizierte Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe von besonderer Bedeutung. Als problematisch in der Fachpraxis wird erlebt, dass unzureichende pädagogische Ressourcen, aber auch sozialpädagogische Kompetenzen im Schulsystem dazu führen, dass Kinder aus dem Bildungswesen und aus der Jugendhilfe in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie „verschoben“ werden, was zu einer Medikalisierung des Problems führt.

**2.8. Forschungsbedarf:** Unklare Zielsetzungen und mangelnde Professionalität und nachgewiesener Wirksamkeit von Maßnahmen verhindern eine gute Kooperation zwischen verschiedenen Systemen wie Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Behindertenhilfe und Schulwesen. Um die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu verbessern sind neben dem gegenseitigen Verständnis der Systemlogiken auch die gemeinsame Orientierung auf Evaluations- und Qualitätsstandards zielführend. Selbstverständlich verfügt jede Disziplin wie Psychologie, Pädagogik, Medizin und Sozialwissenschaft über eine Forschungskulturen und Methoden.

|   |
|---|
| <p><b>3. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie; welches sind Ihre Forderungen an die Politik?</b></p> |
|---|

**3.1. Priorität der Verhältnisprävention.** Die Bundesregierung beklagt in ihrer Stellungnahme zum Bericht der Kommission die geringe Inanspruchnahme von universellen und niedrigschwelligen Angeboten durch Familien, die dieser Hilfe in besonderem Maße bedürften (Präventionsparadox) und gibt daher der zielgruppenspezifischen gegenüber der universellen Prävention den Vorrang. Hier handelt es sich allerdings um ein Missverständnis: bei den beschriebenen universellen Angeboten handelt es sich um Angebote der Verhaltensprävention, die allgemein angeboten aber von belasteten Erwachsenen gering nachgefragt werden (z.B. Programme der Familienbildungsstätten). Mit universeller, primärer Prävention sind jedoch vorzugesweise Maßnahmen zur Verhältnisprävention gemeint, d.h. strukturelle Angebote, die zu einer selbstverständlichen Inanspruchnahme führen.

- 3.1.1. Einsetzung von Beauftragten (Ombudsman/frau) zur Überprüfung von Berücksichtigung der Interessen von Kindern und Jugendlichen bei allen öffentlichen Angelegenheiten, z.B. Bauvorhaben, Verkehrspolitik, Landschaftsschutz, Umweltpolitik, Lärmbelastung, Freizeitangeboten etc. Dabei ist jeweils zu prüfen, ob einerseits die Rechte der Kinder gemäß der UN Kinderrechtskonvention, aber auch der Forderung nach Inklusion gemäß der UN-Behinderten-Konvention ausreichend Beachtung finden.
- 3.1.2. Sozialkompensatorische Politik in setting Ansätzen: Beispielsweise sollten Kindern sozial benachteiligter Eltern kostenlose Krippenbetreuung ab dem ersten Geburtstag angeboten werden. Stigmatisierende Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen sollten eingrenzt werden, indem Frühstück, Mittagessen und Freizeitangebote in Kitas und Schulen kostenlos zur Verfügung gestellt werden (Kita und Schule als selbstverständlicher Lebensraum). Statt eines Antrags auf Kostenbefreiung für sozial schwache Familien sollten besser verdienende Familien ihren möglichen Beitrag durch allgemeine, z.B. steuerliche Abgaben leisten.
- 3.1.3. Kultursensitive, pädagogische Angebote für jugendliche Jungen und Mädchen in der Schule aber auch im Freizeitbereich (offene Jugendzentren); Anonyme gynäkologische Teenager-Sprechstunden und Zugang zu kostenloser Kontrazeption für Jugendliche). Nicht alle seelischen Entwicklungsstörungen können durch den gezielten Einsatz von Frühen Hilfen vermieden werden, sodass trotz der Vorverlagerung von präventiven und gesundheitsfördernden Ansätzen die Ressourcen für die Jugendarbeit nicht reduziert werden dürfen.

3.1.4. Gesundheitsfördernde Lebenswelten von Kindern. Neben einer Wirtschafts- und Sozialpolitik, die Familien befähigt, ihre Aufgaben gut wahrzunehmen, muss der gesundheitsfördernde Aspekte von außerfamiliären Betreuungsformen sicher gestellt werden. Neben dem quantitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung müssen verbindliche Qualitätsstandards entwickelt werden, die (1) das Monitoring und den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, (2) die angemessene medizinische Betreuung bei akuten und chronischen Erkrankungen, (3) die Bemühungen zur Integration und Inklusion, (3) die Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklung, (4) der kommunikativen und sprachlichen Kompetenzen und (5) der Förderung der körperlichen Gesundheit beinhalten. Dies betrifft den Ausbau der Krippen ebenso wie den Ausbau der ganztägigen Betreuung in Kindertagesstätten und den Ausbau der Ganztagschulen. Insbesondere in letzterem Bereich müssen Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens und Fachangestellte der Gesundheitsämter verbindlich in den Einrichtungen präsent sein. Wie in anderen europäischen Ländern bedarf es in jedem größeren Schulzentren einer Fachkraft mit einer Pflegeausbildung und besonderen Kompetenzen in Gesundheitsförderung mit ständiger Präsenz, um einerseits die medizinische Versorgung der zunehmenden Zahl der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Gesundheitsstörungen sicher zu stellen, andererseits aber auch als beratende Instanz für akute Befindlichkeitsstörungen und für die Vermittlung von gesundheitsförderndem Verhalten zur Verfügung zu stehen. Insgesamt bedeutet dies eine Maßnahme der Verhältnisprävention durch eine gesundheitsfördernde Entwicklung der Lebenswelt des Kindes / Jugendlichen.

3.1.5. Lebenslaufbezogene Politik: Aus pragmatischen Gründen habe ich die Gliederung der Darstellung spezifischer Belange verschiedener Altersgruppen übernommen. Allerdings sollte unbedingt vermieden werden, dass der Eindruck entsteht, Kinder könnten aufgrund ihres Alters verschiedenen Institutionen oder Ressorts zugeordnet werden. Familienpolitik muss integrativ und Entwicklungsverläufe ins Auge nehmend die Interessen, Erwartungen, Erfahrungen und Kompetenzen von Kindern, Jugendlichen, Männern und Frauen berücksichtigen. Die Frühen Hilfen mögen dies veranschaulichen: Im Bericht der Kommission wird davon ausgegangen, dass „(soziale) Belastungen im Säuglings- und Kleinkindalter eine sichere Bindung zu seinen Hauptbezugspersonen verhindern.“ Hier wird eine Assoziation verschiedener Aspekte fälschlich in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht, es fehlt eine transgenerationale Perspektive. In aller Regel sind mangelnde Feinfühligkeit

und gutes elterliches Bindungsverhalten in der eigenen Biographie der Eltern und nicht in den aktuellen sozialen oder ökonomischen Belastungen verankert, letztere sind zum Teil ebenfalls mit denselben biographischen Belastungen assoziiert. Die wesentlichsten biographische Belastung sind nicht kompensierte traumatische Erfahrungen und unzureichend behandelte seelische Erkrankungen bei Elternteilen oder in der eigenen Kindheit oder Jugend. Eine Familienpolitik, die die Kompetenzen zukünftiger Eltern vermehren möchte, muss neben der erforderlichen aktuellen Hilfe für Eltern in Not darauf setzen, dass sich eine positive Unterstützung in der Bindungsfähigkeit erst in der darauffolgenden Generation auswirken wird.

3.1.6. Förderung der kommunikativen Kompetenzen: Auch hier ist ein lebensabschnittsbezogenes Konzept vermutlich wirksamer als ein rein zielgruppenspezifischer Ansatz. Verschiedene Kinder und Jugendliche können zu unterschiedlichen Zeitpunkten einer Förderung ihrer sprachlichen und damit kommunikativen Kompetenz bedürfen. In der Altersgruppe von 0-3 Jahren greifen verschiedene Maßnahmen der universellen, primären Prävention und Gesundheitsförderung, z.B. durch Aufklärungskampagnen zum Sprechen mit Kindern, Vorlesen und Reduzierung von Medienkonsum, können durch gezielte Interventionen bei Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kindern ein gezieltes Training durch Elternprogramme oder Familienhebammen wirksam werden. Für muttersprachlich, nicht deutsch aufwachsende Kinder sollte ein Besuch der Kindertagesstätte ab dem 3. Lebensjahr zum sicheren Erwerb der deutschen Sprache sichergestellt werden. Alle Kinder in der Altersgruppe 3-6 Jahre können im Hinblick auf den altersgerechten Spracherwerb beobachtet werden und sollten pädagogische, in das setting integrierte, mit Elternarbeit flankierte Angebote zur Sprachförderung erhalten. Die schulische Sprachförderung insbesondere für Kinder mit Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung kann ebenfalls gut im setting Ansatz verfolgt werden. Aber auch bei den 12-18jährigen und sich abzeichnender fehlender Kommunikationskompetenz und drohendem Schulversagen können gezielte, hier sicher überwiegend individuell zentrierte pädagogische und therapeutische Hilfen dazu führen, dass eine Teilhabe an Ausbildung und Integration in die Arbeitswelt möglich wird. Sprachförderung ist also nicht ein gesundheitspolitisches Ziel für eine bestimmte Altersgruppe sondern bezieht sich auf alle Heranwachsenden.

### **3.2. Intersektorale Vernetzung:**

- 3.2.1. Eine stärkere (bundes-) gesetzgeberische Eingriffsmöglichkeit in die Gestaltung der Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche ist zu fordern. Neben allgemeinen Rahmenvorgaben durch den Gesetzgeber sollten untergesetzliche Verträge daraufhin geprüft werden, ob sie mit den Interessen von Kindern und Jugendlichen vereinbar sind. Nicht nur im sozialen und Bildungsbereich brauchen Kinder und Jugendliche Ombudsleute, sondern gerade auch im Gesundheitswesen.
- 3.2.2. Stärkung der kinder- und jugendärztlichen Dienste der öffentlichen Gesundheitsdienste der Kommunen und Rückverlagerung von Präventionsaufgaben in den ÖGD. Im Rahmen eines korporatistisch organisierten Gesundheitswesens müssen staatliche intersektoral abgestimmte Abteilungen die Gesundheitsfürsorge für Kinder und Jugendliche überwachen. Die Berufsverbände und Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendärzte, Kinderchirurgen und Kinder- und Jugendpsychiater setzen sich deutlich und stark für die Belange der Kinder- und Jugendlichen ein, ersetzt dies jedoch keine von berufspolitischen Interessen unabhängige Vertretung der Interessen Kinder und Jugendlicher in den Organen der öffentlichen Gesundheitsverwaltung und den Organen der Selbstverwaltung.
- 3.2.3. Reorganisation der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche. Vordringlich scheint eine Aufhebung der Trennung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zu sein, die von einer seelischen, geistigen oder körperlichen Behinderung bedroht sind. Prinzipiell bietet sich an, alle Maßnahmen der Eingliederungshilfe (gleichwohl ob es sich um drohende seelische, körperliche oder geistige Behinderung handelt) bei der Behindertenhilfe anzusiedeln, da dort langjährige Erfahrungen und Kompetenzen vorliegen. Dieser Weg wird bereits in einzelnen Kommunen besritten. Wenngleich dies ein ersten Schritt zur Harmonisierung und Abbau von „Verschiebebahnhöfen“ in der Leistungsbewilligung sein kann, stellt sich die Frage, ob eine solche Zuordnung einer Politik der Inklusion, den Zielen der Prävention (Handeln, bevor eine Behinderung eingetreten wird) und einer integrierten Hilfe für die ganze Familie auf Dauer gerecht werden kann.

### **3.3. Casemanagement für Kinder, Jugendliche und Familien aus einer Hand:**

Wünscht man sich ein System, indem Familien mit Kindern in problematischen Lebenslagen, gleichgültig, ob diese durch prekäre Lebenslagen, psychosoziale Probleme der Eltern, Entwicklungsstörungen eines Kindes oder chronische Erkrankung oder Behinderung eines Kindes, ausgelöst werden, durch ein

integriertes Hilfesystem im Sinne eines „one stop shopping“ unterstützt werden, bietet sich eher eine Verankerung im Aufgabenbereich des SGB VIII an. In einem solchen System würden die ersten Ansprechpartnern der Jugendämter zu Servicestellen für Familien mit Kindern, die eine umfassende Beratung aber auch ein Casemanagement anbieten können. Ein solches Casemanagement hätte die Aufgabe, die Bedarfe gemeinsam mit der Familie zu eruieren und geeignete Maßnahmen nicht nur vorzuschlagen, sondern sofort zu initiieren. Die geeigneten Maßnahmen würden nicht nur die bisherigen Leistungen der Jugendhilfe sondern auch der Sozialleistungen insgesamt, der Eingliederungshilfe und auch der Leistungen des Gesundheitswesens nach SGB IX und der Pflegeleistungen nach SGB XII einschließen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und der Schulbehörden. Wenn an dieser Stelle argumentiert wird, dass das Erreichen dieser Kenntnisse für Mitarbeiter der Jugendämter unmöglich sei, darf darauf hingewiesen werden, dass genau diese Kompetenzen Familien in problematischen Lebenslagen zugemutet werden. Der Autorin sind Familien bekannt, die beispielsweise aufgrund einer Entwicklungsstörung eines Kindes auf Hilfen durch die Eingliederungshilfe, durch das Jugendamt, durch Gesetzliche Krankenkasse, Rentenversicherung und die Schulbehörde und Versorgungsamt angewiesen sind. Es gelingt allerdings nur den allerwenigsten Familien, sich in diesem Dickicht zu bewegen und zeitnah erforderliche Hilfeleistungen zu bekommen. Mindestens ist aber eine systematische Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitswesen, Jugendamt und Eingliederungshilfe zu fordern. Diese haben zwar keine gelebten Kooperationen in vielen Bereichen, wären aber aufgrund ähnlicher Systemlogiken relativ einfach herzustellen, wenn tradierte Verfahrensweisen und die Subkulturen dieser Institutionen aufgebrochen werden können. Prioritär sind hier allerdings die Bearbeitung von datenschutzrechtlichen Barrieren. Es kommt häufig vor, dass Daten, die den Schulärzten zur Verfügung stehen, nicht mit dem Jugendamt zur Verfügung gestellt werden (können), da sie nur für den Zweck der Untersuchung, z.B. der Einschulung gesammelt und aufbewahrt werden. Aus Sicht der Bevölkerung würde eine bessere Zusammenarbeit vermutlich mehrheitlich als Erleichterung gesehen- viele Familien klagen darüber, dass überall dasselbe und wiederholt vorgetragen und beantragt werden muss. Gelänge es, dass öffentliche Gesundheitsdienst, Eingliederungshilfe einschließlich Versorgungsamt, allgemeiner sozialer Dienst und Jugendamt, eine Art zentrale Anlaufstelle im Sinne einer „Servicestelle“ zur Verfügung stellen, wo den oft belasteten Familien aus einer Hand geholfen wird, wäre ungeheuer viel gewonnen. Keineswegs kann erwartet werden,

dass eine in einer solchen Position tätigen Stelle Mitarbeiterin alle speziellen Fragen beantworten könnte (dies würde einer hoch qualifizierten Kenntnis nahezu aller Sozialgesetzbücher erfordern), aber ein verbindliches Casemanagement in der Analyse der Belange der Familie, einer Priorisierung notwendiger Maßnahmen und eine kooperative Prüfung der Anträge und Überleitungsmöglichkeiten erscheint vorstellbar. Dieser Ansatz scheint auch auf in der Empfehlung der Kommission: „Deswegen bedarf es einer Zentralen und unabhängigen ‚Plattform‘ die Beratung und Navigationshilfe bietet durch das Strukturdickicht verschiedener Leistungsansprüche, Leistungsgesetze und Hilfsangebote und die vor allem auch individuelle Leistungsansprüche steuerbar macht.“ (S.258) Der Autorin der Stellungnahme ist bewusst, dass mit der Einrichtung der sogenannten Servicestellen nach SGB IX eher schlechte Erfahrungen gesammelt wurden. Daraus ist allerdings nicht notwendigerweise zu schließen, dass der Ansatz konzeptuell schlecht ist. Vielmehr liegt ein wesentlicher Ansatz zur Verbesserung darin, dass solche Stellen zum integrierten Casemanagement einerseits örtlich dort angesiedelt sind, wo Familien sich ohnehin aufhalten, z.B. im Umfeld von Kindertagesstätten. In diesem Sinn sind die Förderung von Familienzentren an Kindertagesstätten unbedingt zu begrüßen. Andererseits wäre eine Verbesserung der Akzeptanz und Nutzung dadurch zu erreichen, dass die zuständigen Mitarbeiter/innen mit den vielfältigen Belangen von Familien und den entwicklungspsychologischen Bedarfen von Kindern und Jugendlichen vertraut sind- dies trifft in der Regel auf Mitarbeiter/innen der Jugendämter oder Anbietern von Jugendhilfeleistungen zu. Grundvoraussetzung für eine solche integrative, service- und familienorientierte, gemeindenahen und niedrighschwellige Beratungseinheit ist allerdings, dass eine vertragliche Abstimmung der Kommunen und Länder über einen Transfer von Mitteln aus den verschiedenen Leistungsabteilungen zustande kommt. Systematische Vorhaltung von Hilfen überregional; Details können regional unterschiedlich sein, aber Zugangswege müssen systematisch, unkompliziert und auf Dauer angelegt sein.

### **3.4. Nachhaltige Absicherung der Frühen Hilfen:**

- 3.4.1. Zur Verbesserung der Akzeptanz und Nutzung der Frühen Hilfen für Kooperationspartner aus dem Gesundheitswesen, insbesondere dem Bereich der Krankenhäuser und Vertragsärzte bedarf es zunächst vordringlich einer gesetzlichen und damit strukturellen Verankerung der Frühen Hilfen. Dies ist mit dem Bundeskinderschutzgesetz intendiert. Qualitätssicherung der Angebote der Frühen Hilfen, analog der Gesundheitsberichte der Kommunen und Länder,

aber auch den Veröffentlichungen von Ergebnissen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

- 3.4.2. Frühe Hilfen entsprechen konzeptuell den Komplexeleistungen in der Frühförderung. Da sich die Frühen Hilfen an der Schnittstelle von universeller zu risikobezogener Prävention befinden, erscheint es jedoch nicht angezeigt, den Anspruch auf Leistungen bezogen auf den einzelnen Versicherten oder Leistungsempfänger oder antragstellenden Bürger/innen festzuschreiben. Damit würden sie eher in dem Rahmen von §16 SGB VIII gehören. Diese Verankerung ist jedoch dann riskant, wenn sie von den Kommunen nicht mit ausreichenden finanziellen Ressourcen hinterlegt werden können. Damit sind Enttäuschungen nicht nur auf Seiten der hilfebedürftigen Familien sondern auch der sie betreuenden Akteure im Gesundheitswesen verbunden.
- 3.4.3. Der Zugang zu Frühe Hilfen sollten aber universell möglich sein- es sollte einen Rechtsanspruch zu Beratung über Frühe Hilfen geben. Die an dieser Schnitt- und Beratungsstelle tätigen Koordinatorinnen wirken gegenüber den zu beratenden Familien als Casemanagerinnen und begleiten den sicheren Übergang in geeignete Hilfen. Sie geben den zuweisenden Personen und Institutionen mit Einwilligung der Hilfesuchenden eine Rückmeldung über den Erfolg der Beratung. Diese Beratung sollte in die von mir vorgeschlagenen Stellen zum umfassenden Casemanagement in Familien mit Kindern in belasteten Lebenslagen stattfinden. Die Koordinator/innen für Frühe Hilfen (die dann von den o.g. Casemanagerinnen angesprochen werden und die unmittelbare Hilfeplanung übernehmen) können im Jugendamt, einem Träger der Jugendhilfe oder aber im kinder- und jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes angesiedelt sein. Sie sollten jedoch bundesweit einheitlich als Koordinationsstellen/ Anlaufstellen für „Frühe Hilfen“ erkennbar sein.
- 3.4.4. Ein Monitoring der Qualität der Frühen Hilfen sollte berücksichtigen, dass individuelle Interventionen mit dem Ziel der Verhaltensänderungen immer multimodal sein müssen. Es sollte mindestens der Nachweis der verschiedenen notwendigen Komponenten (1) Wissensvermittlung, (2) sozial-emotionale Unterstützung durch die Helfer/innen, (3) Zugang zu Netzwerken und Ressourcen und (4) Vermittlung lebenspraktischer Kompetenzen und praktischer Anleitung gefordert werden.

### **3.5. Verbesserung der Datenlage .**

3.5.1. Die Kommission fordert ein bundesweites Register für Fälle von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. (S.41). Die Autorin dieser Stellungnahme hält dies nicht für sinnvoll und in seiner Unbestimmtheit auch nicht für hilfreich. Die Arbeitskreise, die die Beratungen zum Bundeskinderschutzgesetz begleitet haben, haben diese Forderung diskutiert. Es bestand der Eindruck, dass zunächst vorhandene Datenquellen besser geführt, ausgewertet und genutzt werden sollten, bevor ein neues Datenerfassungssystem installiert würde. Da der Bund weder im Bereich der Kindertagespflege noch der Jugendhilfe zuständig ist, müsste ein zentrales Melderegister mit entsprechendem Meldezwang und entsprechendem personellem Aufwand zur Pflege der Datenbank und Auswertungen installiert werden. Praktische Erfahrungen mit zentralen Registern, die den Bürokratieaufwand vor Ort erhöhen und in der Regel nicht zu einer Qualitätssicherung lokal und regional beitragen sprechen dafür, dass hier kaum eine vollständige Erfassung verwirklicht werden kann, noch eine Beantwortung der relevanten Fragen bezüglich der verursachenden oder erschwerenden Risikofaktoren, der Interventionsmaßnahmen und des entsprechenden Erfolges.

3.5.2. Insofern empfiehlt es sich zunächst, die Jugendhilfestatistik durch eine Vereinheitlichung und Standardisierung, einfache Handhabung und Möglichkeit zur hausinternen Auswertung zu verbessern.

3.5.3. Weiterhin empfiehlt es sich, die Krankenhausstatistik dadurch zu verbessern, dass der entsprechende Paragraph zur Meldepflicht des Krankenhauses bei vermutetem Drittverschulden (GMG 2004, § 294a SGB V) im Fall von Verdacht auf Kindesmisshandlung und –vernachlässigung ausgesetzt wird. Der Paragraph verhindert eine Kodierung, da Ärzte vermeiden wollen, dass schutzwürdige Informationen an die Krankenkassen gelangen und dass dadurch hilfeorientierte Ansätze torpediert werden können.

3.5.4. Daten für ein Gesundheitsmonitoring, das auch Aspekte der psychosozialen Gesundheit einschließt können über einen weiteren Ausbau des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS Kohorte) erreicht werden.

**3.6. Forschung:** Die Annäherung zweier Systeme erfordert auch immer die Auseinandersetzung mit und die Verständigung über die Konzepte und wissenschaftliche Standards, die den jeweiligen Disziplinen zugrunde liegen. So stellt sich die Frage, ob eine zunehmende Evidenzbasierung in der Forschung, die zum Beispiel in der wissenschaftlichen Wirkungsforschung bereits verstärkt

Berücksichtigung findet, auch neue Entwicklungen in die Kinder- und Jugendhilfe anstoßen kann. Im Sinne einer guten Forschungspraxis sollten Zielkriterien für Modellprojekte möglichst bereits in der Konzeption der Ausschreibung und Förderrichtlinien festgelegt werden. Sollen Hilfsangebote disziplinübergreifend von verschiedenen Systemen als positiv evaluiert angenommen werden, müssen vermehrt Forschungsvorhaben gefördert werden, die einen von vornherein interdisziplinären Ansatz verfolgen. Dies wird der Forderung nach gemeinsamen Standards in der Evaluation angewandter Programme gerecht (S.258). Innerhalb des Gesundheitswesens bieten sich derzeit gute Möglichkeiten an, dies im stark wachsenden Bereich der Versorgungsforschung anzubinden. Für interdisziplinäre Forschung muss jedoch eine anteilige Finanzierung von Vorhaben durch BMG, BMFJFS, BMJ, UBA und BMBF erforderlich. Dass dies auf eindrucksvolle Weise gelingen kann und zu einem intersektoralen Diskurs der Politikbereiche beitragen kann, zeigt die erste Phase des ersten nationalen Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). Es bleibt zu hoffen, dass diese Kooperation der Förderung auch in der Verstetigung der KiGGS Kohorte ihren Widerhall findet. Die Förderpolitiken haben einen großen Einfluss auf die Forschungsschwerpunkte der Projekte. In dem aktuell ausgeschriebenen Förderschwerpunkt des BMBF zum Kinderschutz sollte darauf geachtet werden, dass kooperative Forschungsstrategien entwickelt werden und durch die Projekte nachhaltig gestärkt werden.

Lübeck, den 10.10.2010

Ute Thyen