



Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 106

Was wir alleine nicht schaffen ... Prävention und Gesundheitsförderung im kooperativen Miteinander von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Dokumentation der Fachtagung
in Kooperation mit dem
AFET - Bundesverband für
Erziehungshilfe e. V.
am 26. und 27. September 2016 in Berlin

Die Fachtagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstraße 13-15 · 10969 Berlin

Redaktion, Satz und Layout:
Dörte Jessen
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Fotos:
Jessica Schneider
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Dieser Tagungsband wird nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, Fachbeiträge und Diskussionen herunterzuladen. Leerseiten und Fotoseiten wurden entfernt.

Berlin 2017

ISBN 978-3-88118-562-2

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	7
JESSICA SCHNEIDER Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik, Berlin	
KERSTIN LANDUA Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik, Berlin	
Eröffnung	13
JUTTA DECARLI Geschäftsführerin, AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e. V., Hannover	
Wie ticken die beiden Systeme Jugendhilfe und Gesundheitswesen? Was lässt uns gut zusammenarbeiten, was hindert uns? Grundpositionen, Haltungen, Herausforderungen	17
DR. MED. HELMUT HOLLMANN Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie; Psychotherapeut, Chefarzt, Kinderneurologisches Zentrum Bonn, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Berlin	
In den Schuhen der/des jeweils anderen ... Eine moderierte „Paartherapie“ mit Tipps zur Beziehungsgestaltung aus dem Plenum	39
Partnerin Kinder- und Jugendhilfe: CHRISTINE GERBER Wissenschaftliche Referentin im Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI), Abteilung Familie und Familienpolitik, Projekt „Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“, Projektbereich „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“, München	
Partner Gesundheitswesen/Pädiatrie: DR. ANDREAS OBERLE Ärztlicher Direktor des Sozialpädiatrischen Zentrums und Leiter des interdisziplinären Kinderschutzteams, Klinikum Stuttgart Olgahospital	
Moderation: RAINER KRÖGER Vorsitzender des AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e. V.; Vorstand des Diakonieverbund Schweicheln e. V., Hiddenhausen	
Potenziale des Präventionsgesetzes	51
PROF. DR. RAIMUND GEENE Professor für Kindergesundheits, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal	

Was muss getan werden, damit die Zusammenarbeit für psychisch kranke Kinder optimiert wird? Wie kann im Hinblick darauf die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe und Krankenkassen so gestaltet werden, dass alle davon profitieren?	63
PETER DE-MARY Referent, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf	
Richtig handeln im Alltag! Anforderungen an Datenschutz, was sind „Ermessensfragen“, was „dürfen“ Berufsheimnisträger?	75
PROF. DR. STEPHAN RIXEN Lehrstuhl Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht, Universität Bayreuth	
DR. MED. DIPL.-PSYCH. INGO MENRATH	84
Assistenzarzt, Pädiater, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck	
Diskussion zum Thema „Rückmeldepflicht durch die Jugendämter“	93
Sieben Jahre danach ...	
Welche im 13. Kinder- und Jugendhilfebericht formulierten Ziele und Anforderungen zur Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien konnten umgesetzt werden? Was sind die neuen Herausforderungen im Zuge von Inklusion, Flüchtlingsfamilien und der geplanten Reform des SGB VIII?	97
PROF. EM. DR. HEINER KEUPP Vorsitzender der Berichtskommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht	
<u>Prävention als gemeinsame Vorsorge von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Vorstellung von Kooperationsmodellen</u>	
Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen und vertragsärztliche Qualitätszirkel“	119
KATHARINA HAVERKAMP Tandemtutorin für Interdisziplinäre Qualitätszirkel, Stützrad gGmbH Berlin	
CLAUDIA RUBBLACK Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen, Jugendamt Berlin-Pankow	
Arbeitsgruppe „Das Projekt ‚Chancenreich‘ – Hilfen für eine erfolgreiche Erziehung“	129
DR. CHRISTOF KLINKERT Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Herford	
ANNE-CATHERINE NEUHAUS Vorstand der Carina-Stiftung, Herford	

Arbeitsgruppe „Kooperationsnetzwerk im Kinderschutz“ 145

BRITTA DISCHER

Lebenszentrum Königsborn, Unna

ANTJE WÖSTMANN

Leiterin der Sozialpädagogischen Abteilung, Sozialpädiatrisches Zentrum
Königsborn, Unna

Arbeitsgruppe „Babylotsen +“ 153

DR. MED. CHRISTINE KLAPP

Oberärztin, Klinik für Geburtsmedizin, Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin

SUSANNE PREIßEL

Babylotsin, Sozialpädagogin, Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin

**Arbeitsgruppe „VerbundNetzwerkKinderschutz Landkreis
Mecklenburgische Seenplatte“ 163**

MATTHIAS BRANDT

Direktor des Amtsgerichtes Neubrandenburg,
Vorsitzender des „VerbundNetzwerkKinderschutz MSE“

DR. SIMONE HERRLICH

Sachgebietsleiterin Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt,
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, Waren (Müritz),
Mitwirkende im „VerbundNetzwerkKinderschutz MSE“

MARION SCHILD

Stellvertretende Jugendamtsleiterin, Sachgebietsleiterin Jugendförderung, Leiterin
der Koordinierungsstelle „Frühe Hilfen“, Jugendamt, Landkreis Mecklenburgische
Seenplatte, Neubrandenburg,
stellv. Vorsitzende des „VerbundNetzwerkKinderschutz MSE“

**Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in
verschiedenen Arbeitsfeldern**

**Arbeitsgruppe „Kooperative Arbeitsmodelle bei Hinweisen auf
Kindeswohlgefährdung (durch Misshandlung) in Lübeck - frühzeitige
Verzahnung zwischen Kinderklinik und Kinderschutz-Zentrum“ 185**

DR. MED. DIPL.-PSYCH. INGO MENRATH

Assistenzarzt, Pädiater, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

TERESA SIEFER

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und
Jugendpsychotherapeutin, Leiterin des Kinderschutz-Zentrums Lübeck
und Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren

Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche und ihre psychisch erkrankten Eltern“ 197

ANKE BAMBERGER

Teamleiterin, Op de Wisch e. V., Hamburg-Mitte

ANNA BECK

Teamleiterin, Op de Wisch e. V., Hamburg-Altona

Arbeitsgruppe „Erfahrungswerte der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz (TAKS)“	205
RAPHAELA OETTER	
Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt „Wissenschaftliche Unterstützung professioneller Handlungsfelder im Umgang mit Kindeswohlgefährdung und beim Aufbau tragfähiger Kooperationsstrukturen im Kinderschutz“ am Universitätsklinikum Jena und an der Universität Kassel, Koordinatorin der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz (TAKS) am Universitätsklinikum Jena	
Arbeitsgruppe „ICF-CY – Was ist das und wie kann sie angewendet werden?“	213
PRIV. DOZ. DR. MED. HEIKE PHILIPPI	
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Neuropädiatrie, Ärztliche Leiterin des SPZ Frankfurt/Main-Mitte sowie Leiterin einer bundesweiten interdisziplinären Arbeitsgruppe mehrerer Fachgesellschaften zur ICF-CY-Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich	
Arbeitsgruppe „Kooperative Zusammenarbeit bei Suchtproblematiken“	223
KATHRIN ELSNER	
Leiterin der Fachambulanz für Alkohol- und Drogenkranke in Vorpommern, Organisatorin des Netzwerks „Kind - Familie - Sucht“ in Greifswald	
ALEXANDER GROPLER	
Fachreferent für Suchthilfe, Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin	
Literaturhinweise	233

Vorwort

JESSICA SCHNEIDER

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik, Berlin

KERSTIN LANDUA

Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik, Berlin

120 Fachkräfte der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens waren nach Berlin gekommen, um gemeinsam zu überlegen, wie das Verständnis der beiden Systeme Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen füreinander verbessert und die Rechts- und Handlungssicherheit der Fachkräfte sowie die strukturelle Vernetzung unterstützt werden können. Hierzu wurden am ersten Tag u. a. bewährte Handlungsmodelle gemeinsamer Prävention vorgestellt. Am zweiten Tag stand die gemeinsame Intervention im Mittelpunkt.

Wie ticken die Systeme und wie können sie gut zusammenarbeiten?

Nach der Eröffnung der Tagung durch die Projektleiterin der AGFJ, Kerstin Landua, und die Geschäftsführerin des AFET, Jutta Decarli, stellte der Moderator Rainer Kröger, Vorsitzender des AFET, fest, dass es gelungen sei, Vertreter/innen der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems zu etwa gleichen Teilen zu versammeln. Er übergab Dr. med. Helmut Hollmann, Chefarzt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Kinderneurologischen Zentrum Bonn, den Auftrag, die jeweiligen Systeme kurz vorzustellen sowie deren Erwartungen an das andere System, gemeinsame Ziele und begünstigende und hemmende Faktoren, um diese zu erreichen.

Herr Dr. Hollmann sprach über Grundhaltungen, Positionen und Herausforderungen: „Entwicklung ist unser Ziel – gemeinsam!“ Sozialpädiatrie habe einen starken Gemeinwesenbezug und die entwicklungsneurologische Debatte habe sich in den letzten 35 Jahren sehr viel weiter entwickelt. Als gemeinsames Ziel beider Systeme formulierte er die Schaffung eines „fördernden Milieus“ für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Ein förderndes Milieu sei wirksamer als eine (medikamentöse) Therapie. Deshalb sei die Einbeziehung der Eltern stets das „A und O“ jeder Therapie. Darüber hinaus sei es wichtig, Netzwerke wie bei den Frühen Hilfen und interdisziplinäre Qualitätszirkel zu pflegen und die eigene Arbeit zu evaluieren.

Höchste Zeit für eine Therapiesitzung...

Durch die Erprobung eines neuen experimentellen Formates, der „moderierten Paartherapie“, wurde am Vormittag des ersten Fachtages der Versuch gestartet, die Systeme Jugendhilfe, vertreten durch Christine Gerber, Wissenschaftliche Referentin im Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), und Gesundheit, vertreten durch Dr. Andreas Oberle, Ärztlicher Direktor des Sozialpädiatrischen Zentrums und Leiter des interdisziplinären Kinderschutzteams am Klinikum Stuttgart Olgahospital, zu therapieren, damit sie in Zukunft besser miteinander zusammenarbeiten können.

Rainer Kröger durfte in die Rolle des Therapeuten schlüpfen und moderierte die Paartherapie. Das Publikum wurde an verschiedenen Stellen gebeten, Beziehungstipps zu geben, und tat dies auch mit großer Begeisterung. Ausgehend von dem gemeinsamen Ziel des Kinderschutzes sollten die beiden Partner konstruktiv erörtern, welche Stolpersteine und Probleme es „beziehungstechnisch“ gibt, aber auch welche Ressourcen sie haben.

Zunächst tauschten sich Frau Gerber und Herr Dr. Oberle über die verschiedenen Zeithorizonte ihrer jeweiligen Profession aus. Aus Sicht der Jugendhilfe stelle sich das Vorgehen bei Auftreten eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung in einer Klinik folgendermaßen dar: Es muss geprüft werden, was vorgefallen ist und ob das Kind aus dem Krankenhaus nach Hause kann. Aber nicht nur die aktuelle Situation bzw. der aktuelle Zustand müsse bewertet werden, sondern es müsse auch eine Prognose erstellt werden: Welche Entscheidung hat welche Folgen? Welches Vorgehen fördert das Wohl des Kindes am meisten? Eine solche Prognose zu erstellen, sei zeitlich sehr aufwändig. Herr Oberle schilderte daraufhin, dass Ärztinnen und Ärzte sich oft unsicher fühlen bei der Einschätzung, ob ein Kind misshandelt wurde und dessen Wohl gefährdet ist. Sie würden sich große Sorgen um das jeweilige Kind machen und sich eine engere Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wünschen. Dazu gehöre aus seiner Sicht der stetige Kontakt zum Jugendamt, um Informationen im Sinne des Kindeswohls austauschen zu können. Denn es sei schwer auszuhalten, wochenlang nicht zu wissen, was passiert und wie es für das Kind weiter geht.

Ein Tipp aus dem Publikum hierzu wurde von Frau Gerber als sehr hilfreich empfunden: Mitarbeiter/innen im Jugendamt und die Ärzteschaft sollten anerkennen, dass sie grundverschiedenen Logiken folgen. Auf der einen Seite stehe das prozessorientierte Denken der Jugendhilfe, auf der anderen Seite liege es in der Natur der Profession der Ärzte, „zack-zack“ Entscheidungen zu treffen. Während eine Krankheit x oft die Behandlung y verlange, würden unterschiedliche Fälle von Kindeswohlgefährdung ganz verschiedene Lösungswege verlangen.

Auf die Frage, ob die Beziehung zwischen Jugendamt und Ärzteschaft auf Augenhöhe erlebt wird, antwortete Frau Gerber mit „nein“. Sie beschrieb, dass das Jugendamt in Fällen von Kindeswohlgefährdung unter enormem Handlungsdruck stehe, im Handlungs- und Entscheidungsprozess aber zahlreiche strukturelle Rahmendbedingungen beachten müsse. An erster Stelle stehe die Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern und deren Beteiligung. Weiterhin müsse aber z. B. auch mit Familienrichtern kommuniziert werden, die keine Entwicklungspsychologen, sondern Juristen sind. Dies sei ein anspruchsvoller Job, dem oft nicht mit genügend Wertschätzung begegnet würde. Herr Dr. Oberle dementierte diese Einschätzung. Er vertrat die Auffassung, dass Ärztinnen und Ärzte die Arbeit des Jugendamtes sehr wohl wertschätzen und darauf vertrauen, dass die Mitarbeiter/innen ihre Arbeit gut machen. An dieser Stelle zementierte sich die Bedeutung eines transparenten Vorgehens und die Notwendigkeit der Verbesserung der Kommunikation auf Augenhöhe. Im Saal schien Einigkeit darüber zu bestehen, dass es strukturelle Rahmenbedingungen brauche, um einen solchen Austausch zu ermöglichen.

In Arbeitsgruppen: Vorstellung von erfolgreichen Modellen gemeinsamer Prävention

Am Nachmittag bestand die Möglichkeit, erfolgreiche Modelle gemeinsamer Prävention in Arbeitsgruppen genauer kennenzulernen:

- Modellprojekt „Interdisziplinärer Qualitätszirkel“ in Berlin Pankow,
- Projekt „Chancenreich“ - Hilfen für eine erfolgreiche Erziehung für Familien mit Neugeborenen der Stadt Herford und der Carina Stiftung,
- Projekt „Konzepte für Kinder“ (Kooperationsnetzwerk im Kinderschutz) im Sozialpädiatrischen Zentrum Königsborn, Unna, sowie Überlegungen zur geplanten Reform des SGB VIII,
- Projekt „Babylotsen +“ der Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin,
- VerbundNetzwerkKinderschutz Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.

Potenziale des Präventionsgesetzes von 2015

Prof. Dr. Raimund Geene, Professor für Kindergesundheit, Hochschule Magdeburg-Stendal, stellte sowohl die Inhalte als auch die Potenziale des neuen Präventionsgesetzes vor, die es seiner Ansicht nach für eine bessere Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen mit sich bringt. Ein Fokus des Gesetzes liege auf der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten bzw. etablierten Settings wie Kommunen, Kitas, Schulen. Die Autonomie von Familien bleibe unberührt. Sie würden auch weiterhin nur indirekt über die genannten Settings adressiert werden. Neu wäre darüber hinaus die Festschreibung, dass gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut und gefördert werden sollen. Außerdem erwähnte Prof. Geene die Neuerung, dass alle Leistungen von den Kassen gemeinschaftlich erbracht werden sollen.

Eine entscheidende Neuausrichtung hätten zudem die Früherkennungsuntersuchungen erfahren, die zu sogenannten Gesundheitsuntersuchungen umstrukturiert wurden und einen stärkeren präventiven Charakter hätten. Dies spiegele sich z. B. darin wider, dass psychosoziale Risikofaktoren und psychische Belastungen mitbeachtet oder die gesundheitliche Elternkompetenz gesteigert werden soll. Kinderärzte seien zudem beauftragt, bei den Gesundheitsuntersuchungen auf Frühe Hilfen und regionale Unterstützungsangebote hinzuweisen. Sie hätten darüber hinaus die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen, auch an Kinder unter 6 Jahren sowie ihre Eltern. Die Krankenkassen müssten diese berücksichtigen. Ein entsprechendes Formblatt würde ab 1. Januar 2017 zum Einsatz kommen.

Da die Annäherung von SGB V und SGB VIII im Gesetz offen bleibe, stellte sich Prof. Geene der Frage, wie Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen synergetisch zusammen wirken können. Für einen guten Weg hält er zum einen die Einführung und Erarbeitung von Aktionsplänen und Bündnissen für gesundes Aufwachsen in Kommunen (wie z. B. das Landesprogramm „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“). Wichtig wäre es zum anderen, kommunale Plattformen für alle zu beteiligenden Akteurinnen und Akteure zu schaffen (wie z. B. die Berliner Landesgesundheitskonferenz oder kleinere bezirkliche Gesundheitskonferenzen). Beispiele gelingender Kooperation und guter Praxis müssten, wie auf dieser Tagung, bekannt gemacht und verbreitet werden. Nicht zuletzt sollten die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, die es in allen

Bundesländern gibt, sich möglichst eng mit den Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen abstimmen, auch auf kommunaler Ebene.

Eine bessere Versorgung für Kinder durch die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe, Krankenhäusern/Psychiatrien und Krankenkassen

Peter De-Mary, Referent, AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Düsseldorf, schilderte aus Sicht der Krankenkassen, wie eine gute Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, Krankenhäusern/Psychiatrien und Krankenkassen gelingen kann. Er legte seinen Fokus dabei auf die Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. Zunächst einmal stellte er fest, dass Psychiatrien im Gegensatz zu somatischen Krankenhäusern die Möglichkeit hätten, für Kooperationsaktivitäten mit der Jugendhilfe bezahlt zu werden. Verschiedene Leistungen könnten entsprechend codiert werden. Für die Initiierung von Kooperationsmodellen zur Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern empfahl er den Anwesenden die kommunale Ebene. Mit einem interessierten Krankenhaus und einem Krankenkassenvertreter vor Ort wären Verträge leichter zu schließen als auf Bundesebene. Um die Krankenkassen von einem Konzept zu überzeugen, sollte dies eine möglichst konkrete Aufgaben- und Zieldefinition sowie Zahlen enthalten, die dafür sprechen, dass von der Initiierung und Umsetzung eines Modellprojektes im besten Fall alle Beteiligten profitieren, wenigstens aber die Adressaten. Eine Kooperationsplattform zu schaffen und den Krankenkassen das SGB VIII ein bisschen näher zu bringen, wären aus seiner Sicht zielführende Maßnahmen.

Richtig handeln im Alltag! Berufsgeheimnisträger und Datenschutz

Prof. Dr. Stephan Rixen, Lehrstuhl Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht, Universität Bayreuth, und Dr. med. Dipl.-Psych. Ingo Menrath, Assistenzarzt, Pädiater, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, sprachen über Datenschutzfragen: Wann dürfen welche Informationen an wen weitergegeben werden? Was sind in diesem Zusammenhang Ermessensfragen?

Prof. Rixen ging auf die Fragen zunächst aus juristischer Sicht ein und erläuterte den strafrechtlichen Hintergrund zum Datenschutz im Kinderschutz. Wichtige Stichworte in diesem Kontext waren „Vertraulichkeit, Verantwortung, Verunsicherung, unbefugt, rechtfertigender Notstand“.

Vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) hätte den Akteurinnen und Akteuren die sogenannte Vertraulichkeitspflicht Sorgen bereitet, die aber im Einzelfall hätte durchbrochen werden dürfen. Für klarere Verhältnisse sollte die Einführung des § 4 KKG sorgen, den Prof. Rixen genauer unter die Lupe nahm. Er stellte fest, dass der Paragraph die Handlungs- und Rechtssicherheit im Kinderschutz zum einen erhöhe, zum anderen aber neue Verunsicherung auslöse, die seines Erachtens nicht durch die Änderung der gesetzlichen Vorschriften, sondern vielmehr durch eine praxisgerechte Passung und Vermittlung aufgelöst werden könnte. Er empfahl die Erarbeitung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen, die die Tätigkeit des Einzelnen steuern und seine strafrechtlichen Sorgen eingrenzen können. Die Befugnisnorm müsse lebbar gemacht werden. Darüber hinaus sei es wichtig, weitere Berufsgruppen wie z. B. Erzieher/innen, Heilpraktiker/innen, Zahnärzte oder Vertreter/innen von Kirchen in diese Befugnisnorm einzuschließen.

An dieser Stelle konnte Dr. Menrath gut anschließen und beschreiben, wie er den Umgang mit der Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger zur Informationsweitergabe an das Jugendamt in der Praxis erlebt. Aus ärztlicher Sicht schütze die Norm einerseits die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, andererseits ermögliche das Gesetz die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt. Leitlinien würden im alltäglichen Umgang allerdings tatsächlich fehlen, bestätigte er die Einschätzung von Prof. Rixen. Dr. Menrath schilderte des Weiteren anhand von zwei Fallbeispielen, wie in seiner Klinik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorgegangen wird. Die Aufgabe der Ärzte hierbei wäre zu erkennen, dass das, was sie sehen, nicht immer mit dem übereinstimmt, was zum Teil erzählt wird. Da es nicht zu ihrem Aufgabengebiet gehöre herauszufinden, was passiert ist oder was in Zukunft das Beste für das Kind ist, sei es wichtig, dass sie berechtigt sind, Informationen an das Jugendamt weiterzugeben, wenn dessen Tätigwerden für nötig gehalten wird. Um dies einschätzen zu können, wären hohe fachliche Kompetenzen erforderlich, z. B. die Kenntnis psychosozialer Risikofaktoren. Außerdem stelle die Möglichkeit der Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft eine große Hilfe für Ärzte dar. Vor dem Kontakt mit dem Jugendamt sei aber das Gespräch mit den Eltern und eine gemeinsame Erörterung der festgestellten Problematik immer das erste Mittel der Wahl, um ggf. auf eine Hilfe hinwirken zu können. Fällt die Entscheidung, das Jugendamt zu informieren, sei am wichtigsten, die Familie vorab darüber zu informieren.

Das Thema Kinderschutz zum Inhalt ärztlicher Aus- und Weiterbildungen zu machen, wurde auch in der anschließenden Diskussion aufgegriffen. Da die Ausbildungsinhalte Ländersache sind, müssten Wege gefunden werden, einen Prozess anzustoßen, der Kinderschutz zu einem größeren Teil der Ausbildung werden lässt. Zum Beispiel könne eine entsprechende Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz zu einer solchen Entwicklung beitragen.

Neben fachlicher Kompetenz wäre es aus Sicht von Dr. Menrath aber auch wichtig, Zeit und Ressourcen für die Kinderschutzarbeit an Kliniken sicherzustellen. Nicht jede Klinik mache es möglich, dass Helferkonferenzen vor Ort abgehalten werden können oder den Ärzten ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt wird, geschweige denn, dass konkrete Kooperationsvereinbarungen mit dem Jugendamt getroffen werden, wie es an seiner Klinik der Fall ist. In diesem Kontext wird auch die geplante verpflichtende Rückmeldung von Seiten des Jugendamtes von der Ärzteschaft sehr begrüßt. Bisher dürften nur Informationen vom Jugendamt an die Ärzte weitergegeben werden, wenn diese für deren weitere Arbeit erforderlich sind, so Rixen auf Nachfragen einiger Teilnehmer, die diese Frage schon länger beschäftigt.

Während der Diskussion wurde außerdem das Thema „Vernachlässigung“ erörtert, weil diese viel schwieriger zu erkennen sei als eine Misshandlung. Viele Fälle machten deutlich, dass es immer Unsicherheiten geben wird, die man zum Teil durch die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen oder entsprechende Fortbildungen beseitigen könne, die zum Teil aber auch ausgehalten werden müssten.

Anschließend fanden Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in verschiedenen Arbeitsfeldern statt. Gewählt werden konnte zwischen Folgenden:

- Kooperative Arbeitsmodelle bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung (durch Misshandlung) in Lübeck - frühzeitige Verzahnung zwischen Kinderklinik und Kinderschutz-Zentrum,
- „Kinder und Jugendliche und ihre psychisch erkrankten Eltern“ in Hamburg,
- Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS), Universitätsklinikum Jena,
- ICF – Was ist das und wie kann sie angewendet werden?
- Kooperative Zusammenarbeit bei Suchtproblematiken in Mecklenburg-Vorpommern.

Anforderungen zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche - Ein Blick zurück und nach vorn

Prof. em. Dr. Heiner Keupp, Vorsitzender der Berichtskommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht mit dem Schwerpunkt „Gesundheit“, richtete für uns den Blick zurück auf die Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe, die er vor sieben Jahren mitverfasst hat. Eine der zentralen Empfehlungen von damals lautete, flächendeckende, multiprofessionelle und verbindliche Kooperationsstrategien zu entwickeln. Den Ist-Zustand schätzte Prof. Keupp jedoch wie folgt ein: „Die aktuelle Situation zeigt versäulte und in sich eingeschlossene Systeme, die einen eigenen Denkstil und Sprachcode entwickelt haben, die unterschiedlichen Handlungslogiken folgen, die unterschiedlich funktionierenden und gesetzlich definierten institutionellen Mustern unterliegen und – nicht zuletzt – die aus unterschiedlichen fiskalisch geordneten Töpfen bezahlt werden.“ Verändert hätte sich nach der Vorlage des Berichtes auf der bundespolitischen Ebene seiner Ansicht nach zu wenig. Im Bereich der Frühen Hilfen sei am meisten passiert und die Debatte um die „Große Lösung“ nun erst richtig ins Rollen gekommen. In der Kinder- und Jugendhilfe wäre die Aufgabe der Gesundheitsförderung in verschiedenen Handlungsfeldern in ganz unterschiedlichem Maß auf- und angenommen wurden und zeige sich in Form einer vielfältigen, additiven und punktuellen Projektpraxis. Seine Empfehlungen für eine zukünftige zielführende Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebensphasen umfassen z. B. ein integriertes System früher Förderung, den Ausbau von schulbezogener Sozialarbeit und Ganztagsangeboten und vernetzte Hilfen beim Übergang Schule – Beruf. Bewährte Projekte sollten generell zu Standardangeboten weiterentwickelt werden.

Prof. Keupp erinnerte auch noch einmal an folgenden Satz aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ Gesundheit zu fördern wäre daher nur durch das gute Zusammenspiel zahlreicher Akteure in der Lebenswelt der Menschen vor Ort möglich.

Am Ende unserer „moderierten Paartherapie“ stand übrigens die Frage: Wollen Sie es weiter miteinander versuchen? Und die Antwort darauf sowie das Fazit der anwesenden Vertreter/innen von Jugendhilfe und Gesundheitswesen war ein klares „Ja!“.

Eröffnung

JUTTA DECARLI

Geschäftsführerin, AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e. V., Hannover

Ein herzliches Willkommen zu dieser Tagung. Mein Dank geht zunächst an Frau Landua, dass diese Kooperationsveranstaltung zwischen AFET und dem Difu möglich gewesen ist.

Der AFET vertritt auf Bundesebene paritätisch die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe. Gemeinsam reflektieren wir Praxis, Wissenschaft und Gesetzgebung und stoßen gemeinsam fachpolitische Entwicklungen an.

Ganz konkret wissen wir von unseren Mitgliedern und engagierten Praktikerinnen und Praktikern der AFET-Gremien auf Bundesebene vor Ort viel über die Fragen, Probleme und Herausforderungen, aber auch die Fortschritte bei der Kooperation von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe. Ganz deutlich wird dies an den Veränderungen und wirklichen Verbesserungen in Bezug auf das Thema „Kinderschutz“.

Der AFET griff bereits vor drei Jahren ein sehr wichtiges, vielleicht eher randständig wahrgenommenes Thema auf, das der Kinder psychisch kranker Eltern. Unter Federführung meiner Kollegin Frau Dr. Sekler und gemeinsam mit vielen Fachkolleginnen und -kollegen aus der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe stellten wir 2014 einen Antrag an den Familienausschuss und den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages mit der Bitte, eine Sachverständigenkommission zur Klärung der komplexen Fragen einzurichten. Sie alle kennen die Praxis gut, daher muss ich an dieser Stelle nicht erklären, wie komplex die Fragen zu diesem Thema sind. Es geht um die Überwindung von Schnittstellen, um Mischfinanzierungen, um Kooperationsgebote. Dies alles kann man nicht einfach verordnen, sondern man muss sich dem im Dialog annähern. Sie alle hier sind ein gutes Beispiel für gelingende Kooperationen und wir denken, dass die Praxis das schon recht gut hinbekommt. Der Antrag war von dem Wissen getragen, dass wir die komplexen Probleme zwar gut kennen, dass aber nun auch auf der Ebene der Gesetzgebung und der strukturellen Ebene etwas passieren muss.

Was ist seit 2014 passiert? Es gibt eine Menge Absichtserklärungen. Zu vier Gesprächen mit allen politisch Verantwortlichen aus beiden Ausschüssen war der AFET eingeladen. Indes: Es fehlt ein konkretes Ergebnis. Aber seien Sie versichert: Wir stehen dafür, dass wir – gemeinsam mit Ihnen und mit unseren Kooperationspartnern – dranbleiben. Aber das langsame Vorgehen macht deutlich, wie dick die Bretter der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe sind, wenn es um die bundesrechtliche Gestaltung der Schnittstellen geht. Und es macht außerdem deutlich, wie wichtig Verständigung ist – Verständigung, Voneinander-Wissen und Voneinander-Lernen. Das ist auch die Absicht unserer Kooperationstagung. Es ist wie in einer guten Ehe: Reden hilft immer! Aber es werden auch einige strukturelle und rechtliche Veränderungen benötigt, die baldmöglichst erfolgen müssen.

An den beiden Tagen unserer Veranstaltung werden viele wunderbare Beispiele für gelingende Kooperation vorgestellt. Aber auch hier gilt: Wir brauchen strukturelle und gesetz-

geberische Veränderungen. Darum bitte ich Sie auch hier, dieses Thema mit im Blick zu behalten und an uns weiterzugeben, damit wir vom AFET dies gut aufgreifen können.

Das Ringen um Haltungen, um Sprache und Systemlogiken vor Ort bleibt eine gemeinsame Aufgabe und das wird ganz besonders deutlich bei der anstehenden SGB VIII Reform. Am letzten Freitag nahmen wir am dritten Fachgespräch des BMFSFJ zur geplanten SGB-VIII-Reform zum Thema „Inklusion“ teil. Noch einmal ist deutlich geworden, dass diese Reform eine neue und sehr große Herausforderung für die Verständigung unserer beiden Systeme ist.

An dieser Stelle möchte ich meinen herzlichen Dank an alle aussprechen, die sich an den Workshops beteiligen, und übergebe das Wort an Herrn Kröger, der diesen ersten Tag moderiert.

Herzlichen Dank!

Wie ticken die beiden Systeme Jugendhilfe und Gesundheitswesen?

Was lässt uns gut zusammenarbeiten, was hindert uns?

Grundpositionen, Haltungen, Herausforderungen

DR. MED. HELMUT HOLLMANN

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie; Psychotherapeut,
Chefarzt, Kinderneurologisches Zentrum Bonn,
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Berlin

In der Vorbereitung auf diesen Vortrag stellte ich mir die Frage, was sich eigentlich in den letzten zehn Jahren getan hat. Es gibt weiterhin mehr Fragen als Antworten. Der zentrale Punkt ist und bleibt das Miteinander-Sprechen.

Das Motto der Tagung ist „Gesundheitsförderung und Prävention“. Nicht zufällig deckt sich dies ganz präzise mit der Definition von Sozialpädiatrie, die Hans Schlack im Jahr 1996 gab, die das besondere Wesen der Sozialpädiatrie als Querschnittswissenschaft innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin, nicht als Subspezialität, kennzeichnet:

***Sozialpädiatrie** umfasst im Rahmen der Kinderheilkunde und Jugendmedizin das wissenschaftliche Fachgebiet, das sich für die **Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen** und für die **Prävention von Gesundheits- und Entwicklungs-Störungen** einsetzt. Als Ergänzung und Gegengewicht zur klinischen Pädiatrie, die sich vor allem mit der Erforschung und Behandlung von Krankheiten befasst, versteht sich die Sozialpädiatrie als **Gesundheitswissenschaft mit Bezug zum Gemeinwesen** ¹*

Sie richtet sich in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung sehr stark auf das Individuum, hat jedoch auf der anderen Seite – und darin unterscheidet sie sich von den sonstigen, eher kurativ ausgerichteten Bereichen der Medizin – einen ganz eindeutigen Gemeinwesenbezug. Das heißt, Sozialpädiatrie ist zwingend darauf angewiesen, mit anderen Professionen zusammenzuarbeiten. Darum erlaube ich mir auch, Sie zu begrüßen als Kolleginnen und Kollegen aller Professionen! Das ist bei uns in der Sozialpädiatrie übliches Arbeitsverhalten, das wir seit langem pflegen und das sinnvoll in die bereichsübergreifende Kooperation mit anderen Systemen, namentlich der Jugendhilfe, eingehen kann.

Frau Decarli, Ihre Einführung möchte ich dahingehend ergänzen, dass geschätzte 2,8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die von psychischer Krankheit ihrer Eltern oder mindestens eines Elternteils betroffen sind, ein Schandmal in der Politik sind, weil bisher so erbärmlich wenig für diese Majorität von Kindern und Jugendlichen getan worden ist. Es hat sich in der Tat in den letzten Jahren viel in Bewegung gesetzt. Im Erwachsenenbereich der Psychiatrie unserer Klinik war es bis vor vier Jahren nicht üblich, bei der Aufnahme einer Patientin/eines Patienten danach zu fragen, ob zu Hause minderjährige Kinder zu versorgen seien. Erst durch ein Kooperationsprojekt „Jugendhilfe trifft Psychiatrie“, das JuPs-Projekt im Rheinland, sind solche Dinge zur Selbstverständlichkeit

¹ Schlack, 1996

geworden. Das sind kleine Schritte, die im Einzelfall einen großen Fortschritt bedeuten. Ich kann nur dafür werben, dass Sie sich mit Ihrer Initiative tatsächlich auf der politischen Ebene Gehör verschaffen und für diese große Gruppe von Kindern und Jugendlichen bessere Strukturen aufgezo-gen werden, die zwingend wiederum bereichsübergreifende Ko-operationen – über dieses Thema hinweg – benötigen.

Keine Profession hat die Hoheit über das Thema „Deutung von Entwicklung“ gepachtet. Nur mit diesem Grundsatz kann eine gemeinsame Basis und eine gemeinsame Haltung dazu gefunden werden, wie mit Kindern und Jugendlichen in besonderen Situationen – das betrifft nicht nur die Kindeswohlgefährdung – und ihren Familien umgegangen wird.

Das Ökologische Modell von Uri Bronfenbrenner geht vom Individuum aus und führt in die umgebende Situation der Familie und in die darüber hinausreichende Region der institutionellen Betreuung (Kindergarten, Schule) sowie der Nachbarschaft, Peergroup, Vereine, aber auch Therapien im medizinischen Bereich, natürlich angegliedert an das Betreuungssystem der Familie, von Eltern, von den Menschen insgesamt, das in das Makrosystem der Wertevorstellungen und der Gesellschaft eingeordnet ist (**Abbildung 1**).

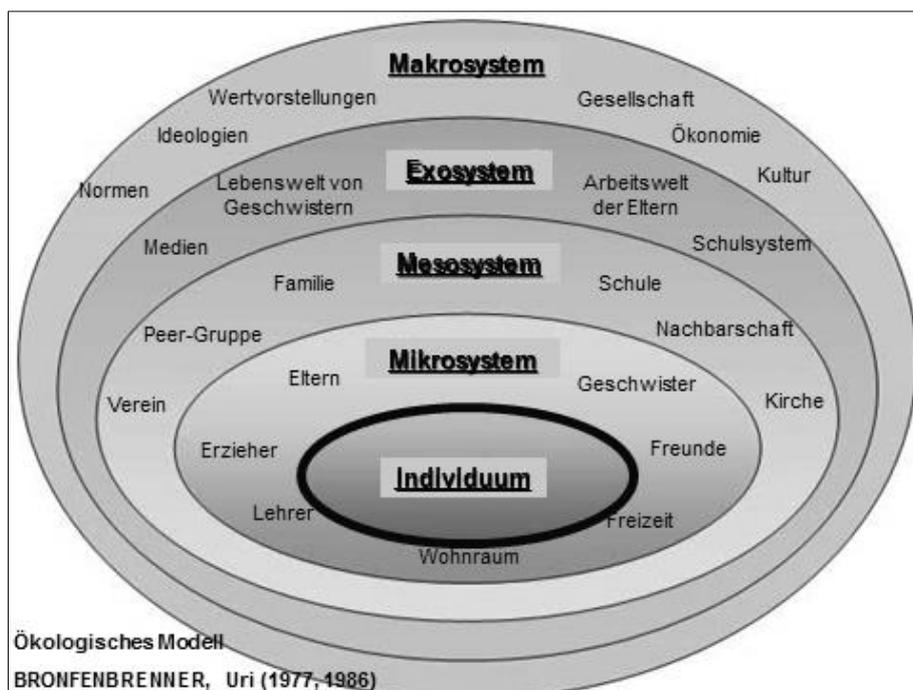


Abbildung 1

Dieses Modell entwickelte Bronfenbrenner bereits im Jahr 1977, es ist also nicht neu. Man möchte aber meinen, dass es heute eine besondere Aktualität gewinnt. Ich widme mich zunächst dem Individuum aus Sicht der Jugendhilfe.

Wie ticken die Systeme? Grundpositionen der Jugendhilfe

Die Jugendhilfe ist im Wesentlichen folgendermaßen organisiert (**Abbildung 2**):

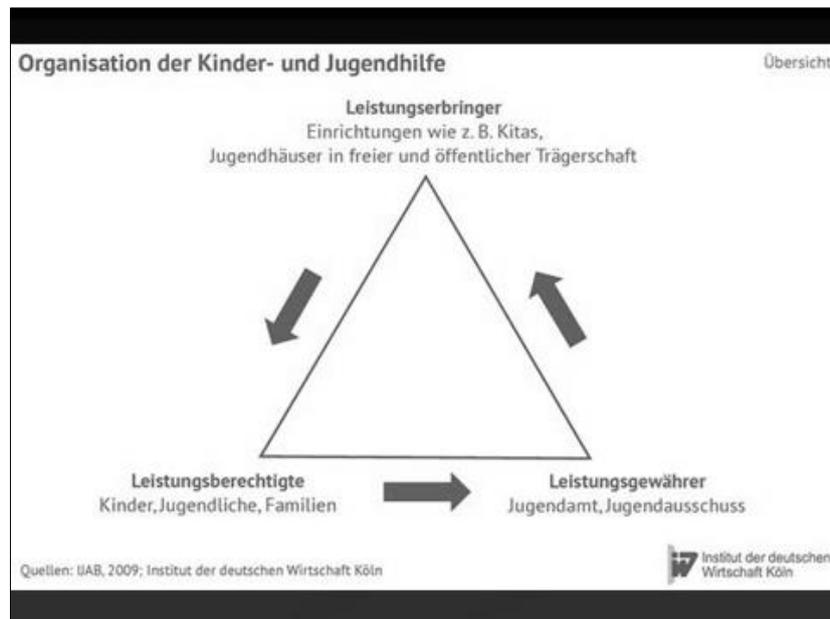


Abbildung 2

Die Jugendhilfe steht in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Leistungsberechtigten auf der einen Seite – das sind zum Teil die Eltern, zum Teil die Kinder und Jugendlichen selbst – und den Leistungserbringern in öffentlicher oder privater Hand auf der anderen Seite. Dieses Dreiecksverhältnis ist für die Kolleginnen und Kollegen im Bereich der Jugendhilfe nicht immer leicht mit Leben zu erfüllen, insbesondere, wenn enge finanzielle Grenzen gesetzt sind, wie es in vielen Kommunen durch die angespannte Haushaltslage zwangsläufig bedingt wird. Die Ausgaben der Jugendhilfe im Jahr 2013 beliefen sich bekanntlich auf etwas über 36 Milliarden Euro.

Mehr als die Hälfte wurde für Pflichtaufgaben im Bereich der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in der Tagespflege ausgegeben (**Abbildung 3**). Lediglich 1 Milliarde Euro wurden für die Förderung der Erziehung in der Familie aufgewendet und 9 Milliarden Euro für die Hilfen zur Erziehung. Es ist meiner Ansicht nach wichtig, noch einmal deutlich zu machen, dass das Jugendamt mitnichten nur das staatliche Wächteramt innehat, sondern dass es in vielfältiger, unterstützender Art und Weise unterwegs ist. Die Herausnahme eines Kindes aus der Stammfamilie, die in den Medien so stark propagiert wird und worüber die Kolleginnen und Kollegen in der Jugendhilfe immer wieder unter Beschuss geraten, weil sie angeblich zu spät reagieren, stellt stets lediglich den Endpunkt einer Hilfekette dar, an dem im Einzelfall keine andere Lösung mehr übrig bleibt.

Beim Blick auf die Anzahl der Verfahren zur Gefährdungsabschätzung in Deutschland ist es sehr spannend zu sehen, dass pro 1.000 unter 18-Jährigen in Niedersachsen nur fünf, in Bremen und Berlin aber 23 bzw. 20 solcher Verfahren in Gang gesetzt werden (**Abbildung 4**).

Die fünf Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe Tabelle

	Ausgaben 2013		Anteil öffentlicher Träger in Prozent ¹⁾
	Jeweiliger Anteil in Prozent	Ausgaben in Milliarden Euro	
Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit (u. a. außerschulische Jugendbildung, Jugendarbeit in Sport und Spiel, Ausbildungsprojekte)	6	2	51
Förderung der Erziehung in der Familie, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (u. a. Beratung, Familienfreizeiten, Unterstützung für Alleinerziehende)	2	1	87
Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege (Krippe, Krabbelgruppe, Kindertagesstätten und Hort)	65	23	50
Hilfe zur Erziehung (u. a. Erziehungsbeistand, Pflegefamilien, Heimerziehung)	25	9	96
Sonstige Ausgaben (Inonnutnahmen, Mitwirkung in Verfahren vor dem Familien- und Jugendgericht)	2	0,9	-

1) Das Verhältnis von freien und öffentlichen Trägern liegt bei 70 zu 30 Prozent zugunsten der freien Träger, wenn lediglich die Anzahl an Einrichtungen betrachtet wird.
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015b

Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Abbildung 3



Abbildung 4

Das zeigt einen erheblichen regionalen Unterschied. Schaut man sich die Ausgaben pro tatsächlichem Gefährdungsfall an, steht Berlin mit 44.000 Euro knapp hinter Thüringen mit 41.000 Euro, Niedersachsen gibt hingegen knapp 160.000 Euro für den einzelnen Gefährdungsfall aus (**Abbildung 5**). Salopp formuliert: Für die Ausgaben in Niedersachsen pro Einzelfall können in Thüringen vier Kinder versorgt werden.



Abbildung 5

Diese Zahlen sollten uns alle sehr nachdenklich stimmen und dazu auffordern zu fragen, warum diese Unterschiede bestehen. Ich selbst habe leider keine Antwort darauf. Das Fazit im **Bericht Institut der Deutschen Wirtschaft Köln vom 15.01.2016** hingegen lautet:

- Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen öffentlicher und freier Kinder- und Jugendhilfe hat sich bewährt.
- Stationäre Unterbringung von Kindern:
Einnahmen von rund 9 Milliarden Euro für die Freien Träger.
- Hohe Wachstumsraten bedenklich:
Inobhutnahmen + 65 Prozent (seit 2005)
Unterbringungen in Einrichtungen + 20 Prozent (seit 2008)².
- Möglicherweise bestehen Fehlanreize bei der Entscheidungsfindung für eine Maßnahme.
- Fehlende Effizienzprüfung.
- Unterschiedliche Praxis bei der Inobhutnahme könnte mit hohen Kostenunterschieden verbunden sein kann.
- Empfehlung: Evaluation.

Das Institut der Deutschen Wirtschaft empfiehlt als Antwort die Evaluation. Das kennen wir in beiden Systemen sehr gut und im Grunde ist das natürlich richtig. Wir wissen aber auch: Das hier ist nicht die momentan in den Schlagzeilen befindliche Produktion bei VW, die man mehr oder weniger qualitätsgesichert gestalten kann, sondern wir haben es hier mit Menschen und damit mit komplexen Systemen zu tun – erinnert sei an das

² Statistisches Bundesamt, 2015d

„Zwiebelschalenmodell“ von Bronfenbrenner – und stehen in einem erheblichen Umfang der Notwendigkeit gegenüber, individuelle und individuell passende Entscheidungen zu treffen. Das betrifft wiederum beide Systeme, sowohl die Jugendhilfe als auch das Gesundheitssystem. Vieles, was sich Wirtschaftswissenschaftler wünschen, nämlich ein liniengetreues Entscheidungsprozessverfahren, an dessen Ende die für den Klienten oder den Patienten gesicherte, standardisierte und qualitätsgestützte Maßnahme steht, ist vielleicht im Ansatz in einigen Bereichen durchaus möglich und wird auch praktiziert. Aber gerade in den Gefährdungsfällen sprechen wir über die absolute Spitze eines Problemberges, wo sehr viel Individualität und daher sehr viel Verschiedenheit hineinspielt. Deswegen gebührt mein Respekt hier tatsächlich den Entscheidungsfindern, die jeweils dann eine Entscheidung zu treffen haben, die sie letztlich sogar juristisch verantworten müssen, ob sie gut oder nicht so gut gelungen sei. Natürlich ist es interessant sich zu überlegen, ob diese Entscheidungsfindungsprozesse möglicherweise unterschiedlichen Vorstellungen – welcher Art auch immer – zugrunde liegen, die in der Konsequenz erhebliche Kostenunterschiede bedingen können. Das ist eine völlig legitime Frage.

Innerhalb des Fazits wird hervorgehoben, dass die hohen Wachstumsraten der Inobhutnahmen und Unterbringungen in Einrichtungen bedenklich seien. Darauf gibt es allerdings eine Antwort (**Abbildung 6**):

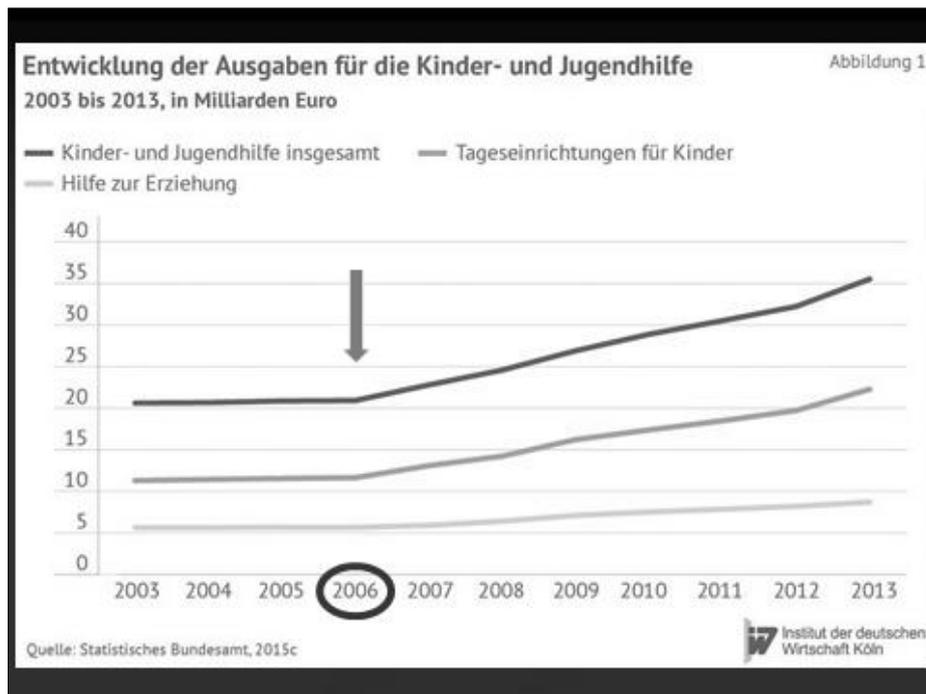


Abbildung 6

Im Jahr 2006 gab es den Fall „Kevin“. Vier Jahre lang, bis 2006, ist eine Konstante bei den Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe und seither ein klarer und kontinuierlicher Anstieg festzustellen. Eine Gesellschaft, die sich kümmert, muss auch bereit sein, darin zu investieren. Das ist die logische Konsequenz. Insofern ist diese vom Institut der Deutschen Wirtschaft bedenklich erscheinende Wachstumsrate für mich nicht bedenklich, sondern unterstützenswert, weil sie zeigt, dass wir bereit sind, systemübergreifend genauer hinzuschauen und Maßnahmen einzuleiten. Ich gehe soweit zu sagen: Wenn die An-

zahl der institutionellen Betreuungen *nur* um 20 Prozent zugenommen hat, obwohl wir eine um 65 Prozent höhere Inobhutnahme haben, bedeutet das, dass sehr genau abgewogen wird und dass der medial immer wieder transportierte Hype „Das Kind muss aus der Familie heraus und in der Institution versorgt werden!“ nicht der Weisheit letzter Schluss für das einzelne Kind und den einzelnen Jugendlichen darstellt und in den Jugendämtern auch nicht mitgegangen wird.

Wie ticken die Systeme? Grundpositionen des Gesundheitssystems

In Deutschland existieren inzwischen 154 Sozialpädiatrische Zentren, die eine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten Institutionen für die Entwicklung und Entwicklungsabweichungen sowie Behinderungen und chronische Krankheiten von Kindern und Jugendlichen bieten können (**Abbildung 7**):



Abbildung 7

Das ist eine wertvolle Ressource, in der extrem viel Expertise gebündelt ist. Beispielsweise ist etwas mehr als die Hälfte der deutschen Kinderneurologen in Sozialpädiatrischen Zentren tätig.

Das Gesundheitssystem ist folgendermaßen organisiert (**Abbildung 8**):

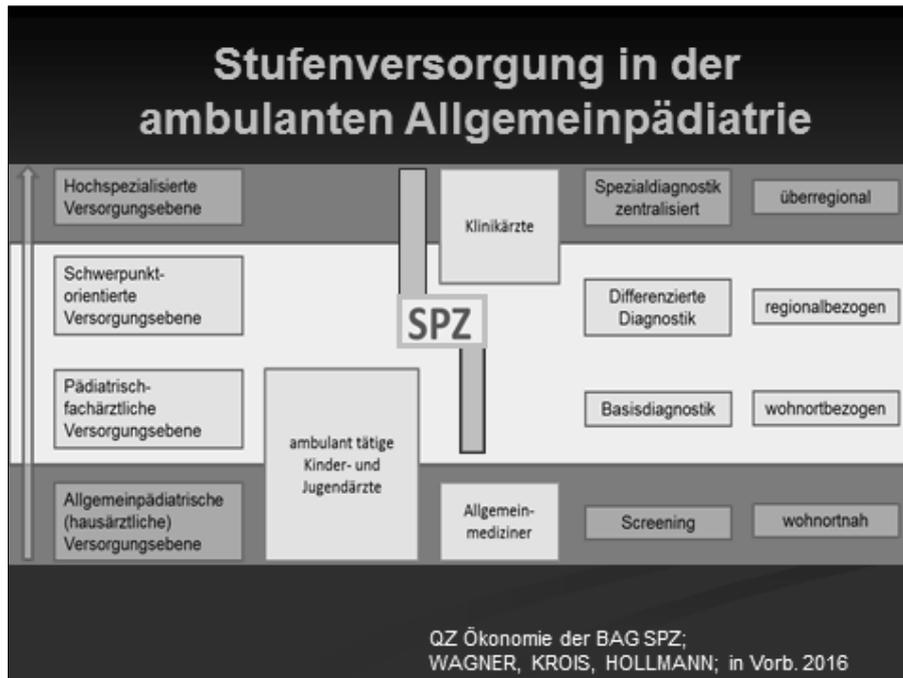


Abbildung 8

Wir bemühen uns darum, eine gestufte Versorgung anzubieten, die auf der einen Seite spezielle medizinische Anforderungen erfüllen muss, auf der anderen Seite aber auch den Spagat zwischen Wohnortnähe und Überregionalität meistern muss, was automatisch bei bestimmten Spezialisierungen der Fall ist. Es ist nicht möglich, den absoluten Spezialisten bei jedem „um die Ecke“ zu finden. So viele Spezialisten gibt es nicht. Für den pädiatrischen Bereich gibt es auf der einen Seite die ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte, die die Basisversorgung übernehmen, daneben die Klinikärzte, die zum Teil die Spezialdiagnostik betreiben, teilweise auch die differenzierte Diagnostik. Dazwischen stehen die Sozialpädiatrischen Zentren, die auf der einen Seite, je nach regionaler Gegebenheit, durchaus basisdiagnostische Aufgaben haben, auf der anderen Seite aber, je nach den regionalen Strukturen und Gegebenheiten, spezialisierte Aufgaben wahrnehmen.

Im Jahr 2013 erstellte die Interdisziplinäre und Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe Entwicklungsdiagnostik (IVAN) eine Übersicht darüber, wie wir uns das Stufenmanagement der Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten zukünftig vorstellen (**Abbildung 9**). Kinder- und Jugendärzte arbeiten grundsätzlich auf der Basis des Screenings im Rahmen der Kinder-Früherkennungsuntersuchung. Bei Auffälligkeiten ist eine Basisdiagnostik erforderlich, die entweder der Arzt in der Praxis durchführt oder die er an das zuständige regionale SPZ delegieren kann. Das SPZ ist dafür zuständig, die Spezialdiagnostik bei unklaren Situationen und speziellen Krankheitsbildern durchzuführen. Daran sind Überlegungen zur Therapie angedockt, die hier an dieser Stelle jedoch keine Rolle spielen sollen.

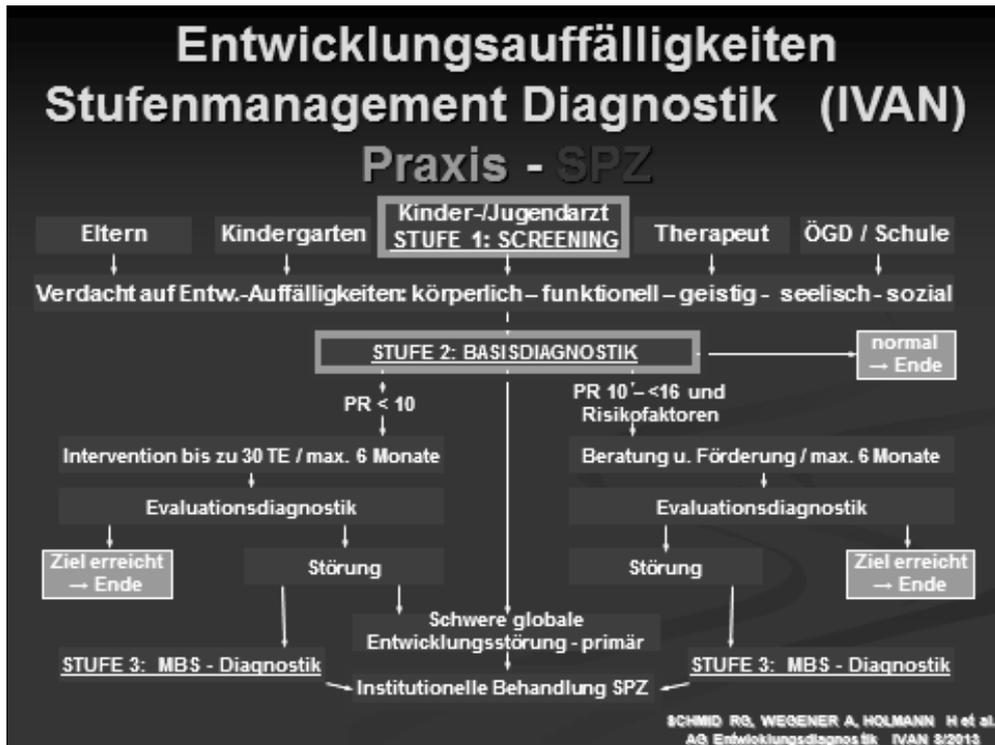


Abbildung 9

Früher sprachen wir gern von einem ganzheitlichen und bereichsübergreifenden Vorgehen. Das trifft in der Jugendhilfe und in der Pädagogik zu, aber genauso in der Medizin, insbesondere im Kinder- und Jugendbereich und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heute haben wir dieses Vorgehen durch das psychosoziale Entwicklungsmodell ersetzt. In der Sozialpädiatrie fassen wir das Modell mit dem **EKPSA**-Schema der **Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik** zusammen:

- Entwicklung und Intelligenz,
- Körperlicher und neurologischer Befund,
- Psychischer Befund und Verhalten,
- Soziale Kontextvariablen,
- Abklärung der Ätiologie.

Wir schauen uns nicht nur die Entwicklung, Intelligenz und den körperlichen und neurologischen Befund an, sondern machen uns ebenso Gedanken um den psychischen Befund und das Verhalten des Kindes und versuchen, soziale Kontextvariablen systematisch zu erfassen. Immer dort, wo eine gravierende Störung vorliegt, versuchen wir zu ergründen, warum das Kind in seiner Entwicklung derart abweicht.

Das Gesamtsystem des Vorgehens sieht nach WHO so aus wie in **Abbildung 10** dargestellt:

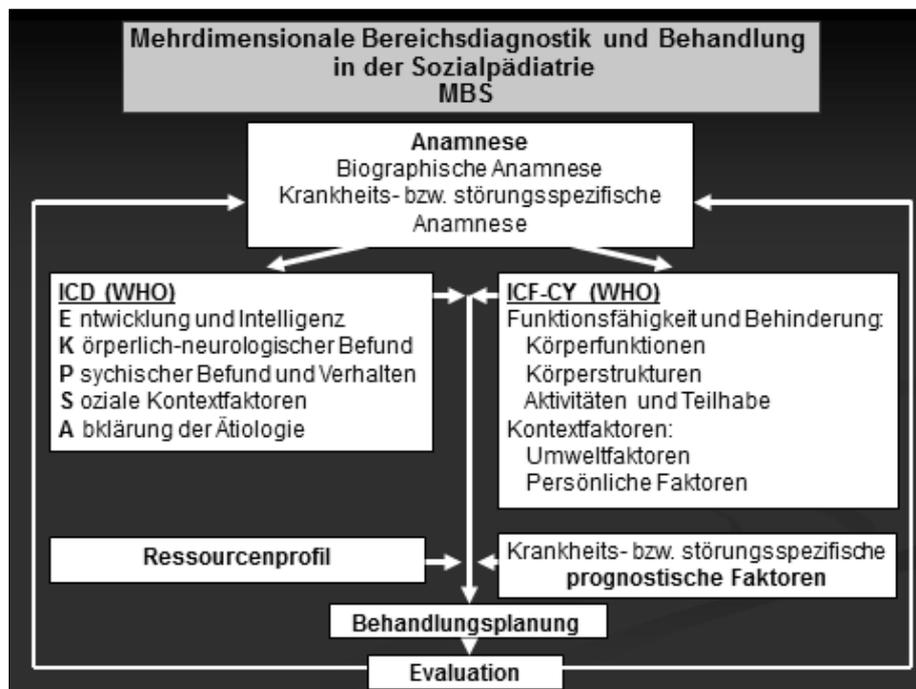


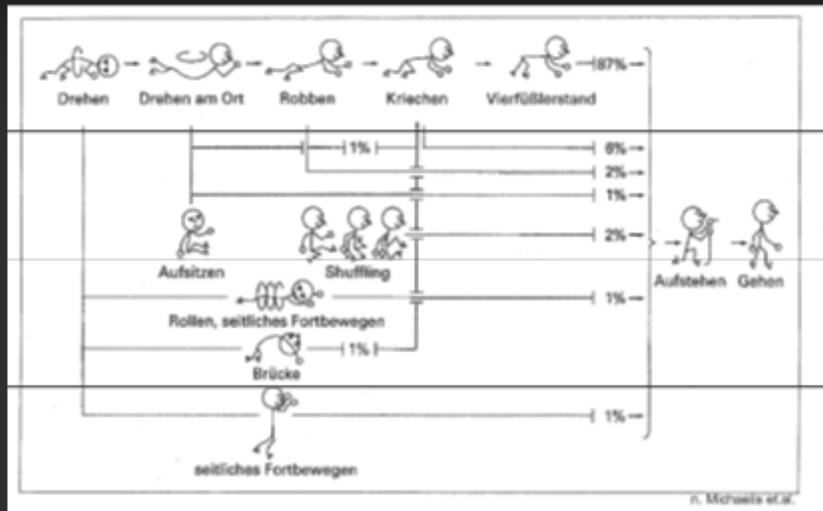
Abbildung 10

© Dr. med. Helmut Hollmann

Komplementär zu dem Bereich, den ich Ihnen vorgestellt habe und der nach ICD 10 der WHO verschlüsselt wird, steht die internationale Klassifikation der Funktionen bei Kindern und Jugendlichen, die ICF-CY. Diese beiden Klassifikationen existieren nicht gegenseitig, sondern komplementär. Die ICF-CY hat uns insbesondere im SGB IX im Jahr 2001 den ganz wesentlichen Begriff der Partizipation beschert, der sich in dem Punkt der Teilhabe wiederfindet. Darum müssen wir uns massiv kümmern. Wenn man das von der Seite der ICF-CY her denkt, passen die medizinischen Diagnosen wunderbar hinein. Man kann sich auf diese Art und Weise sehr gut in die Situation des einzelnen Kindes und Jugendlichen versetzen und auch andere als nur medizinische Ideen entwickeln, wie die Problembewältigung aussehen könnte. Dazu zählen auch solche Dinge wie das Ressourcenprofil oder krankheits- bzw. störungsspezifische prognostische Faktoren.

Was wir in der Sozialpädiatrie innerhalb des Bereichs der Entwicklung gelernt haben, hängt wesentlich mit der nächsten Darstellung zusammen (**Abbildung 11**). Früher sind wir davon ausgegangen, dass das Kind ausgehend vom Krabbeln den aufgeführten Entwicklungsverlauf nehmen müsste, um das freie Laufen zu erreichen. Das tun auch 87 Prozent aller Kinder. Aber immerhin jedes 7. Kind nimmt einen irgendwie anders gearteten Entwicklungsverlauf. Wenn eine Mutter oder ein Vater bemerkt, dass ihr Kind auf dem Hosenboden blitzschnell durch die Wohnung rutscht, aber niemals krabbelt, brauchen sie sich keine Sorgen zu machen. Wenn das Kind ansonsten topfit ist und fröhlich in die Welt schaut, ist auch dies normal. Anfang der 1980er-Jahre, als ich im Kinderzentrum München anfang, galt nur dieses o. a. „hierarchische“ Modell als normal und alles andere musste behandelt werden.

Motorische Entwicklung: Variabilität als Normalität

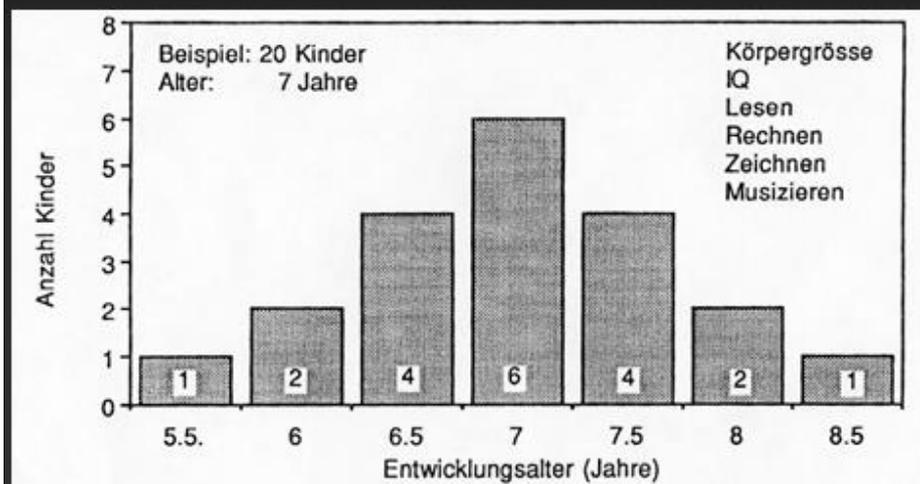


aus Largo, 1993

Abbildung 11

Insofern haben wir uns in den vergangenen 35 Jahren in Bezug auf das Verständnis kindlicher Entwicklung enorm weiterentwickelt. Herr Largo hat uns auch gezeigt, dass es mit der Variabilität im Laufe der Kindesentwicklung weitergeht (**Abbildung 12**).

Variabilität der Entwicklung - Kindheit



nach Largo

Abbildung 12

Das Kind ist nicht in allen Entwicklungsbereichen gleich, sondern es ist in verschiedenen Entwicklungsbereichen im erreichten Stand verschieden weit. Das macht Ihnen in der Jugendhilfe, wenn Sie überlegen sollen, was für ein bestimmtes Kind angemessen ist, die Entscheidung im Einzelfall sehr schwer. Dafür brauchen Sie die entwicklungsneurologische oder entwicklungspsychologische Miteinschätzung, um dann in der Verbundlösung zu den richtigen Überlegungen zu kommen.

Im Alter von 7 Jahren erkennt man eine Differenz von etwa zweieinhalb Jahren in der maximalen Entwicklungsbreite. Wenn Sie davon ausgehen, dass Kinder bei der Einschulung in ihrer Entwicklung vom durchschnittlichen Stand plus/minus ein bis eineinhalb Jahre unterschiedlich sind, wissen Sie, was das für ein entwicklungsdiagnostischer „Hühnerhaufen“ ist, die die Grundschulpädagogen auf einen Nenner bringen sollen, genannt Curriculum.

Diese Unterschiedlichkeit bleibt auch im Jugendlichenalter bestehen (**Abbildung 13**):

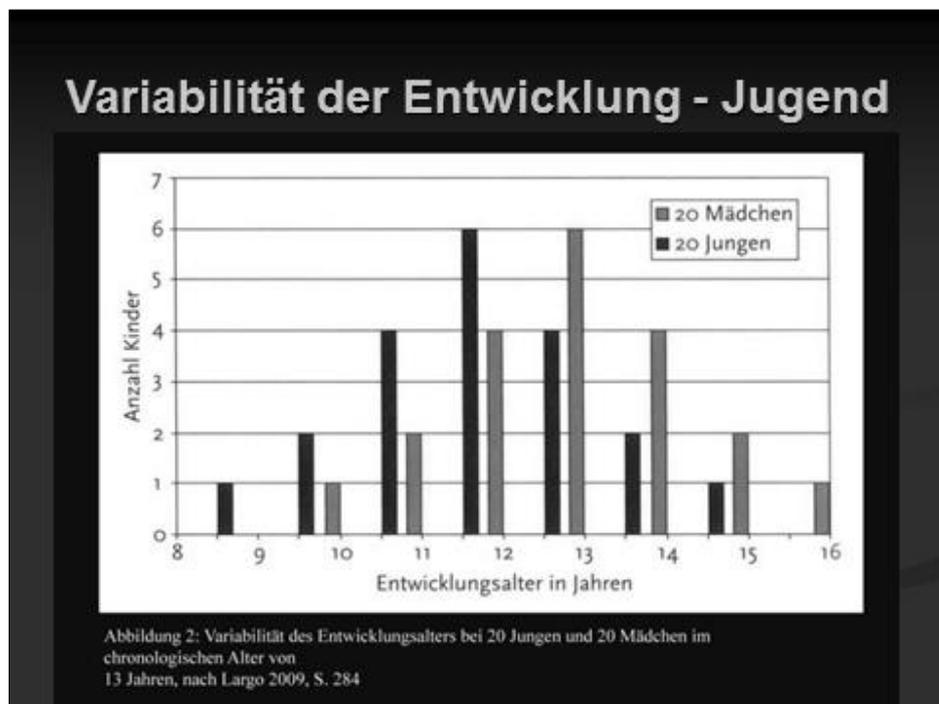


Abbildung 13

Hier schlägt die Pubertät zu Buche. Dies bedeutet, dass Mädchen im Schnitt zwei Jahre früher in die Pubertät kommen als Jungen. Während die jungen Damen den etwas älteren jungen Herren schon schöne Augen machen, spielen die gleichaltrigen Jungen noch im Sandkasten oder mit der Märklin-Eisenbahn. Das hat gravierende Implikationen beispielsweise für den Schulerfolg. Wenn die Herren der Schöpfung irgendwann aufwachen und feststellen, dass das Abitur tatsächlich schon nächstes Jahr stattfindet, befinden sich die Damen bereits ein Jahr lang intensiv in der Vorbereitung. Das macht einen Unterschied im numerus clausus und in der Wahl der Studienfächer. Man kann sich anschauen, wie viele Studienanfängerinnen wir heute in den Numerus-Clausus-Hochfächern Medizin und Psychologie haben. Die Pädiatrie ist inzwischen zu über 85 Prozent weiblich.

Die biologischen Determinanten ziehen sich also durch das gesamte Kindes- und Jugendalter.

Wir haben viel über Wahrnehmung gelernt und geredet. Sprachwahrnehmung beispielsweise funktioniert so, dass nicht allein das Sprachzentrum zuständig ist, sondern weite Bereiche des Gehirns in unterschiedlicher Intensität eingeschaltet sind. Wenn man das weiß, hat man auch Verständnis dafür, dass die viel berufene Plastizität des Nervensystems ein äußerst kompliziertes Gebilde darstellt. In der Praxis bedeutet das, dass wir inzwischen eine Menge mehr über das Gehirn wissen als vor 25 oder 30 Jahren, aber weit davon entfernt sind, das vollends zu verstehen.

Auch im Gesundheitssystem gibt es Statistiken, wie zum Beispiel über die Ausgaben für Heilmittel, für Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie usw. (**Abbildung 14**):



Abbildung 14

Sie werden zwar als Heilmittel („heil machende Mittel“) bezeichnet, sind es aber insbesondere im Kinderbereich nicht. Die Kostenträger halten die Ausgaben von 6,16 Milliarden Euro für ganz erheblich. Der Kinderbereich ist mit seinen 769 Millionen nur zu einem kleineren Teil beteiligt. Die Alterspyramide beschert den Krankenkassen jedoch eine immer höhere Inanspruchnahme. Der Markt ist demnach noch lange nicht fertig, demzufolge versuchen die Kassen, die Ausgaben irgendwie zu reglementieren, was aber schwierig ist, da Evidenznachweise eben auch schwierig sind.

Wir stehen in der Medizin der Steigerungsrate der Jugendhilfe nicht nach. Im Jahr 2011 betrug die Ausgaben im Kinderbereich ca. 475 Millionen, somit ergibt sich eine Steigerungsrate von 62 Prozent in fünf Jahren. Der Trend zu Hilfestellungen für Kinder und Jugendliche geht über die Systeme hinweg weiter.

Das Problem der regionalen Unterschiede besteht nicht nur in der Jugendhilfe, sondern auch in der Medizin. Das ist an der Häufigkeit der Heilmittelverordnung in Deutschland zu erkennen (**Abbildung 15**):



Abbildung 15

Diese Unterschiede sind nicht mit einer medizinischen bzw. naturwissenschaftlichen Rationalität zu erklären. Man kann sie einfach nur zur Kenntnis nehmen. Erklärungsmodelle gehen auf unterschiedliche Altersstrukturen, unterschiedliche Morbidität, unterschiedliche Regulationen und Limitationen der Verordnungsfähigkeit ein. Das System schlägt also stets mit zu Buche.

Die folgende Karte der ADHS-Häufung in Unterfranken hat bei ihrer Publikation 2012 viel Aufsehen erregt (**Abbildung 16**). Ansonsten gibt es in Deutschland eine bunte Mischung der ADHS-Diagnose-Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Auch bei der Häufigkeit der Verordnung sind wesentliche Unterschiede festzustellen. Vor diesem Hintergrund ist die vom Institut der Deutschen Wirtschaft empfohlene Evaluation ein wichtiges Thema, auch im medizinischen Bereich.

Bei einem Blick auf die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme in Deutschland ergibt sich ein ähnlich buntes Bild (**Abbildung 17**). Man erkennt eine an alte Landkarten erinnernde deutliche Zweiteilung unserer Bundesrepublik. Ebenso interessant ist aber auch – und das ist noch weniger zu verstehen –, dass die modernen Antirheumatika im Ostteil der Republik deutlich häufiger verordnet werden als im Westteil. Rheuma ist eine ganz klassische Krankheit.

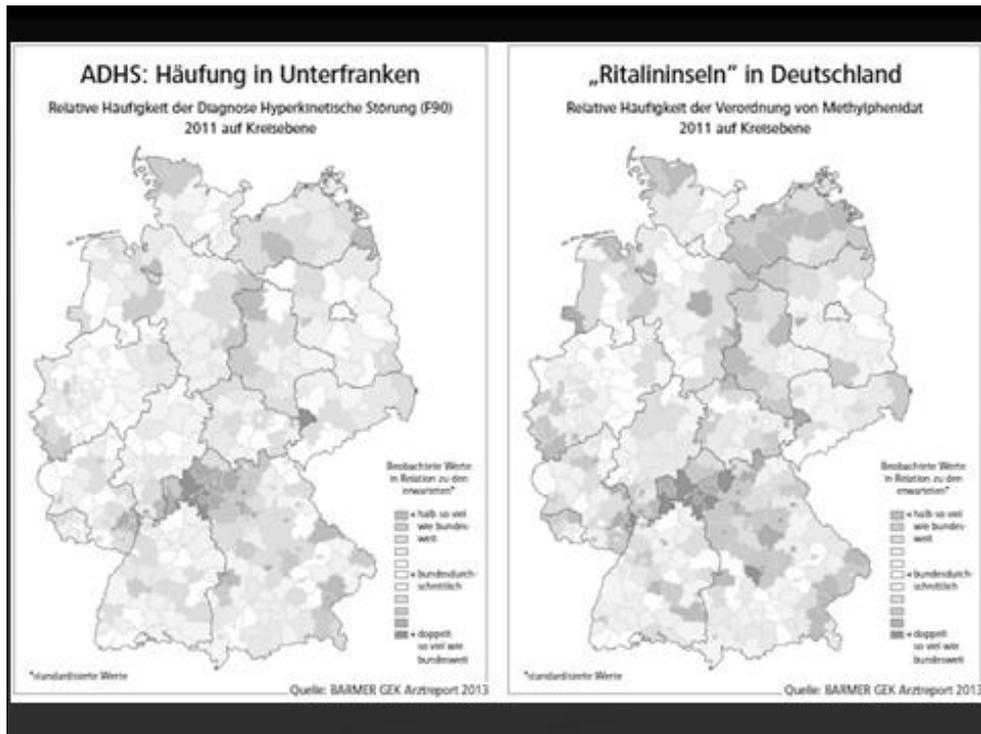


Abbildung 16

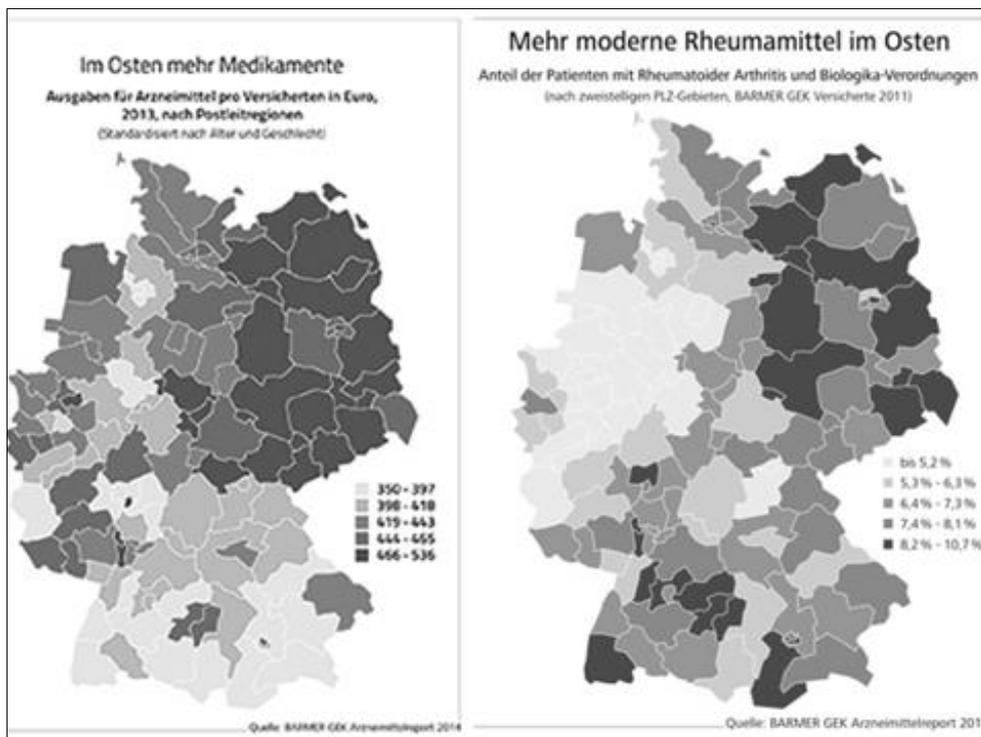


Abbildung 17

Mit diesen Bildern möchte ich Sie dafür sensibilisieren, dass wir alle unsere Pakete haben, die nicht ohne Weiteres zu erklären sind. Damit möchte ich zu den Gemeinsamkeiten überleiten.

Wie ticken die Systeme? Gemeinsamkeiten

Das System der Jugendhilfe und das des Gesundheitswesens haben zum Beispiel mit den Folgen von Kinderarmut zu tun. Aus diesem Grund ist für beide Systeme die **Studie zur Armut von Kindern in Deutschland von der Bertelsmann-Stiftung** vom 12.09.2016 und der darin abgebildete Anteil der Kinder unter 18 Jahren in Familien im SGB-II-Bezug von Interesse, da sie im erheblichen Umfang unsere Arbeitsaufträge bedingt (**Abbildung 18**):

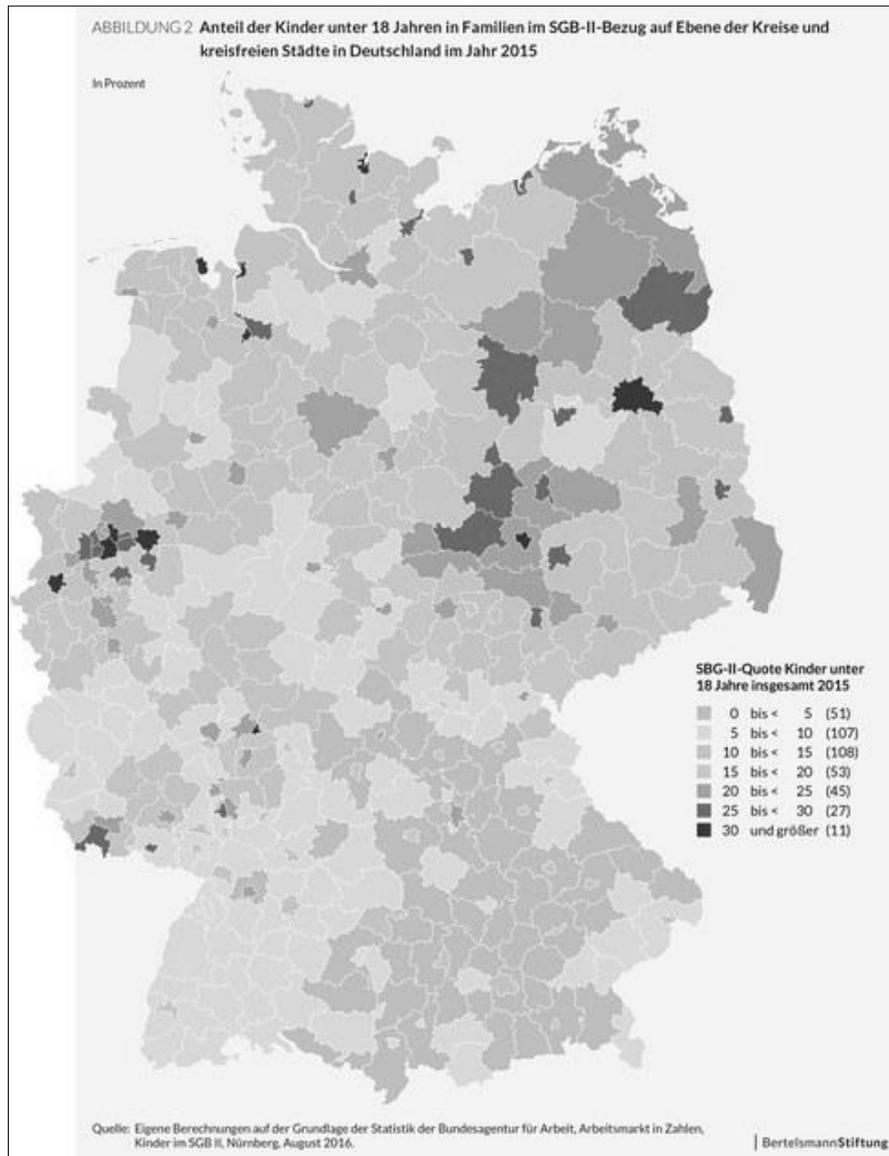


Abbildung 18

Armut im Wohlstandsland Deutschland bedeutet, dass wir etwa 2 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren haben, die von Hartz-IV-Sätzen leben. Wer von Ihnen sich damit schon einmal näher beschäftigt hat, der weiß, dass ein Schulkind im Hartz-IV-Regelsatz pro Tag für die gesunde Ernährung keine 3 Euro zur Verfügung hat. Natürlich gibt es die „Bildzeitungs“-Aktivitäten, bei denen eine Woche lang, möglichst per Video verfolgt, dargestellt wird, dass man von diesem Geld sehr wohl etwas Gesundes kochen kann. Aber: Darum bemühen sich intelligente Menschen und sehr gute Köche. Das sind

nicht die meist schlichten Menschen, die wir überzufällig häufig im Hartz-IV-Milieu antreffen. Für diese ist eher der normale Gang der Dinge, dass – wenn wieder Geld vorhanden ist – zu allererst eine „leckere Pizza“ auf den Tisch kommt, was herzlich gegönnt sei, aber mit gesunder Ernährung wenig zu tun hat. Insofern ist die Statistik ein politisches Menetekel oder auch ein politischer Dauerauftrag der Verbesserung. Wenn wir das nicht besser in den Griff kriegen, werden wir in beiden Systemen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe – und hier insbesondere in der Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie – auch in der Zukunft jede Menge Schwierigkeiten haben. Leider sieht es so aus, als ob sich dieser Trend so bewegen würde, dass die sozialen Unterschiede weiter zunehmen (**Abbildung 19**):

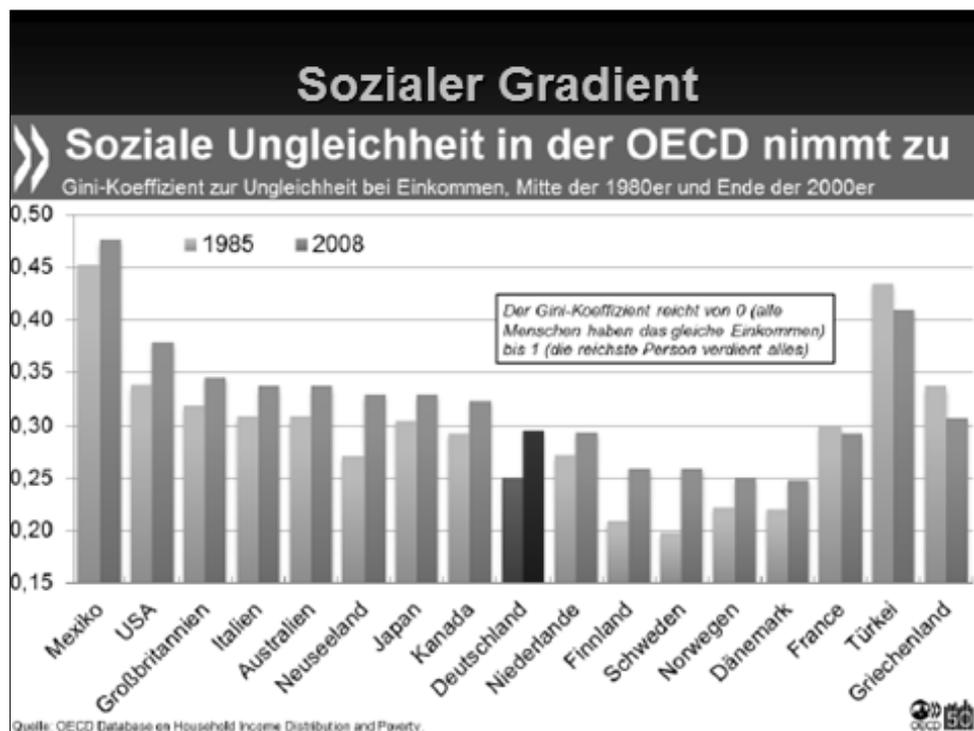


Abbildung 19

Die skandinavischen Länder weisen im Jahr 1985 sehr geringe soziale Unterschiede auf, die sich aber bis 2008 deutlich erhöht haben. Auch in Deutschland ist ein deutlicher Anstieg festzustellen. Lediglich Frankreich, die Türkei und Griechenland haben – allerdings auf einem wesentlich höheren Ausgangsniveau – einen gewissen Schritt in Richtung Gleichheit bewältigt. Alle anderen driften stärker auseinander. Insofern ist dies nicht nur ein deutsches, sondern ein globales Thema.

Der 1. Deutsche Kinder- und Jugendgesundheits-Survey 2007³ vom Robert-Koch-Institut (RKI) Berlin im Auftrag der Bundesregierung hat uns deutlich gezeigt, dass diese Daten nicht nur etwas mit Luxus und Wohlstand zu tun haben, sondern dass sie unmittelbar Auswirkungen auf das Dasein und das Befinden von Kindern und Jugendlichen haben. Armut hemmt die Entwicklung im weitesten Sinne und Armut schädigt die Gesundheit. KiGGS zeigt die Abhängigkeit des Kindes von fördernden und hemmenden Milieufakto-

³ www.KiGGS.de

ren: Die Umgebungsfaktoren fördern bzw. hemmen die Eigenaktivität des Kindes und damit die Realisation seines Entwicklungspotenzials. Deshalb ist das **Ziel die Schaffung eines „fördernden Milieus“!** Dafür werden die Maßnahmen der Jugendhilfe benötigt, wie Hilfe zur Erziehung, gute Kitas usw. In Bezug auf Entwicklung und soziale Umgebung zeigt sich: Milieu ist „wirksamer“ als Therapie!

Migrationshintergrund allein ist allerdings kein Risikofaktor dafür, in der Zugehörigkeit zu Gesellschaftsschichten abzugleiten, auch wenn der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund zwischen den westlichen und östlichen Bundesländern auch heute noch ungleich verteilt ist (**Abbildung 20**).

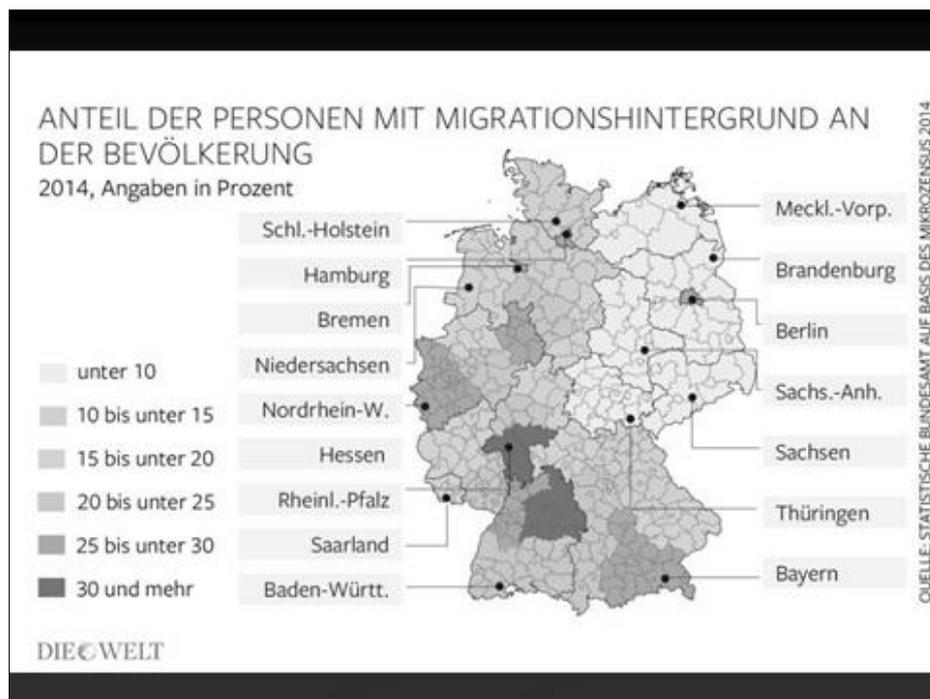


Abbildung 20

Migration trägt nicht zur unmittelbaren Gesundheitsgefährdung bei, zur sozio-ökonomischen Gefährdung jedoch sehr wohl.

Was lässt uns gut zusammenarbeiten, was hindert uns?

Haltungen

Zu diesem Thema möchte ich Ihnen drei Fallvignetten vorstellen, um Sie als Kolleginnen und Kollegen in der Jugendhilfe aufzufordern zu überlegen, wie Sie darüber entscheiden würden:

Fallvignette 1

- Junge – 5,3 Jahre,
- Autismus-Spektrum-Störung (Asperger-Syndrom),
- hat Integrations-Assistenz im Kiga, soll zusätzlich eine autismusspezifische Intervention über regionales Autismustherapiezentrum erhalten.

Fallvignette 2

- Mädchen, 8,7 Jahre,
- Hoch auffällig, stationäre Behandlung wegen massiver Verhaltensproblematik; desolate Familienverhältnisse,
- Frühkindliche Bindungsstörung; Klinik empfiehlt dringend heilpädagogisch-therapeutische Institution zur außerfamiliären Betreuung.

Fallvignette 3

- Zwillinge, 9,2 Jahre,
- stationäre Behandlung wegen ausgeprägter Lern- und Verhaltensstörung in der Schule; waren zuvor bereits vier Monate in Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Schwachbegabung wurde eindeutig festgestellt, Hinweise auf Vernachlässigung und Verdacht auf Misshandlung,
- gleichlautende Hinweise aus der Schule,
- nochmalige Einweisung durch Kinderarzt, da „das Jugendamt nichts tut“.

Die **Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes** im Jahr 2015 ist bereits angesprochen worden. Dort wurden ganz richtig viele Fortschritte nachgewiesen (**Abbildung 21**):



Abbildung 21

Sicherlich ist es hervorragend, wenn wir in Bezug auf die Netzwerke Frühe Hilfen gegenüber 2011 nahezu eine Verdopplung erreicht haben. 66 Prozent der Kinderärzt/innen sind darin einbezogen. Ich aber drehe diese Aussage um und weise darauf hin, dass lediglich zwei Drittel der Kinderärztinnen und -ärzte einbezogen sind. So muss es nach meiner Auffassung richtig heißen.

Herausforderungen

Was erwarten die Akteure voneinander? Das gemeinsame Anliegen⁴

Jugendhilfe:

- sucht möglichst frühzeitige Zugangswege, das heißt, nicht allein zum strafenden, sondern vor allem zum unterstützenden Verhalten,
- ist an vielen Stellen auf Diagnostik und Einschätzung/Information aus dem Gesundheitswesen angewiesen.

Medizin:

- ist mit Problemlagen in Familien konfrontiert, die im eigenen System nicht „behandelt“ werden können – das ist insbesondere das Primat der niedergelassenen Vertragsärzte, die im Minutentakt arbeiten und die im Prinzip wissen möchten, welchen Knopf sie drücken müssen, damit das vorliegende Problem gelöst wird (und es damit los sind).
- Dies paart sich oft unselig mit fehlendem Wissen über Hilfsmöglichkeiten, Kooperationswege und Methoden zum Ansprechen schwieriger Themen.

... so könnte es gehen:

Folgende Rahmenbedingungen und Grundhaltung sind von entscheidender Bedeutung:

- Das Grundlegende ist die Wertschätzung und der gegenseitige Respekt. Wenn wir miteinander nicht wertschätzend und respektvoll umgehen, werden wir nicht erfolgreich handeln können.
- Wir müssen die Unterschiede kennenlernen und sie als Bereicherung und als Arbeitsauftrag sehen.
- Es geht nicht um „richtig“ oder „falsch“, sondern darum, wie man es so oder auch anders machen könnte.
- Wir brauchen zudem ein größeres wechselseitiges Wissen darüber, wer was anbieten kann (und was nicht). Bei uns in der Klinik werden häufig die Dienstärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie damit konfrontiert, jemanden unbedingt aufnehmen zu müssen, obwohl das innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht vorgesehen ist. Damit ist reichlich Konfliktpotenzial in einer akuten Notsituation vorprogrammiert.

Kommunikation und Kooperation: Beispiele

In Bonn stehen wir seit 2011 in halbjährlichen Kooperationsgesprächen mit sämtlichen regionalen Jugendämtern. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sektoral organisiert. Das ist überschaubar. Wir als Kinderneurologisches Zentrum sind hingegen überregional organisiert. Das heißt, wir sitzen mit 20 Jugendamtsleitungen im Kooperationsgespräch, woran die Chefärzte aus beiden Bereichen – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -neurologie – teilnehmen. Anfangs herrschte viel Skepsis und es gab gegenseitige Vorwürfe. Im letzten Jahr sagten die Jugendamtsleitungen, dass wir uns inzwischen so gut verstünden,

⁴ workshop NZFH 2014 Dr. SCHEFZEK/SÖHNGEN, Heidelberg

dass eigentlich gar kein Gesprächsbedarf mehr bestünde. Wir einigten uns jedoch sehr schnell darauf, dass genau das der Gesprächsbedarf ist, die Kooperation auf diesem guten Niveau zu halten. Es wurde u. a. vereinbart, dass in Konfliktfällen auf der Fachmitarbeitenden-Ebene direkt, ohne Stufenhierarchie die jeweiligen Leitungen eingeschaltet werden – Jugendamt auf der einen Seite und Chefarzt/Chefärztin auf der anderen Seite, um möglichst schnell zu einer nicht schädigenden und mit Vorwürfen gespickten Lösung zu finden.

Das Netzwerk Frühe Hilfen Bonn wird von den Kolleginnen Frau Henkel und Frau Absalon in einer phantastischen Art und Weise organisiert. Es ist für mich eine der wichtigsten Austauschplattformen. Es zeigt aber auch ein Problem, da es inzwischen über 60 Netzwerkpartner in einer mittelgroßen Stadt wie Bonn umfasst. Ich erinnere mich hier an die Veranstaltung im Difu im Jahr 2007, an der Prof. Pfeiffer vor 200 Menschen äußerte, wir bräuchten von einem nationalen Zentrum her Evaluationsprojekte, denn „gut gemeint“ heißt noch nicht „gut gemacht“. Der Unmut des Plenums war ihm sicher. An der Stelle sind wir inzwischen sehr viel weitergekommen. Im NZFH haben wir viele Erkenntnisse gewonnen, aber wir leisten uns immer noch einen unglaublich bunten Flickenteppich der Hilfemaßnahmen.

In Baden-Württemberg wurden Interdisziplinäre Qualitätszirkel gebildet. Das ist eine geniale Idee, weil auf diese Art und Weise gleichzeitig auch Fortbildungsaspekte einbezogen werden.⁵

In Sinsheim hat mein Freund Folkert Fehr mit den jeweiligen Jugendämtern und allen anderen Kooperationspartnern, u. a. den Schulen, lokale interdisziplinäre Kooperationskreise eingerichtet, in denen einzelne Problem-Patienten besprochen werden können und man nach individuellen Lösungen für die Kinder und Jugendlichen sucht.

Die Ansatzpunkte Früher Hilfen sind Ihnen allen bekannt (**Abbildung 22**):



Abbildung 22

© Dr. med. Helmut Hollmann

⁵ www.KvBaWue.de/Praxis/Qualitaetssicherung/Fruere-Hilfen/

Perspektiven

- SGB VIII: die „Große Lösung“ – wir werden sehen, wie groß sie sein wird.
- Frühe Hilfen: Es soll eine Verpflichtung zur Rückmeldung von den Jugendämtern an weiterleitende Kinder- und Jugendärzte geben. Ich hoffe, dass die Umsetzung nicht allzu bürokratisch ausgestaltet wird.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Hier wird eine dauerhafte Finanzierung benötigt.
- Kommunikation und Kooperation auf der Grundlage von Verstehen und Respektieren.

Auflösungen der vorgestellten Fallvignetten

Lösung zur Fallvignette 1

- Fallführender Fach-Mitarbeiter des Jugendamtes hat die Autismustherapie vom ATZ nicht genehmigt, empfiehlt stattdessen eine eigene, „qualifizierte Heilpädagogin“, zu meinem großen Missfallen.
- Die Konsequenz sind anhaltende Auseinandersetzungen des Jugendamtes mit den Eltern auch im weiteren Verlauf.

Lösung zur Fallvignette 2

- Hier wurde unsere Empfehlung der hochpreisigen, aber dafür auch hoch qualifizierten Unterbringung nicht berücksichtigt. Die fallführende Fach-Mitarbeiterin entscheidet sich für eine normale Institution ohne therapeutische Maßnahmen.
- Nach zwei Jahren fand eine Verlegung wegen Unführbarkeit statt.

Lösung zur Fallvignette 3

- Die Klinik kommt zu identischer Einschätzung wie der Kinderarzt in Bezug auf den Entwicklungsstand der Kinder und die familiäre Situation, empfiehlt Fremdunterbringung.
- Fallführende Fachmitarbeiterin reagiert jetzt prompt: Es fand ein gemeinsames IFA-Gespräch („Interdisziplinärer Fach-Austausch“) mit Eltern in der Klinik statt – unter Hinzuziehung der eigenen Sozialpädagogin – und wir fanden eine einvernehmliche Lösung. Die Kinder wurden sehr gut versorgt.

Fazit:

Entwicklung ist unser Thema – gemeinsam!

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

In den Schuhen der/des jeweils anderen ... Eine moderierte „Paartherapie“ mit Tipps zur Beziehungsgestaltung aus dem Plenum

Partnerin Kinder- und Jugendhilfe:

CHRISTINE GERBER

Wissenschaftliche Referentin im Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI), Abteilung Familie und Familienpolitik, Projekt „Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“, Projektbereich „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“, München

Partner Gesundheitswesen/Pädiatrie:

DR. ANDREAS OBERLE

Ärztlicher Direktor des Sozialpädiatrischen Zentrums und Leiter des interdisziplinären Kinderschutzteams, Klinikum Stuttgart Olgahospital

Moderation:

RAINER KRÖGER

Vorsitzender des AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e. V.; Vorstand des Diakonieverbund Schweicheln e. V., Hiddenhausen

Rainer Kröger: Mit der etwas spielerischen Idee einer Paartherapie möchten wir den beiden Systemen Jugendhilfe und Gesundheitswesen etwas näher kommen. Ich freue mich sehr, dass sich zwei profilierte Menschen aus den beiden Bereichen zur Verfügung gestellt haben, diesen Austausch zu bestreiten: Herzlich willkommen, Frau Gerber für die Jugendhilfe. Ihr zur Seite steht Herr Dr. Oberle für das Gesundheitswesen.

In meiner Rolle als Paartherapeut möchte ich versuchen, Sie ein wenig näher zueinander zu bringen. Ihre Anwesenheit ist bereits ein guter Schritt in die richtige Richtung. Offensichtlich haben Sie erkannt, dass Ihre Beziehung nicht immer gut ist. Insofern ist es wichtig, dass wir bzw. Sie miteinander ins Gespräch kommen. Meine Rolle ist die, Ihnen dabei zu helfen.

Sie wissen, es gibt immer schwierige Phasen in einer Beziehung. Manchmal sind es Lebensumbrüche wie Geburten – in unserem Feld der Auftrag zum Kinderschutz, eine Geburt, die Sie beide noch enger zusammengebracht hat und bei der Sie nun schauen müssen, ob Sie das miteinander bewältigen. Manchmal ist auch geringe Wertschätzung ein Problem, das Beziehungen sehr belastet. Die Kommunikation funktioniert nicht mehr, man fühlt sich unverstanden und mitunter entstehen Zweifel, ob sich das überhaupt noch miteinander lohnt. Ich hoffe, dass Sie hier im Gespräch zu dem Ergebnis kommen, dass es sich sehr wohl miteinander lohnt und sich die Beziehung verbessert. Oft suchen Paare die perfekte Beziehung, leben lange Zeit auf „Wolke 7“ miteinander und haben übersehen, dass es der Anstrengung bedarf, diese Beziehung aufrecht zu erhalten, und wissen nicht, was man dazu tun muss. An jeder Beziehung muss gearbeitet werden. Deswegen sind wir heute hier.

Es wäre schön, wenn Sie sich darauf einlassen würden, Ihren Partner/Ihre Partnerin auch jeweils mit den Augen des anderen zu sehen, denn so ein Paar besteht aus zwei verschiedenen Individuen, die jeder in seinem eigenen System – der Jugendhilfe und dem

Gesundheitswesen – lebt. Darum muss sich ein Paar auch als lernende Organisation verstehen, damit das Miteinander funktioniert.

Unser Ansatz bezieht Sie, liebe Teilnehmer und Teilnehmerinnen, mit ein, denn wir wollen dies zusammen möglichst lösungs- und ressourcenorientiert angehen. Zusammen mit Ihnen wollen wir Möglichkeiten der kreativen Problemlösung für unser Paar Jugendhilfe und Gesundheitswesen finden. Dazu brauchen wir Sie als die gesamte Kinderschutz-Familie. Ich möchte das Gespräch an sechs Begriffen bzw. Themen aufziehen, wobei ich Sie ermutige, sich darüber auszutauschen und untereinander ins Gespräch zu kommen. Es sind die Themen:

- Zeithorizonte,
- Augenhöhe,
- Beteiligung,
- Verantwortungsgemeinschaft,
- Verantwortungsübernahme,
- Intention.

In Beziehungen kommt es häufig vor, dass der eine dem anderen sehr viel erzählen will. Ich werde vielleicht an der einen oder anderen Stelle eingreifen, damit jeder zu seinem Recht kommt. Nach meiner Erfahrung sind die genannten Begriffe die wichtigen Themen, die wir abarbeiten sollten. Sind Sie damit einverstanden? Probieren Sie es und tun Sie einfach, als wenn es gelingen könnte, miteinander zu arbeiten.

Ich bitte zunächst Sie, Frau Gerber, in Ihrer Rolle als Partnerin Jugendhilfe zu schildern, wie Ihre Erfahrungen mit Ihrem Partner in Bezug auf Zeithorizonte aussehen.

Christine Gerber: Vielen Dank, Herr Kröger. Während Ihrer einleitenden Worte habe ich mir gedacht, dass ich gar nicht sicher bin, ob wir tatsächlich schon einmal auf „Wolke 7“ waren. Aber wir arbeiten daran und haben es noch nicht aufgegeben; deswegen sind wir hier.

Das Thema „Zeithorizonte“ würde ich gern an einem Beispiel festmachen: Ich sitze in meinem Büro und bekomme einen Anruf von Andreas. In seiner Klinik hätten sie eine Familie mit einem kleinen Kind. Das Kind sei verletzt und es könnte sein, dass es Spuren von Misshandlung aufweist. Die Mutter kümmere sich nicht so um das Kind, wie sie sich das vorstellen, und eine Schwester meinte, sie hätte Alkohol gerochen. Mit dieser Information fahre ich zur Klinik und erledige meine Arbeit. Die erste Frage, die in solchen Situationen im Raum steht, ist die, ob das Kind nach Hause kann. Diese Frage wird mir als erstes in der Klinik gestellt. Da wären wir schon beim ersten Problem. Genau diese Frage lässt sich nämlich häufig nicht so schnell beantworten. Die Einschätzung der Klinik, dass das Kind belastet und irgendetwas in der Familie nicht in Ordnung ist, ist ja eher diffus. Wie hoch das Risiko ist, dass das Kind zu Hause misshandelt wird und ob seine Versorgung zu Hause gewährleistet ist, kann man auf die Schnelle nicht sagen.

Meiner Denkweise entspricht es, dass ich zusammenfrage, was wir über die Familie und das Kind wissen, was mir die Eltern sagen, ob und wo sie ggf. selbst Schwierigkeiten sehen oder Hilfe suchen. Lässt sich der Verdacht der Klinik erhärten oder löst er sich eher auf? Wie wird die Situation des Kindes sein, wenn es nach Hause entlassen werden sollte? Sehe ich am Ende ein Risiko für das Kind, dann muss ich eine Prognose erstellen. Es geht darum einzuschätzen, unter welchen Umständen es verantwortbar wäre, das Kind nach Hause zu entlassen oder ob das Risiko zu groß wäre. Das ist mein Job. Aber der zeitliche Horizont, um eine Prognose zu erstellen, ist häufig länger als der zeitliche Horizont der Klinik, die sich eine schnelle Entscheidung über die Entlassung wünscht. Es reicht eben nicht lediglich festzustellen, dass das Kind zu Hause vielleicht geschlagen worden ist. Vielmehr geht es darum zu klären, ob es so war und wie hoch ggf. das Risiko ist, dass das nochmal passiert. Mein Job ist es, sozusagen auf der Grundlage der Vergangenheit und der Gegenwart in die Zukunft zu blicken. Viele gehen davon aus, dass es nicht so schwer sein kann, schnell eine richtige Entscheidung zu treffen, wenn man die Zeichen einer Vernachlässigung und/oder einer Misshandlung erkennt.

Dr. Andreas Oberle: Als Mitbewohner der „Wolke“ habe ich natürlich etwas zu Christines Einschätzung zu sagen. Wir haben natürlich eine hohe Erwartung zu erfüllen. Wir sehen uns als Kinder- und Jugendärzte auch als Anwälte der Kinder. Wenn wir in einem solchen Fall tätig sind, ist bereits viel passiert. Im Vorfeld haben sich schon viele Menschen Gedanken gemacht, Forderungen an uns herangetragen und sie üben damit durchaus auch Druck auf uns aus. An dieser Stelle ist es wichtig, dass wir dies aufnehmen. Wir sind durchaus nicht immer nur so gestrickt, dass wir die Fakten klar und schnell weitergeben, sondern wir sind selbst oft unsicher. Die Dinge, die an uns herangetragen werden, zeigen uns häufig, dass die Lage unklar ist, auch für das betreffende Kind. Das baut Druck auf und schafft schon für uns eine sehr sorgenvolle Situation, die mit euch von der Jugendhilfe noch gar nichts zu tun hat. Daher wünschen wir uns, dass es qualifiziert weitergeht. Dieses qualifizierte gemeinsame Weitergehen ist mitunter mit euch recht schwierig.

Rainer Kröger: Es ist deutlich geworden, dass die zeitlichen Perspektiven und die damit zusammenhängenden inneren Erwartungen ein Problem zwischen Ihnen beiden darstellen. Haben Sie im Plenum Tipps dazu? Erleben Sie das ebenso? Sind unterschiedliche Zeithorizonte und Zeitdruck auch bei Ihnen ein schwieriges Thema? Haben Sie Erfahrungen in diesem Zusammenhang?

Teilnehmerin: Es geht darum, sich darüber genau zu verständigen. Der eine muss vom anderen auch wissen, was er vorhat und warum er Zeit braucht. Man sollte sich darüber verständigen, ob man Kompromisse findet.

Teilnehmerin: Ich arbeite in einem Modellprojekt und habe täglich als Mediatorin mit solchen Konflikten zu tun. Frau Gerber sagte, sie müsse eine Prognose aus Sicht der Jugendhilfe erstellen. Das ist zwar richtig, ich denke aber, sie muss das gemeinsam mit der Gesundheitshilfe tun. Es ist nicht sinnvoll, dies allein zu tun, wenn die andere Seite selbst eine Unsicherheit hat, aber über viel Erfahrung und auch über Hinweise aus anderen Institutionen verfügt. Herr Hollmann hatte vorhin erklärt, wie sich andere Bereiche wie

Kindergarten oder Schule durchaus an Ärzte oder Sozialpädiatrische Zentren wenden. Die Schwierigkeit liegt m. E. darin, dass die Prognose und die sozialpädagogische Diagnose immer allein in der Jugendhilfe durchgeführt werden und die andere Seite das Gefühl hat, mit ihren Aspekten nicht so richtig anzukommen.

Teilnehmer: Ihr müsstet anerkennen, dass ihr zwei grundverschiedene Logiken habt. In der Jugendhilfe ist man sehr prozessorientiert und man denkt an den längeren Verlauf. Im Gesundheitswesen hingegen werden sehr schnell („zack-zack“) Entscheidungen getroffen. Gerade dafür werden sie auch, wenn sie das so handhaben, vielfach von den Patienten wertgeschätzt. Diese Art, relativ lang und ganzheitlich nachzudenken, wie es die Art der Jugendhilfe ist, ist im beruflichen Kontext der Medizin nicht angezeigt. Wenn sich beide Systeme im Netzwerk treffen, sprechen die Ärzte oft davon, dass dabei unheimlich viel geredet („gelabert“) wird, und die Jugendhilfe spricht davon, dass die Ärzte immer so „machohaft“ kurz und bündig Entscheidungen fällen.

Rainer Kröger: Ich vermute, Frau Gerber und Herr Dr. Oberle, es macht etwas mit Ihnen, wenn Sie das hören.

Christine Gerber: Das ist eine wunderbare Darstellung. Aber so ist es: Ich blicke mit einer Prognose in die Zukunft. Meinetwegen weiß ich sogar, was gegenwärtig das Problem ist. Dann bleibt aber immer noch die Frage offen, ob die Eltern das Problem genauso sehen wie ich. Trotzdem muss ich in die Zukunft sehen und darauf schauen, wie sich das Kind und die Situation in der Familie entwickeln werden. Sitzen die Eltern mit im Boot? Was können sie leisten? Welche Unterstützung brauchen sie und können sie die auch nutzen? Für einen Arzt reicht es zu sagen: „Dies ist die Krankheit und die Behandlung muss eigentlich eindeutig sein.“ Das sind für mich zwei völlig unterschiedliche Denkweisen. Ich muss sozusagen mit den Eltern die Behandlung vereinbaren und trage zugleich Verantwortung für das Kind.

Dr. Andreas Oberle: Ich möchte folgende Aussagen zu dem Gesagten treffen: Ja, „Zack-Zack-Entscheidungen“ mag treffend formuliert sein, aber dahinter stecken auch immer Emotionen. Auch das muss man immer wieder klarmachen. Wir versuchen, die Situation zu werten, und zwar in der Struktur, in der wir arbeiten. Aber es stecken Emotionen und es steckt sehr wohl auch der Wunsch dahinter, das Kind prognostisch weiterzubringen. Vielleicht schaffen wir es nicht immer, dies in der Frequenz auszusenden, in der derjenige, der seine Frequenz zur Verfügung hat, dies auch hören kann.

Rainer Kröger: Mir scheint das auch ein Thema der Augenhöhe zu sein. Mich würde interessieren, wie Sie Ihre Beziehung diesbezüglich erleben.

Christine Gerber: Das Thema „Augenhöhe“ schließt wunderbar an das eben besprochene Thema und an das Thema „Gefühle“ an. Wir kennen das: Wenn ein Kind gefährdet ist oder wenn wir den Verdacht haben, dass ein Kind misshandelt wird, löst dies unglaublich viel Emotionen und gleichzeitig einen enormen Handlungsdruck aus. Das ist auch in Ordnung und gut so. Dieser Handlungsdruck entlädt sich mit dem bekannten Satz: „Da muss man jetzt etwas tun!“ Es stellt sich die Frage, wer „man“ ist und was „was“ eigent-

lich ist. Das „man“ steht relativ schnell fest. Das ist das Jugendamt. Ab dem Zeitpunkt lädt sich viel von dem vorhandenen Druck auf das Jugendamt ab und die Erwartungshaltung ist sehr hoch, was jetzt dieses „was“ ist. Im Hintergrund stehe ich aber schon in der Verhandlung mit den Eltern darüber, worauf diese sich einlassen. Elternbeteiligung ist ein hohes Gut, ist aber aufwendig und viel schwieriger, als wenn ich den Eltern sage, ich wüsste schon genau, was sie und ihr Kind brauchen, und so machen wir das. Elternbeteiligung und Beteiligung der Kinder und Jugendlichen stehen mit in meinem Auftrag. Je älter die Kinder werden, umso mehr wollen, müssen und werden sie mitreden und umso schwieriger wird es.

Ich habe es mit strukturellen Rahmenbedingungen zu tun. Ich habe eine gute Idee, die Eltern und die Kinder sind dabei – nur leider gibt es das in der Stadt oder in der Kommune nicht. Wir haben rechtliche Rahmenbedingungen. Ich denke, dass eine bestimmte Maßnahme notwendig und genau die Richtige wäre, und würde sie gern mit der Familie umsetzen. Die Eltern sehen das aber ganz anders. Trotz vieler Gespräche kommen wir auf keinen gemeinsamen Zweig. Irgendwann bin ich an dem Punkt, an dem ich das Familiengericht anrufe. Hier haben wir es mit einem Juristen zu tun, der kein Experte z. B. in entwicklungspsychologischen Fragen ist. Das heißt, ich muss dem Familienrichter all die Begrifflichkeiten, die ich habe, in juristisch verwertbare Inhalte übersetzen. Der Familienrichter prüft Tatbestandsmerkmale für den § 1666 BGB. Die muss ich übersetzen. In diesem Konglomerat von verschiedenen Interessen, Gegebenheiten und Rahmenbedingungen bewege ich mich. Das ist tatsächlich schwierig und ein anspruchsvoller Job. Gleichzeitig habe ich aber nicht das Gefühl, dass der Prozess auf Augenhöhe läuft, weil die vielen Emotionen richtig viel Druck dahingehend auslösen, dass wir „endlich was machen müssen!“ und den Vorwurf zu hören bekommen: „Warum dauert das bei euch so lange?“ Mit Augenhöhe und Respekt muss ich meine Emotionen auch kontrollieren.

Dr. Andreas Oberle: Die Frage ist an der Stelle, wo die Augenhöhe liegt. Augenhöhe in Respekt und Wertschätzung würde ich auch begrüßen. Augenhöhe bedeutet aber auch, dass ich wissen möchte, was du machst. Ich habe viel von dir gelernt, von deiner Profession und von der Zusammenarbeit. Dafür bin ich sehr dankbar. Ich glaube, ich konnte auch etwas von meinem Bereich rüberbringen. Augenhöhe bitte auch da, wo meine Emotionen sind. Bitte akzeptiere, dass Sorge dahintersteckt, wenn ich manchmal ein bisschen Druck ausübe. Das ist kein Vorwurf an dich, ich will dich auch nicht schlechtmachen. Ich akzeptiere, wenn du erst einmal entschleunigst. Das ist deine Form von emotionaler Verarbeitung. Das hat primär mit mir zu tun. Ich als Arzt mit der erwähnten „Zack-Zack-Mentalität“ habe auch einen Hintergrund, habe Sorge und Angst um ein Kind und seine Familie. Ich bringe diese durch meine Sozialisation ein wenig anders zum Ausdruck. Ich denke, wir müssen akzeptieren, dass wir keine Augenhöhe an Verantwortung haben, wo es um juristische oder verwaltungstechnische Dinge geht. Das Bundeskinderschutzgesetz legt einfach das Primat der Jugendhilfe fest. Daher müssen wir uns mehr abstimmen und gegenseitig zuarbeiten. Ich sage dir ganz ehrlich: Ich habe kein Problem zu akzeptieren, dass du in einigen Bereichen besser bist, etwas besser kannst und eine Verantwortung hast. Aber bitte akzeptiere auch, dass ich vielleicht auch etwas Komplimentäres dazu leisten und für die gemeinsame Arbeit hilfreich sein kann. *Das* stellt Augenhöhe her.

Rainer Kröger: Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die Profession des Arztes gesamtgesellschaftlich einen Stellenwert im Verhältnis zur Jugendhilfe/Sozialarbeit hat, der durch Externe an Sie herangetragen wird und Sie dazu bringt, Rollen zu vertreten, die Sie miteinander gar nicht vertreten wollen, aber in die Sie von außen hineingedrängt werden? Ein ärztliches Gutachten hat häufig die Folge, dass im Jugendamt schneller gehandelt wird, einfach deshalb, weil es vorliegt und weil es so wichtig ist. Spielt das in der Beziehung eine Rolle?

Dr. Andreas Oberle: Das ist eine gute Frage, die ich eindeutig mit „Ja“ beantworte. Es gibt Bereiche, in denen es hilfreich sein kann, wenn ich in meiner Position anrufe. Aber es ist nicht das Entscheidende. Es ist vielmehr tatsächlich so, dass wir oft in eine Position gedrängt werden und im Rahmen unserer Positionen mit Zuschreibungen konfrontiert werden. Ich fühle mich mit diesem Ausdruck „zack-zack“ betroffen, auch wenn ich weiß, dass ich manchmal in meiner Struktur so arbeiten muss. Diese Zuschreibungen üben auch Druck aus und zementieren eine Rolle, die in der Zusammenarbeit mitunter hinderlich sein kann, aus der ich mich aber nicht herausbewegen kann. Deshalb betone ich in dieser Runde, dass auch ich Angst und Sorge habe. Auch ich will für das Kind etwas tun, aber auf meine Art und Weise. Warum wird der Hintergrund nicht gesehen, sondern nur die Struktur und die vielleicht über viele Praxisjahre angenommene Art und Weise? Warum wird das in den Vordergrund gestellt? Betrachtet uns doch auch als Menschen – außerhalb der Rolle. Das ist ein Wunsch.

Christine Gerber: Da haben wir etwas gemeinsam. Diesen Wunsch, auch öfter mal als Mensch angesehen zu werden, haben wir in der Jugendhilfe ebenfalls.

Teilnehmer: Zunächst zurück zur Ausgangssituation, die unklar war. Es stand die Frage im Raum, ob es eine belastende oder gefährdende Situation für das Kind ist. Das heißt, beide Beteiligten sind sich erst einmal unsicher, wie es nun weitergehen soll. Dann soll SIE über diese Unklarheit noch eine professionelle Prognose erstellen. Das ist natürlich schwierig. Ich bin zwar Arzt, aber ich kann auch pädagogisch und psychologisch denken. Stellen Sie sich vor, ein Arzt hegt beispielsweise den Verdacht auf eine Krebserkrankung, überprüft diesen nicht weiter und gerät dann in ein System, das diese Überprüfung weiter vornehmen soll und davon ausgeht, dass der Krebs schon nicht so schnell wächst. In dem Augenblick, in dem eine Kinderwohlgefährdung gesehen oder vermutet wird, möchte man – da man voller Sorge um das Kind ist – das, was man nicht weiter einblicken kann – auch nicht das System dahinter – in die gleiche sorgenvolle Betrachtung und in die gleiche diagnostische Schnelligkeit geben. Natürlich stehen Prozesse dahinter, die ihre Zeit beanspruchen. Aber eine Verbindlichkeit, dass man zum Beispiel beschließt, zwei- oder dreimal in der Woche in den nächsten drei Wochen bei der Familie vorbeizuschauen, würde uns Ärzte an der Stelle, wenn wir eine Kindeswohlgefährdung vermuten, erheblich beruhigen.

Das Jugendhilfesystem kann diese Diagnostik auch nicht allein betreiben. Woran machen Sie eine Kindeswohlgefährdung wirklich fest? Sind das nur die körperlichen Symptome? Was ist mit den sozialen und psychischen Symptomatiken? Hier müssen auch Sie genauer und multiprofessionell hinschauen. An der Stelle, an der sich beide Systeme uneinig sind und in der unklaren Situation der Vermutung befinden, aber das Wort „Kindeswohl-

gefährdung“ tatsächlich im Raum steht, haben sie multiprofessionell und wirklich verbindlich in einem relativ kurzen Wochenzeitrahmen die Gesamtsituation zu überprüfen und zu diagnostizieren. Das würde uns gegenseitig weiterbringen und helfen.

Christine Gerber: Ich möchte gern auf Ihr Beispiel eingehen und auf die Anspielung darauf, dass wir „uns Zeit lassen, da der Krebs nicht so schnell wächst“. Genau diese Unterstellungen meine ich, dass die Jugendhilfe langsam ist und sich viel Zeit nimmt. Es geht aber nicht darum, dass die Jugendhilfe faul und träge, vielleicht sogar gleichgültig ist. Es geht nicht darum, dass wir uns die Ruhe nehmen wollen, weil wir beim vielen Kaffeetrinken keine Zeit haben, mit den Eltern zu sprechen. Es geht vielmehr darum, dass wir in dem Ringen und Arbeiten Zeit brauchen. Aber die Darstellung, dass das Trägheit und Nichts-Tun ist, die kann ich nicht mit der viel beschworenen Augenhöhe vereinbaren.

Dr. Andreas Oberle: Wir denken überhaupt nicht, dass Ihr nur Kaffee trinkt und faul seid. Es besteht im Gegenteil eine Wertschätzung, nur wissen wir oftmals nicht, was Ihr tut. Das ist unser Problem. Dass man sich Sorgen macht und über eine Woche oder zwei Wochen nicht weiß, was die Jugendhilfe tut, ist schwer auszuhalten, auch wenn man davon ausgeht, dass sie gut arbeitet. Das ist für jemanden, der „zack-zack“ sozialisiert ist, eine große Belastung. Wenn wir wüssten, was getan wird, können wir uns auch zurücknehmen. Aber ich kann nicht einfach aussitzen, dass vielleicht irgendwo irgendwas passiert.

Teilnehmer: Ich unterstelle Ihnen keineswegs, dass Sie nichts tun. Aber wir befinden uns in einer Blackbox, wir wissen nicht, was passiert. Noch eine weitere Anmerkung: Im Altersbereich U3 ist auch in der Jugendhilfe klar, dass man dort unbedingt handeln muss. Sobald aber Kindertagesstätte oder Schule involviert sind, ist das System ein wenig zurückhaltender, weil man davon ausgeht, dass die Berufsgeheimnisträger dort mögliche Kindeswohlgefährdungen melden werden. Fakt ist aber, dass diese sich mit der Kindeswohlgefährdungsmeldung schwertun. Und wenn sie so eine Meldung geben – inzwischen haben wir in Düsseldorf ein vorbildliches anonymisiertes Online-System – kommt die Rückfrage: „Wissen Sie das genau? Wie konkret können Sie das sehen?“. Da aber nur Verdachtsmomente gegeben werden, schleicht sich dieser Prozess erst weiter fort und man wähnt sich in der Sicherheit, dass die vor Ort vorhandenen professionellen Hilfesysteme das weiterhin mit im Auge behalten. Nach meinem persönlichen Eindruck hakt es an dieser Stelle. Daher wünschte ich mir, dass sich das professionelle System direkt multiprofessionell (unter Beteiligung von Psychologen usw.) den Fall konkret anschaut und nicht weiter nur auf die betreuenden Systeme wie Kita und Schule vertraut.

Rainer Kröger: Es wäre gut, wenn wir den Punkt „Beteiligung“ an dieser Stelle mitdiskutieren. Woran muss Ihr jeweiliger Partner beteiligt werden und wen muss man außerdem beteiligen? Während Sie in der Jugendhilfe vermeintlich nichts tun, tun Sie ja recht viel, wie inzwischen deutlich geworden ist. Dabei nehmen Sie vermutlich in Ihre Überlegungen andere mit hinein.

Christine Gerber: Ich würde das Thema „Beteiligung“ gern unter dem Aspekt der Beteiligung von Eltern aufgreifen. Dies möchte ich an einem Fall aus meinem Jugendamt ver-

deutlichen. Es ging dabei um einen gehörlosen Jungen, dessen Mutter Alkoholikerin war. Die Frühförderung meldete sich bei mir und erklärte, dass der Junge nicht ausreichend Förderung bekommt, da die Mutter das als Alkoholikerin nicht leisten könne. Beim Kontakt mit der Familie zeigt sich, dass diese Einschätzung sehr berechtigt war. Der Junge war vernachlässigt und es war im Sinne der Prognose klar, dass das Kind Schaden nehmen würde, wenn wir alles so belassen, wie es ist. Wir mussten also etwas tun – aber was? Die Mutter und den Vater zu beteiligen, war äußerst schwierig, denn der Grund für die Gehörlosigkeit des Jungen war ein massiver Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Die Mutter hatte ein so schlechtes Gewissen, dass es ihr sehr schwer viel zu hören, wenn jemand ihren Sohn als behindert bezeichnete. Wir haben mit den Eltern um eine Lösung gerungen und zwischendurch das Familiengericht angerufen. In der Sitzung zeigte sich die Mutter sehr kooperativ, sodass der Richter zu dem Schluss kam, dass wir mit der Mutter zusammenarbeiten sollen. In der Rückschau bin ich sehr froh über diese Entscheidung. Wir haben ein Jahr lang mit der Mutter gerungen und verhandelt, was das Richtige für das Kind ist. Das Problem bestand darin, dass die Mutter und der Vater für den Jungen der Kontakt zur Außenwelt waren, weil er sich aufgrund seiner Behinderung sonst nicht verständlich machen konnte. Er hing unglaublich an seinen Eltern. Natürlich war es schwierig mit seiner starken Entwicklungsverzögerung. Aber diesen Jungen herauszunehmen, wäre für ihn ganz sicher das größere Übel gewesen, als die Situation zu Hause zunächst auszuhalten. Wir arbeiteten ein Jahr lang mit der Familie. Die Frühförderung im Hintergrund hat es gehasst und ich wette, sie war der Meinung, dass wir nichts tun, weil die Mutter absolut nicht wollte, dass wir denen erzählen, was wir miteinander besprechen. Sie wollte nicht zur Therapeutin gehen mit dem Wissen, dass diese über unsere Gespräche Bescheid weiß. Das war recht schwierig. Die Frühförderung hat es aber mit uns gemeinsam ausgehalten und nach einem Jahr hat die Mutter einen Antrag auf Unterbringung des Jungen in einer 5-Tage-Gruppe gestellt.

Diese Form der Beteiligung bewirkte, dass die Mutter die Hilfe angenommen hat. Der Junge war unter der Woche in einer Einrichtung und am Wochenende zu Hause. Die Mutter brachte am Sonntag den Jungen in die Einrichtung, erzählte den Erzieherinnen, was schwierig war, hat sich Beratung geholt, hat den Jungen freitags wieder abgeholt und es war klar, dass sie den Jungen nicht mitnehmen kann, wenn sie Alkohol getrunken hat. Sie hat die Hilfe tatsächlich angenommen. Hätten wir das nicht erreicht, wäre sie jedes Mal mit der Botschaft an ihren Jungen in die Einrichtung gekommen: „Es ist falsch, dass du hier bist, und ich hole dich so schnell wie möglich wieder heraus!“ Sie hätte alle Energie in die Flucht gesetzt. Es war ein Jahr des unglaublichen Ringens im Team, ob der Junge das noch aushalten kann oder nicht, was das kleinere Übel darstellt, ob wir zu schnell oder zu langsam sind und was wir riskieren.

Ich kann verstehen, dass du ein Interesse hast zu hören, was im Hintergrund passiert. Aber ich kann auch Eltern verstehen, die nicht möchten, dass dem Kinderarzt erzählt wird, was das Jugendamt in der Familie tut. Wenn wir uns zu dritt mit den Eltern zusammensetzen und die Eltern den Kinderarzt als Teil ihres Hilfesystems begreifen und die gegenseitige Verständigung begrüßen, dann bin ich sofort dabei. Ansonsten kann ich nur rückmelden, dass wir im Kontakt mit der Familie stehen und an der Sache dranbleiben, aber über konkrete Dinge – welche Probleme die Eltern haben und was wir gemeinsam überlegen kann ich dir nichts erzählen.

Dr. Andreas Oberle: Das sind extreme Positionen. Die meisten spielen sich dazwischen ab. Wir wollen, dass für das Kind etwas Gutes passiert. Wir wollen nicht immer die Herausnahme aus der Familie. Das möchte ich ausdrücklich betonen. Wir wollen ebenso unterstützende Maßnahmen, aber wir wollen sie qualitativ, nachvollziehbar, konkret und so, dass wir auch Abwarten aushalten können. Der Spagat zwischen dem Wunsch, dass etwas Gutes passiert, und der Bereitschaft, sich zurückzunehmen, ist allerdings schwierig. An der Stelle kommen zwei Dinge hinzu: Ich brauche erstens einfach irgendeine Information, um ruhig bleiben zu können. Als zweiter Punkt kommt meine Hilflosigkeit hinzu. Ich habe keine Repressalien, keine Möglichkeiten zur Verfügung, die Eltern zu irgendetwas zu zwingen. Sie kommen in der Regel freiwillig zu mir. Ihr habt andere Möglichkeiten. Ich kann die Eltern nicht mit einem Lasso einfangen. Meine Hilflosigkeit, genährt durch die Sorge, macht häufig bei euch ein Gefühl, als sei ich unqualifiziert ungeduldig. Wie soll ich denn mit meiner Sorge umgehen, außer dass ich sie signalisiere? Wenn ich nachfrage, erscheine ich als ungeduldig. Daher brauche ich „paartherapeutische“ Unterstützung.

Rainer Kröger: Die bekommen Sie hoffentlich durch Hinweise aus dem Publikum.

Teilnehmerin: Ich bin Medizinerin. Ich kann diese Sorge gut nachvollziehen. Wer hier im Saal sitzt, den interessiert Kinderschutz. Den Arzt oder Pädiater an sich interessiert Kinderschutz allerdings nicht in jedem Fall. Der übliche 53-jährige Pädiater auf dem Land hat in seiner Ausbildung vor 25 Jahren äußerst wenig über Kinderschutz gehört. Und der übliche Pädiater in seiner Praxis macht in der Regel die Augen zu, wenn so ein Fall kommt. Ich bin froh darüber, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin gebildet hat. Es ist ausgesprochen wichtig, dass das medizinische Know-how dafür gefunden wird, denn nur dann bekommt der Mediziner einen Einblick darin, wie schwer Kinderschutz ist, und auch die Vernetzung und Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe wird besser funktionieren. Deshalb ist wahrscheinlich für alle Anwesenden diese konträre Diskussion schwer nachvollziehbar, weil die Möglichkeit, dass den Mediziner Kinderschutz wenig interessiert, in diesem Auditorium nicht zur Debatte steht. Aber in der Praxis ist das leider so.

Teilnehmerin: Vorhin wurde die Frühförderung angesprochen. Ich selbst leite eine Frühförderstelle. Sie sagten, die Frühförderstelle würde denken, Sie tun nichts. Mein Gedanke war: Ja, das würde ich wohl auch denken, weil Ihr Handeln intransparent ist. Ich kann es gut nachvollziehen, auch die notwendige Zeit. Wir wissen heute aber, dass nur Transparenz, gerade bei Multiproblemfamilien, hilft. Bei allem Verständnis für die Eltern, die nicht wollen, dass etwas weitergegeben wird: Man muss nicht jedes Detail dem Kooperationspartner mitteilen, aber in der Frühförderung erlebe ich es im Alltag, dass wir überhaupt nichts wissen, wenn das Jugendamt eingeschaltet ist. Es wird nicht mit uns kommuniziert, das geht bis dahin, dass sich die SPFH wieder herauszieht, weil „es eben jetzt so mit der Mutter vereinbart worden ist“. Wir aber sehen die Kinder seit einem Jahr immer wieder und sehen dabei, dass sich das Problem nach wie vor nicht löst. Daher halte ich es für unbedingt notwendig, dass man eine andere Form der Kommunikation und Augenhöhe findet. In der Frühförderung herrscht inzwischen großer Frust, weil wir immer mehr dieser schwierigen Familien bekommen. Wenn das Jugendamt beteiligt ist, haben wir nur noch mehr Arbeit und es hat nach meiner Erfahrung nicht viel gebracht. Das ist

leider der Fakt. Ich komme aus einer Großstadt, es mag in anderen Städten anders sein. Es kommt sicher auch darauf an, mit welchem Jugendamt man arbeitet und wer jeweils zuständig ist. Es ist sehr abhängig vom jeweiligen Sachbearbeiter. Von einem guten Sachbearbeiter werde ich zu Hilfeplangesprächen eingeladen. In vielen Fällen haben wir die Kinder und erfahren nebenbei, dass wieder einmal ein HP-Gespräch stattgefunden hat. Wir haben eine eigene Kinderärztin, einen Psychologen, einen Therapeuten und Pädagogen, die alle das Kind kennen, aber wir werden nicht gefragt.

Rainer Kröger: Ich denke, das ist ein sehr wichtiger Hinweis mit dem Blick auf die Transparenz. Man muss sich gegenseitig über die Schritte informieren.

Teilnehmerin: Wenn wir es vor dem Hintergrund, das Vertrauen der Eltern zu gewinnen, nicht schaffen, alle gemeinsam ein gegenseitiges Vertrauen herzustellen, sodass wir uns austauschen, wenn wir es nicht schaffen, alles, was die Frühförderung täglich sieht, was der Kinderarzt bei der U-Untersuchung oder anderen Terminen sieht, was die Kollegin der Jugendhilfe für Erfahrungen mit der Familie macht, im Sinne des Kindes zumindest minimal auszutauschen und transparent zu machen, lassen wir Ressourcen, um das Kind gut voranzubringen, einfach außer Acht. Ich halte es für sehr wichtig, dass auf solchen Tagungen wie dieser ein Brainstorming darüber stattfindet, wie wir die Stolpersteine aus dem Weg räumen können.

Christine Gerber: Dem würde ich mich hundertprozentig anschließen. An der Stelle würde ich aber inhaltlich überlegen, wie das gelingen kann, ohne das über die Köpfe der Eltern hinweg zu tun. Ich meine keinesfalls, dass es euch nichts angeht. Wir kommen nur zu einer guten Risikoeinschätzung, wenn jeder das schildert, was er wahrgenommen hat, wenn wir die unterschiedlichen Perspektiven zusammen bringen. Das bedeutet aber, Räume und Zeiten, strukturelle Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen wir uns begegnen. Das geht nicht in einem Telefonat, sondern dafür müssen wir uns zunächst mit den Eltern an einen Tisch setzen und mit ihnen besprechen, wann, wie oft und worüber wir uns austauschen und warum der Austausch wichtig ist. Wir müssen ihnen erklären, dass wir das im Sinne des Kindes brauchen, weil wir sonst im Kinderschutz nicht gut arbeiten können. Das ist schon mal Gespräch Nummer 1. Danach finden regelmäßig wiederkehrende Gespräche – auch mit den Eltern – statt.

Dabei ist die Frage nicht zu vergessen, wie wir mit Dissens und unterschiedlichen Risikoeinschätzungen umgehen. Denn manchmal haben beide ein bisschen recht und liegen beide zugleich ein bisschen daneben. Da lohnt es sich dann doch zu streiten, um zum richtigen Ergebnis zu kommen. Dissens ist ein dickes Brett, das wir bohren müssen. Gemeinsam mit einer Kollegin habe ich fünf Kinderschutzfälle analysiert und in jedem Fall gab es riskante Umgangsformen mit Dissens. Dabei fanden wir auf Seiten des Jugendamtes und auf Seiten kooperierender Stellen jeweils ein Muster: Das Jugendamt steht in der sogenannten Letztverantwortung. Das hat mitunter zur Folge, dass das Jugendamt für sich in Anspruch nimmt, die Entscheidung alleine zu treffen, um aus dem Dissens herauszukommen. Muster zwei ist, dass andere Beteiligte wie freie Träger Konflikte eher vermeiden und ihre abweichenden Einschätzungen nicht nachhaltig eingebracht haben. Um sich abzusichern, wird jedoch alles für die eigenen Unterlagen dokumentiert, damit man am Ende nicht schuld ist. Aber streiten wollen sich die Akteure lieber nicht. Wir haben

mit den Fachkräften versucht herauszufinden, warum sie sich nicht streiten. Die Erklärung ist nachvollziehbar: die Helferkonferenzen sind meist zeitlich knapp bemessen und vor den Eltern will man sich ohnehin nicht streiten. Um sich zu streiten, benötigt man also Zeit und Raum. Ein anderer Grund, warum Konflikte eher vermieden werden, macht aber auch folgende Beispiel deutlich: Nach einer Veranstaltung sagte der Leiter eines freien Trägers zu mir, er würde sich niemals mit dem Jugendamt streiten, weil er sicher sei, dass ihn das Jugendamt dann nicht mehr belegen würde. Wir müssen aber beide bereit sein, uns zu streiten! Wenn wir die berühmte Verantwortungsgemeinschaft gründen wollen, müssen wir Wege finden, wie wir den Dissens lösen. Wenn wir uns austauschen, riskieren wir eben, dass wir auch unterschiedlicher Meinung sein können.

Dr. Andreas Oberle: Darf ich einen Satz dazu sagen? Ich würde gern den Begriff „streiten“ herausnehmen, weil er schwierig besetzt ist. Wir müssen uns miteinander auseinandersetzen, und zwar konstruktiv und auch mal im Dissens. Das ist eine Kultur unter dem Aspekt der Wertschätzung. Wir müssen uns wertschätzend miteinander, auch voneinander wissend, gemeinsam auf den Weg machen. Das ist das Entscheidende. Wenn wir feststellen, da ist einer „zack-zack“ unterwegs, müssen wir auch mal sagen: „Mach mal langsam!“. Wenn du aber auf der Kinderchirurgischen Station fünfmal das Wort „entschleunigen“ sagst, kannst du dort wieder gehen. So bewegen wir uns, aber natürlich inhaltlich konstruktiv und uns gegenseitig ergänzend. Dazu gehört auch, dass es viel Kompetenz im medizinischen Bereich gibt, aber nicht überall. Es traut sich wohl keiner zu sagen, er hätte keine Ahnung. Wenn ich so etwas zugeben würde, wäre ich aus dem System. Diese Kultur des Miteinander, selbstreflektierend, aber auch kritisch dem anderen gegenüber, fehlt leider und so gehen Ressourcen verloren. Der Begriff „streiten“ blockiert dabei. Wir streiten uns nicht gern untereinander, weil wir eine „anständige Art“ haben, aber wir müssen uns auseinandersetzen.

Rainer Kröger: Wenn Sie wissen, dass Ihre Partnerin, die Jugendhilfe, zu vielen Fragen die Letztverantwortung trägt, ist das für Sie eine schwierige Situation? Oder ist es eine gefährlich leichte Situation, weil man sich letztlich nicht zu streiten braucht, denn das Jugendamt wird es schon wissen und entscheiden – und wird schon sehen, was es davon hat?

Dr. Andreas Oberle: Es hat zwei Seiten, das ist absolut richtig. Unser Kinderschutzteam funktioniert, weil wir akzeptieren, dass die Jugendhilfe das Primat hat. Das war der Türöffner, um die Zusammenarbeit hinzubekommen. Ich kann es akzeptieren, wenn jemand etwas an einer Stelle besser kann und auch die Verantwortung hat. Ich finde es aber problematisch, wenn der andere das Gefühl hat, ich gebe sozusagen die „heiße Kartoffel“ weiter, wenn er eigentlich die Verantwortung hat. Dies ist immer wieder im Gespräch auszutariieren. Ich gebe nicht einfach weiter, sondern habe in dem Moment keine andere Möglichkeit und will eine Ernsthaftigkeit erreichen. Das ist in der Kommunikation zu klären und das wird nicht immer geklärt. Ich kann vieles akzeptieren, aber in der Praxis liegt da ein Knackpunkt, über den wir öfter miteinander reden sollten.

Rainer Kröger: Das lassen wir mal so im Raum stehen. Sie können gern noch einmal wiederkommen, denn die Sitzung muss ja erst einmal wirken. Durch eine einzige Sitzung kann nicht alles gelöst werden. Es geht vielmehr darum, etwas in Gang zu bringen.

Gibt es aus der Sicht der Kinderschutzfamilie noch wichtige Hinweise, die Sie den beiden Partnern mit auf den Weg geben wollen?

Teilnehmerin: Ich komme aus der Jugendhilfe. Ich habe einen Tipp an Sie beide: Nutzen Sie doch die heutige Therapiestunde und den aktuell beschriebenen Einzelfall als Manöverkritik und setzen Sie sich mit mehreren Akteuren, nicht nur mit Jugendhilfe und Gesundheitswesen, sondern auch mit Schule, Kita, Polizei, Gericht etc. zusammen, um solche Fälle anonymisiert auszuwerten, sich darüber auszutauschen und darüber Verbindlichkeiten zukünftiger Verfahren zu kommunizieren, wie Sie im Einzelfall in so einer Phase der Hilflosigkeit, die immer wieder kommen wird, miteinander umgehen. Das wäre meine Empfehlung im Sinne des KKG.

Teilnehmerin: Ich schließe mich dem vorher Gesagten gern an und empfehle außerdem, dass sich die Professionen gegenseitig etwas näher beschnuppern, weil ich das Gefühl habe, dass das selten passiert. Herr Oberle, mich ließ Ihre Hilflosigkeit und der Druck, den Sie dann verspüren und der dringende Wunsch, dass sofort etwas passieren soll, aufhorchen, außerdem der Satz, dass Sie die Eltern nicht einfangen können. Ich denke, Sie müssen sie auch nicht einfangen. Das ist mein großes Fragezeichen in Bezug auf die Professionen im Gesundheitswesen: Warum müssen Sie die Kranken oder die Angehörigen einfangen? Sie können sie einladen. Das ist im Bereich Kinderschutz durchaus schwierig, aber an der Stelle kann die Profession der Mediziner von der Profession der pädagogischen und psychologischen Berufe lernen. Das Selbstverständnis des Mediziners, Diagnosen zu stellen, ist eine ganz andere Bearbeitung von Fällen, als das, was das Jugendamt oder die Schule oder die pädagogischen Berufe tun. Ich würde mir wünschen, dass Sie voneinander lernen.

Teilnehmerin: Ich habe mich die ganze Zeit gefragt, wie man es lernen kann, an Punkten, an denen man wirklich *recht hat* – und die Jugendhilfe hat recht – nicht so aufzutreten, dass man sich *rechtfertigt*.

Rainer Kröger: Herzlichen Dank. Liebe Frau Gerber, lieber Herr Oberle, Sie waren jetzt eine Stunde hier und haben sich, wie ich finde, sehr gut auf die Beziehung zueinander eingelassen. Mein Eindruck ist nicht, dass Sie weiter auseinandergerückt sind, sondern durchaus ein wenig mehr zueinander gefunden haben. Sicherlich werden Sie noch darüber nachdenken wie der jeweils andere denkt, fühlt und handelt. Wir haben aus Zeitgründen das Kapitel der Intention ausgelassen. Darüber können Sie sich zu zweit noch einmal unterhalten. Ich hoffe, Sie werden weiter an dem Thema arbeiten und das eine oder andere, was Sie gehört haben, in Ihre Bereiche mitnehmen. An diesem Punkt möchte ich die „Therapiestunde“ beenden und mich bei Ihnen herzlich dafür bedanken, dass Sie das mitgemacht haben.

Potenziale des Präventionsgesetzes

PROF. DR. RAIMUND GEENE

Professor für Kindergesundheit, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

In den letzten 15 Jahren gab es mehrere Anläufe für ein Präventionsgesetz. Glücklicherweise ist der 4. Gesetzestext am 1. Januar dieses Jahres in Kraft getreten, während die ersten drei Entwürfe einmal im Bundestag und zwei Mal, 2005 und 2013 – nach erfolgreicher Verabschiedung im Bundestag – im Bundesrat gescheitert sind.

Gesundheitsförderung als Querschnittsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Sicherungssysteme

Häufig werden Gesundheitsförderung und Prävention als Synonyme verwendet. Genau betrachtet stimmt das jedoch nicht. Gesundheitsförderung ist über die Weltgesundheitsorganisation als Health Promotion konzipiert und bezieht sich auf die Ottawa-Charta von 1986. Gesundheitsförderung sagt: Alle gesundheitlichen und sozialen Sicherungssysteme sollen sich an dem neuen, ressourcenorientierten Ansatz anlehnen. Die Gesundheitsdienste sollen sich neu organisieren. Das ist eines der Handlungsfelder. Die einzelne Arztpraxis soll nicht mehr nur auf die Krankheit schauen, sondern auch auf Gesundheitspotenziale. Der Setting-Ansatz findet sich in den Lebenswelten wieder. Eine Aussage der Ottawa-Charta lautet: Gesundheitsförderung findet nicht in der Klinik statt, sondern im Alltag des Menschen, wo er oder sie arbeitet, wo er lebt, wo er lernt. Die Gesundheitsförderung ist vor Ort in die Lebenswelt zu bringen. Das erfolgt insbesondere durch die Stärkung von Gemeinschaftsaktionen. Die Ottawa-Charta ist u. a. durch die Selbsthilfebewegung entstanden. Es sollten persönliche Kompetenzen entwickelt werden. Es geht jedoch nicht um Einzelmaßnahmen, sondern es geht um eine Health Public Policy, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Es geht um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Genau das beinhaltet auch die Ottawa-Charta. Das Gesundheitsministerium hat nach dieser Lesart eigentlich wenig mit Gesundheit zu tun; das Wirtschaftsministerium, die Stadtentwicklung und andere Ressorts haben jeweils wichtige Gesundheitsdeterminanten in der Hand.

Dem Gesundheitswesen insgesamt werden drei zentrale Kernstrategien an die Hand gegeben. Wo immer wir mit Menschen arbeiten und ihre Gesundheit fördern sollen, sind drei Dinge zu bedenken:

1. Wir sollen die Menschen nicht bevormunden, sondern befähigen (Empowerment).
2. Wir sollen sie vermitteln und vernetzen, sie also dort hinbringen, wo für sie angemessene Dienstleistungen zur Verfügung stehen, und uns auch als Dienstleister organisieren.
3. Immer wenn ich mit einem Klienten/Patienten zusammenarbeite, bin ich in der Rolle seines Anwalts (Advocacy-Ansatz). Die Kinderschutzdiskussion macht es für den Kinderarzt beispielsweise oft schwierig, in so einem Fall etwas zu regeln, weil er sich grundsätzlich als Advokat versteht. Die Gesundheitsförderung besagt, dass wir stets die Anwälte der Klienten sind.

Prävention

Prävention bedeutet zunächst Vorbeugung/Verhinderung und teilt sich im Wesentlichen in drei verschiedene Bereiche: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In der Jugendhilfe, aber auch auf WHO-Ebene wird oft eine andere Begriffstria verwendet, die ähnlich, aber nicht deckungsgleich ist: universelle, selektive und indizierte Prävention.

In der Primärprävention – im Wesentlichen hier der nicht-medizinischen Primärprävention – geht es darum, dass wir unspezifisch, ohne vorherigen Krankheitsbezug zwei Dinge verändern: Einerseits wollen wir die Belastungen senken und andererseits die Ressourcen stärken. Der Ansatz der Ressourcenstärkung wird oftmals mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt. Belastungen senken heißt zum Beispiel in der HIV-Prävention, durch Benutzung von Kondomen oder Bereitstellen von frischen Spritzen für intravenösen Drogenkonsum Infektionen mit HIV unmittelbar zu verhindern. Belastungssenkung bedeutet dabei, das Selbstbewusstsein der Betroffenengruppen, ihre Kommunikationsfähigkeit, Selbstorganisation usw. zu stärken; oder es heißt in Schulen, Schulstress zu verhindern usw. Ressourcen zu stärken. Empowerment bedeutet, die Menschen als Gruppen oder als Individuen stark zu machen. Die Primärprävention ist bereits 1989 in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden, zwischendurch von dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer abgeschafft, aber seit 2000 wieder eingeführt worden.

Das Präventionsgesetz 2015

Die Primärprävention ist seit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes eine Gestaltungsaufgabe für die gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen haben den Auftrag, die Primärprävention in Deutschland auszugestalten. Das Präventionsgesetz von 2015 hat dazu umfassende Regelungen getroffen. Was bisher z. T. in der Praxis bereits entwickelt war, wie beispielsweise die Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Setting-Ansatz), ist nun in einem umfänglichen Artikelgesetz definiert.

Das Präventionsgesetz enthält einige Legaldefinitionen, die im Wesentlichen das beinhalten, was ich bereits dargestellt hatte: Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Dies findet sich in Artikel 1 und 2 des SGB V, aber vor allem in den Artikeln des § 20 wieder.

Das Gesetz definiert **drei Leistungsbereiche**:

- verhaltensbezogene (Individual-)Prävention, das sind im Wesentlichen die bekannten Gesundheitskurse der Krankenkassen,
- Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, hier handelt es sich um den sog. Settingansatz, der schon bislang z. T. von Krankenkassen finanziert wurde, nun aber erst jetzt gesetzlich verankert wurde,
- Betriebliche Gesundheitsförderung als etablierter Settingansatz.

Insgesamt sind die Mittel, die zuletzt bei 3,40 Euro pro GKV-Versicherten und Jahr lagen, aktuell gesetzlich auf 7 Euro pro Versichertem im Jahr erhöht worden. Der größte Teil dieser Erhöhung wird für die Gesundheitsförderung in den Settings ausgegeben: 2 Euro pro Versichertem sollen die Krankenkassen ab jetzt pro Jahr für Gesundheitsförderung in

den Lebenswelten und 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung aufwenden. Von den 2 Euro für nicht-betriebliche Lebenswelten hat der Gesetzgeber eine umstrittene Regelung eingeführt, die vor dem Bundessozialgericht von der GKV angefochten wird, nämlich: Die Krankenkassen sind beauftragt, 45 Cent von diesen 2 Euro pauschal an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu zahlen, damit die BZgA übergreifende Qualitäts- und Konzeptentwicklung in dem Bereich durchführt und vorhält, insbesondere für vulnerable, d. h. besonders belastete Bevölkerungsgruppen.

Das Präventionsgesetz führt eine Reihe neuer Akteure der Prävention auf:

- Unfallkassen,
- Rentenkassen,
- Pflegekassen (Diese sind neu hinzugekommen und sollen zusätzlich 30 Cent pro Versichertem im Jahr für die Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen oder auch von Angehörigen von Pflegebedürftigen aufwenden.),
- Kommunen, Private Krankenversicherungen, Jobcenter (diese drei Akteure wurden allerdings eher indirekt, optional mit aufgenommen; ohne Kontrahierungspflichten, da z. T. konkurrierende Gesetzgebung, z. B. durch Landesgesetzgebungen, vorliegt. Damit wollte man ein Veto des Bundesrates vermeiden. Allerdings ist eine solche etwas unklare Regelung für die Praxis vor Ort schwierig umzusetzen.).

Handlungsfeld Primärprävention: *Gesunde Lebenswelten*

Neu im Gesetz ist, dass Gesundheitsförderung in Lebenswelten explizit als Handlungsfeld aufgenommen wird. Dabei geht es um den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher **Strukturen**. Die Kassen sollen die Leistungen in den Lebenswelten **gemeinschaftlich erbringen**. Dieser Zusatz wurde erst in der letzten Gesetzesverhandlung nach der Anhörung im Bundestagsausschuss eingebracht.

Grundsätzlich sollen die Verantwortlichen in der Lebenswelt Eigenleistungen einbringen. Es sollen keine Lebenswelten, keine Schulen, keine Kitas usw. zwangsweise mit den Leistungen beglückt werden, sondern die Leiter und Träger der Lebenswelten sollen sich selbst aktiv durch Eigenleistungen einbringen. Die etablierten Settings dazu sind die Schule, die Kita und seit 2010 auch die Kommune, die aktuell im besonderen Maße im Fokus steht. Die BZgA bekommt 31,5 Millionen Euro pro Jahr zur Unterstützung der Kassen bei Art und Qualität der Gesundheitsförderung.

Von der fachlichen Ebene ist der **Settingansatz** schon lange gefordert worden und seine gesetzliche Definition daher sehr zu begrüßen. Die betriebliche Gesundheitsförderung hat bereits die Wirksamkeit des Settingansatzes eindrucksvoll belegt. Wenn man in Betrieben Gesundheitsförderung durchführt, die Mitarbeiter befragt, ihnen Beteiligungsmöglichkeiten einräumt, sie aktiv einbezieht, findet man in aller Regel eine signifikante Senkung des Krankenstandes. Mit diesen AU-Zahlen liegt ein gut und leicht handhabbarer Messindikator für Effekte vor. Die Effekte bei der betrieblichen Gesundheitsförderung sind beeindruckend. Wenn ich in Betrieben Maßnahmen ergreife, um die Betriebe gesundheitsfördernd zu organisieren, wirkt sich das in aller Regel unmittelbar aus. Deswegen haben insbesondere Großbetriebe ein besonderes Interesse an solchen Maßnahmen und

werden häufig von sich aus aktiv und tragen von sich aus viel zur Mitarbeiterzufriedenheit bei. Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit erfordert, dass Mitarbeiter gefragt werden, wo ihre Probleme liegen. Beispielsweise hat die Anschaffung einer kleinen Hebebühne bei VW, die den Mitarbeitern hilft, auch eine kostensparende Wirkung, weil anschließend bestimmte Lackschäden, die vorher auftraten, als die Mitarbeiter in unbequemer Lage lackieren mussten, deutlich seltener auftauchen. Solche einfachen Maßnahmen, die der Kenntnis der Mitarbeiter als Experten des eigenen Alltags folgen, zeigen vielfach große Effekte.

Eine ähnliche Umsetzung hat man in den 2000er-Jahren bereits in Schulen versucht, allerdings mit begrenztem Erfolg, weil die Schule nicht so ein strukturiertes Setting ist wie ein Betrieb. In Kitas gibt es das ebenfalls, aber auch nicht so erfolgreich. Es sind immerhin gute Ansätze in den Kitas festzustellen. Als Problem erweist sich dabei der momentane massive Wandlungsprozess der Kitas, u. a. durch den Aufbau von U3-Plätzen und die entstehende Arbeitsplatzverdichtung. Oft wird die Gesundheitsförderung als zusätzlich zu bewältigendes Programm angesehen, woran Schulen und Kitas wegen Programmüdigkeit in der Regel kein sonderlich großes Interesse zeigen. Sie sind aber wie die Betriebe sehr wohl daran interessiert, in die Gesundheitsförderung Lehrer, Eltern und Erzieher einzubeziehen.

Die Kommune ist seit 2010 in dieses Handlungsfeld des Settingansatzes aufgenommen worden und bildet den entscheidenden Knackpunkt. Die Kommune ist dafür prädestiniert, ein Dach-Setting zu sein. Sie hat konkret vor Ort nach Wegen zu suchen, wie Gesundheitsmaßnahmen miteinander verbunden werden und Synergien entstehen können. Die Kommune als Dach-Setting hat ganz besondere Chancen, Möglichkeiten und das Potenzial, viele Problemlösungen im Sinne einer Präventionskette umzusetzen.

Die Grundanforderungen des Settingansatzes sind:

- Kontextorientierung/Verhältnisprävention bzw. verhältnisgestützte Verhaltensprävention: Nicht die Krankheitsfaktoren sollen isoliert ausgemacht werden, sondern die positive Entwicklung der Verhältnisse steht im Vordergrund.
- Partizipation: die Menschen müssen beteiligt werden.
- Empowerment: Die Menschen sind einzeln oder in Gruppen zur Veränderung und Gestaltung der Lebenssituation zu befähigen.
- Strukturbildung/Organisationsentwicklung zur Bildung eines Rahmens für die Umsetzung des Ansatzes.

Lebenswelt Familie?

Familie ist ein zentraler Einflussfaktor bei Verhütung, Entstehung, Entwicklung und Bewältigung von Krankheiten, sie hat als primärer Sozialisationsort einen wesentlich stärkeren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten als sekundäre Sozialisationsorte wie Kita und Schule. Wir wissen auch, dass es sehr hohe salutogene, protektive Potenziale durch die Familie gibt, durch den Lebensstil, die soziale Unterstützung, bei der Regeneration, Hilfe im Krankheitsfall, bei Pflegebedürftigkeit usw.

Familie ist trotzdem kein Setting im Sinne der Weltgesundheitsorganisation, denn in den vorher aufgeführten Settings kann man die Umsetzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen einfordern. Die Autonomie der Familie als hohes, grundgesetzlich geschütztes Gut aber verhindert die Anwendung der Methode des Settingansatzes von außen. Hier hat in eingeschränktem Maße das Wächteramt oder die Schulpflicht eine Eingriffsmöglichkeit. Schon allein zur Früherkennungsuntersuchung können wir die Familien lediglich einladen, wir können aber keine Eltern verpflichten, eine Früherkennungs- oder Gesundheitsuntersuchung wahrzunehmen. Daher wird Familie in diesem Sinne eher indirekt adressiert. Auch im Präventionsgesetz werden für die familiäre Gesundheitsförderung die Settings Kita, Schule und Kommune angesprochen, die zunächst eine Strategie entwickeln müssen, wie sie das umsetzen können.

Von der fachlichen Seite heißt es in Bezug auf Gesundheitsförderung in Familien, dass nicht die Familien selbst, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen familiärer Lebenswelten gesundheitsförderlich gestaltet werden sollen.

Als zentrale Maxime gelten die **drei Kernstrategien**:

- Advocate: Anwaltschaftliche Interessensvertretung durch alle Beteiligte wie Ärzte, Gesundheitsämter und Jugendämter,
- Mediate: gesundheitsförderliche Ausrichtung der Angebote, insbesondere auch hinsichtlich Transitionen,
- Enabling: Angebote zur freiwilligen gesundheitsförderlichen Kompetenzentwicklung „make the healthier way the easier choice“.

Sämtliche Settings werden als eine Präventionskette zusammengefasst. Diese wird in einem Regenbogenmodell dargestellt (**Abbildung 1**):



Abbildung 1

Dieses Modell – ähnlich dem humanökologischen Modell von Bronfenbrenner, das heute bereits vorgestellt worden ist – sagt aus, dass man nicht nur auf das Verhalten schauen darf, sondern darüber hinaus auf die Lebensweise der Eltern und der Kinder, auf die kommunalen Netzwerke, auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen und die allgemeinen Umweltbedingungen. Vor allem die Gesundheits- und Jugendämter stellen sich in Bezug auf die Präventionsketten die zentrale Frage nach der Gestaltung von Übergängen. Gerade die Übergänge in die Familienwerdung, aus der Familie heraus, Übergänge in die Kita, in die Grundschule, weiterführende Schule, Berufsausbildung sind neuralgische Stellen, an denen sich oftmals eine positive oder auch eine negative Wendung vollzieht.

Zurzeit haben wir in einem Projekt speziell die Vorgänge rund um die Geburt im Auge und versuchen, anhand des 8-Phasen-Modells von Gloger-Tippelt (**Abbildung 2**) noch einmal genauer zu untersuchen – und dabei auch die Mütter zu befragen –, wo die einzelnen Gesundheitsförderungsbedarfe in den unterschiedlichen Phasen der Familienwerdung liegen.

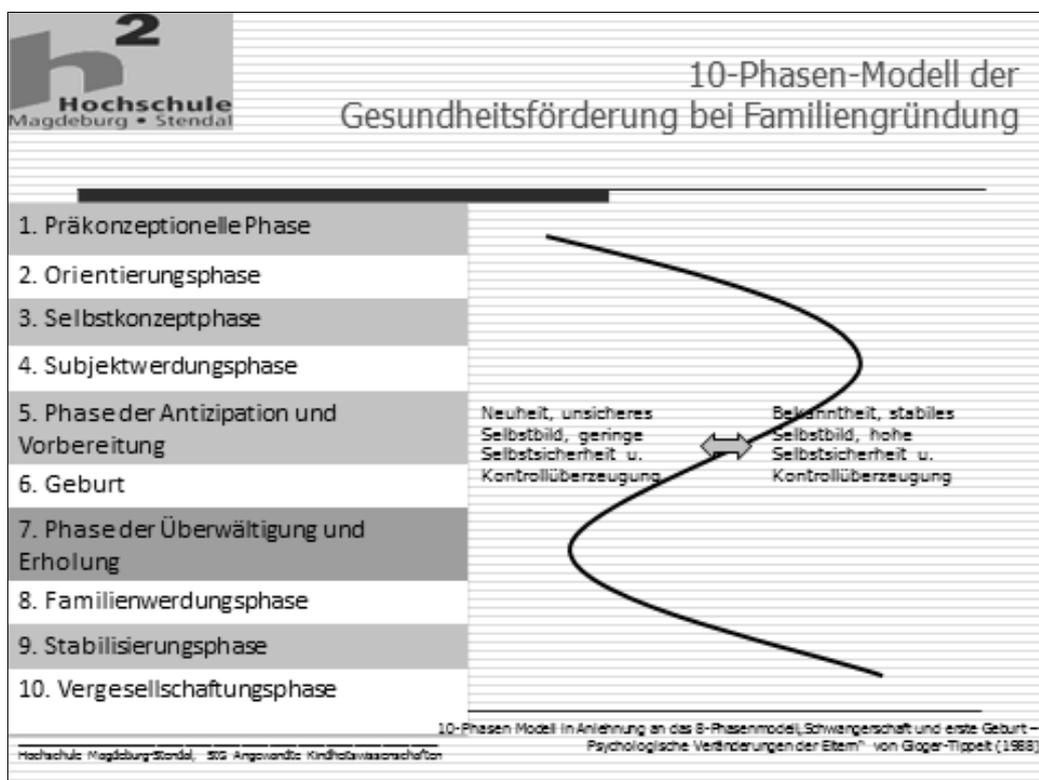


Abbildung 2

Wie bereits angedeutet, ist ein zentraler Punkt im Präventionsgesetz die gemeinschaftliche Erbringung der Leistung:

§ 20a (1) Satz 4: „Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Kassen zusammenarbeiten und **kassenübergreifende Leistungen** zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.“

Es geht darum, durch eine Bündelung der Mittel die Leistungen effektiver gestalten. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit wird durch verschiedene andere Gremien hinterlegt,

und zwar von der Bundesebene bis auf die Ebene der Länder – wünschenswert auch bis zur Ebene der Kommunen. Es gibt dafür eine Nationale Präventionskonferenz und ein Präventionsforum sowie eine beratende Kommission, die den Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen weiterentwickelt. Sie alle sind verpflichtet, in der Nationalen Präventionsstrategie, die die Bundesrahmenempfehlungen erarbeitet, in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vorzulegen. Es sollen Landesrahmenvereinbarungen getroffen werden, die wiederum an Gesundheitszielen orientiert sind.

Die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz mit Stimmrecht sind:

- Gesetzliche Krankenversicherung: GKV-Spitzenverband (zwei Sitze),
- Soziale Pflegeversicherung: GKV-Spitzenverband (zwei Sitze),
- Gesetzliche Unfallversicherung (zwei Sitze),
- Gesetzliche Rentenversicherung: Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze),
- [PKV – optional 1 Sitz].

Außerdem gibt es Mitglieder mit beratender Stimme:

- Bundesministerien (vier Sitze),
- Landesministerien (vier Sitze),
- Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund (je ein Sitz),
- Bundesagentur für Arbeit (ein Sitz),
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (ein Sitz),
- Deutscher Gewerkschaftsbund (ein Sitz),
- Patientenvertretung nach § 140f SGB V (zwei Sitze),
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (ein Sitz).

Die **Bundesrahmenempfehlungen** haben die Aufgaben:

- Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen,
- Festlegung der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen,
- Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention,
- Sicherung und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der zuständigen Träger und Stellen.

Tatsächlich tagte die Nationale Präventionskonferenz bereits zweimal und hat nicht ganz die gesetzliche Auflage erfüllt, zum 31. Dezember 2015 erstmals bundeseinheitliche, trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen vorzulegen, diese wurden zum 19. Februar 2016 beschlossen. Diese Bundesrahmenempfehlungen sind allerdings sehr grob und allgemein. Der gesamte Bereich, den wir hier besprechen, wird nur in einem Handlungsfeld subsummiert und fasst werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende zusammen.

Die Nationale Präventionskonferenz wollte die Bundesrahmenempfehlungen bewusst allgemein halten, damit die Länder umso mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die **Landesrahmenvereinbarungen** haben. Dazu heißt es:

Die Sozialversicherungsträger schließen gemäß SGB V, § 20f mit den in den Ländern zuständigen Stellen Vereinbarungen über

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die Koordinierung von Leistungen,
3. die Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. die gegenseitige Beauftragung der Leistungsträger,
5. die Zusammenarbeit mit öffentlichem Gesundheitsdienst und Jugendhilfe und
6. die Mitwirkung weiterer relevanter Einrichtungen und Organisationen.

Inzwischen sind in sechs Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen geschlossen worden. Diese sind ebenfalls sehr allgemein und entsprechen im Wesentlichen nur der Mustersatzung der GKV für die Landesrahmenvereinbarung. Zur Frage der Koordination von Leistungen wird lediglich gesagt, dass Leistungen mit weitergehenden Verträgen koordiniert werden *können*. Aber sie beantworten die Frage nicht. Dabei ist es in der Begründung ganz ausdrücklich formuliert:

Begründung zum § 20f SGB V:

*„Vorrangiges Ziel der Rahmenvereinbarungen ist die Sicherung einer nach **gemeinsamen Zielen orientierten Zusammenarbeit aller Beteiligten. Bestehende, bewährte Angebote, Programme und Prozesse sollen einbezogen werden.** Satz 2 stellt klar, dass bei den beteiligten Sozialversicherungsträgern **keine neuen Zuständigkeiten** und Leistungsverpflichtungen begründet werden.“*

Zu Absatz 2:

*„Die Vorschrift legt den **Mindestinhalt der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene** fest und stellt dabei klar, dass **die regionalen Erfordernisse** im Rahmen des Abstimmungsprozesses zu berücksichtigen sind. Insbesondere die Gesundheitsberichterstattungen der Länder und **regionale Gesundheitsatlanten** liefern relevante Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, etwa zur Altersstruktur, zu Risikofaktoren, zu Krankheiten und zur Sterblichkeit. Der gesetzlich festgelegte Mindestinhalt der Vereinbarungen soll das **zielorientierte Zusammenwirken** der Krankenkassen mit den übrigen Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen wie dem **öffentlichen Gesundheitsdienst** unter Mitwirkung weiterer relevanter Einrichtungen und Organisationen sichern. Als für die Mitwirkung relevante Einrichtungen und Organisationen kommen insbesondere solche in Betracht, die bereits **erfolgreich in Kooperation mit den in den Ländern oder im Bund zuständigen Stellen Präventionsmaßnahmen durchgeführt** haben. Auch an den Rahmenvereinbarungen sind die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu beteiligen.“*

Es ist vorgesehen, dass Mindestinhalte, regionale Erfordernisse, regionale Gesundheitsatlanten und die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst definiert werden

müssen. Dies ist jedoch überall nur in optionalen Kann-Bestimmungen enthalten. Diese Wegstrecke ist im Moment demnach relativ frustrierend.

Das Präventionsgesetz reicht außerdem in andere Bereiche, die sich zum Teil stärker an die medizinische Diskussion anschließen. Anders als die Vorgängerversionen des Präventionsgesetzes hat man diesmal den Bereich der Lebenswelten, der reinen primären Prävention, ein wenig verlassen und dafür die sekundäre Prävention geöffnet. Sekundäre Prävention umfasst ganz klassisch die Früherkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen/Gesundheitsuntersuchungen. Diese sind sekundärpräventiv. Der Auftrag des alten § 26 im SGB V lautet, dass Krankheiten, die eindeutig diagnostizierbar und behandelbar sind, über die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen detektiert werden sollen. Damit konnten die psychosozialen Probleme oder das psychosoziale Milieu jedoch nicht abgebildet werden, weil Milieuprobleme, geschweige denn Kindeswohlgefährdung, weder eindeutig zu diagnostizieren noch eindeutig zu behandeln sind. Ganz konkret gab der Gemeinsame Bundesausschuss, der dafür zuständig ist, im Jahr 2007 ein Gutachten in Auftrag, um die Frage nach dem Screening auf Kindeswohlgefährdung zu prüfen. Dazu wurde in der internationalen Literatur recherchiert, was auch den Erkenntnissen des NZFH entspricht. Man kann auf Kindeswohlgefährdung screenen, aber die positiv-positive Rate beträgt gerade einmal 60 Prozent. Man hat zusätzlich gut 20 Prozent falsch-positive und gut 20 Prozent falsch-negative Befunde. Das ist für ein Screening indiskutabel. Wenn zum Beispiel aus der Jugendhilfe die Zahlen genannt werden, dass auch 40 Prozent der Verdachtsfälle (Verfahren nach § 8a SGB VIII) im Sande verlaufen und keinerlei Maßnahmen generieren, deckt sich das weitgehend mit der genannten Quote. Aus Sicht des Gesundheitswesens ist es ein katastrophaler Befund für ein Screening, vier von zehn Eltern ohne Grund zu alarmieren. Das darf zumindest mit dem Anspruch, nach der Screening und Früherkennungsdetektion im Gesundheitswesen ausgerichtet sind, nicht passieren.

Das Präventionsgesetz hat eine Regelung getroffen, die **Hebammenhilfe** von acht auf zwölf Wochen zu erweitern, allerdings ohne die Erweiterung der Anzahl der Besuche. Die **Selbsthilfe** wurde deutlich gestärkt. Sie lag zuletzt bei 67 Cent pro Versichertenjahr und ist auf 1,05 Euro angehoben worden.

In zwei Paragraphen sind **die Frühen Hilfen** explizit aufgenommen worden, allerdings nur in der Begründung. Im Gesetzestext selbst werden sie als „regionale Unterstützungsstellen“ bezeichnet. Der § 24d SGB V befasst sich mit der Aufklärung von Gynäkologen und Hebammen im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung. Hiernach sollen Ärzte, Gynäkologen und Hebammen bei Bedarf auf Frühe Hilfen hinweisen. Im § 26 als klare „Soll“-Bestimmung geht es um die Kindergesundheitsuntersuchungen. Jeder, der mit seinem Kind einen Kinderarzt im Rahmen der U-Untersuchung aufsucht, soll auf Frühe Hilfen bzw., wie es heißt, „regionale Unterstützungsangebote“ hingewiesen werden.

Die **Neuausrichtung der Früherkennungs- zu Gesundheitsuntersuchungen** beinhaltet unter anderem, dass die Ärzte jetzt verstärkt auch auf psychische Belastungen achten sollen und die Möglichkeit zu ärztlichen **Präventionsempfehlungen** haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu eine Regelung getroffen und ein Formblatt herausgegeben. Diese wird ab Januar 2017 in Kraft treten. Mit diesen Präventionsempfehlungen können den Eltern und Kindern Kurse empfohlen werden. Mit einem Rezept bzw. einer

Präventionsempfehlung können Kurse zu einem der vier Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Suchtprävention und Entspannung/Stressbewältigung empfohlen werden.

Das bedeutet, dass im Unterschied zur bisherigen Vorgehensweise – auch vorher konnte man ohne Präventionsempfehlung bei seiner Krankenkasse einen Kurs in Anspruch nehmen – eine gewisse Verbindlichkeit hergestellt wird und gleichzeitig hat man ein konkreteres Instrument für das Präventionsmanagement an der Hand, wie es von der Pädiatrie schon lange gefordert wurde.

Bislang steht im Leitfaden der Krankenkassen die Regelung, dass Präventionsmaßnahmen für Kinder unter 6 Jahren nur über Settingansätze erfolgen. Eine Neuregelung im Gesetz besagt jedoch, dass es sehr wohl auch an Kleinkinder und an ihre Eltern zur Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz Präventionsempfehlungen abgegeben werden können. Diese neu eingeführte Leistung ist allerdings noch nicht ausgestaltet worden. Zunächst stellt sich die Frage nach dem Unterschied zwischen gesundheitlicher zu anderer Elternkompetenz, denn nach der Ottawa-Charta kann man das nicht so einfach aufschlüsseln. Der Gesetzgeber hat nun aber dieses Türchen geöffnet für eine eigene Säule vom Gesundheitswesen/von den Krankenkassen in Richtung Frühe Hilfen. In diesem Zusammenhang wurde die Schreibaby-Beratung häufig diskutiert, weil dieser Bereich als ein wichtiger Versorgungsansatz ohne geklärte Finanzierung begriffen wurde. Gleichzeitig legen die Krankenkassen verständlicherweise darauf Wert, keine Leistungen zu übernehmen, die bislang die Kinder- und Jugendhilfe erbracht hat.

Insgesamt ist die große Frage der Annäherung von SGB V und SGB VIII weiterhin offen. Sie ist nicht klar definiert. Die Bundesregierung hat im Rahmen der Stellungnahme zum Bundesrat die Aussage getroffen, dass sie dazu tätig werden wird, aber was sie tut, ist noch nicht geklärt.

Die **Gesundheitsuntersuchungen**, die es auch für Erwachsene gibt, werden nach §§ 25/26 des Präventionsgesetzes zu **präventiven Untersuchungen und Beratung**. Zudem wurden die Altersgrenzen geöffnet. Bisher gab es diese Untersuchungen für Erwachsene erst ab dem Alter von 35 Jahren, jetzt ab 18 Jahren. Die Kindergesundheitsuntersuchungen, bisher nur im Alter von 0 bis 6 Jahren möglich, werden nun nach dem neuen Auftrag bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren durchgeführt. Mit anderen Worten: Man hat über die gesamte Lebensspanne die Möglichkeit, eine solche Gesundheitsuntersuchung in Anspruch zu nehmen, und das nicht nur als Screening-Maßnahme und als Detektion, sondern verstärkt als präventive Untersuchung und präventive Beratung sowie psychosoziale Unterstützung. Dabei können, wie bereits erwähnt, Ärzt/innen Präventionsempfehlungen (PrävE) ausstellen, die Krankenkassen berücksichtigen müssen. Die Maßnahmen der Krankenkassen dafür sind zu zertifizieren und im Internet zu veröffentlichen.

Die Möglichkeit der Präventionsempfehlungen auch an Kinder unter sechs Jahren sowie ihre Eltern zur Steigerung gesundheitlichen Elternkompetenz erfordert eine Veränderung des Leitfadens, nach der verhaltensbezogene Maßnahmen für Kinder unter 6 Jahren bislang ausgeschlossen sind. Das ist eine zentrale Frage für Frühe Hilfen.

Die Ausgestaltung der Untersuchungen und der Präventionsempfehlungen nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss vor. Dafür gibt es seit dem 1. September 2016 ein neues Untersuchungsheft, das sehr viel mehr Erläuterungen der Vorgänge bei den einzelnen Untersuchungen enthält als das alte Heft.

Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen

Anhand unserer Expertise für den Beratenden Arbeitskreis Gesundheitliche Chancengleichheit bei der BZgA stellten wir uns die Frage, wie die beiden großen Systeme Präventionsgesetz und Bundeskinderschutzgesetz voneinander lernen und wie die beiden Innovationsfelder synergetisch zusammenwirken können.

Empfehlungen für gegenseitige Stärkung

Mein Wunsch wäre dazu, dass ebenso, wie es inzwischen überall Netzwerke Frühe Hilfen nach dem Bundeskinderschutzgesetz gibt, durch das Gesundheitsförderungsgesetz klar definiert in jeder Kommune und jedem Landkreis Gesundheitsförderungsnetzwerke entstehen sollten. Das ist allerdings im Gesetz nicht vorgesehen, da es den Krankenkassen obliegt.

Trotzdem wäre es wünschenswert, wenn auf dieser Ebene **kommunale und überregionale Aktionspläne und Bündnisse für „gesundes Aufwachsen“** entwickelt werden, Bündnisse mit NGOs und soziale Bewegungen für gesundes Aufwachsen, Kinderrechte und Kindergesundheit. Bekannt sind die Modellkommunen von Dormagen, Potsdam, Monheim oder Braunschweig. In Nordrhein-Westfalen gibt es ein Landesprogramm „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ dazu, das anschlussfähig an andere Bereiche wie die Kinderrechtsbewegung ist.

Dafür sind **gemeinsame Plattformen zur Kooperation** mit neuen Netzwerkakteuren unabdingbar. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW oder auch die Berliner Landesgesundheitskonferenzen mit den bezirklichen Gesundheitskonferenzen sind gute Beispiele dafür. Das ist aber längst nicht in allen Bundesländern normiert und schon gar nicht bis in die kommunale Ebene.

Diese Frage ist nicht nur von den Krankenkassen, von den Gesundheitsämtern oder auch von den Jugendämtern isoliert zu behandeln. Die Ergebnisse der kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW zeigen beispielsweise, wie wichtig es ist, **andere Akteure**, wie zum Beispiel die Selbsthilfekontaktstellen, freiwillige Agenturen oder Ehrenamtsprojekte, **von vornherein einzubeziehen**.

Auf der Ebene von Strukturen sollten **zentrale Ansprechstellen** für gesundes Aufwachsen gebildet werden. Idealerweise sollten die Krankenkassen sogenannte One-Stop-Agency vorhalten, wie es in der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorgeschrieben ist. Sie bieten dazu kommunale Koordinierungsstellen für kleine und mittlere Unternehmen an, um denen konkret zu vermitteln, wie man an Gesundheitsförderungsmaßnahmen herankommen kann. In den Kommunen besteht jedoch noch weiterhin das Problem, dass man die einzelnen Krankenkassen ansprechen kann und noch keinen zentralen Ansprechpart-

ner hat, weil die Krankenkassen ihr Geld nicht aus der Hand geben wollen und weil es noch keine definierte Umsetzung zur Frage der gemeinsamen Leistungserbringung gibt.

In allen Bundesländern existieren „Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit“, die aktuell nach dem Präventionsgesetz über die BZgA-Finanzierung deutlich aufgewertet und gestärkt werden, sodass eine personelle Aufstockung möglich ist. Außerdem gibt es in allen Bundesländern die Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen. Das sind zwei Bereiche, die sich möglichst eng miteinander abstimmen sollten – und das auch auf der kommunalen Ebene, sodass sich dort kommunale Gesundheitskonferenzen und Netzwerke Frühe Hilfen absprechen, weil sie ein gemeinsames Ziel haben. Darüber muss man immer wieder Veranstaltungen und Fachdiskurse organisieren und möglichst auch gemeinsame Forschungs-, Praxis- und Modellprojekte von Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen durchführen.

Unser Ziel ist es außerdem, dass man die Sprachenvielfalt insgesamt versucht zu übersetzen, um die doch noch einander fernen Bereiche Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen miteinander ins Gespräch zu bringen und gemeinsam vor Ort das gemeinsame Potenzial dafür nutzen zu können. Die Gesundheitsförderung stellt immer wieder die Familie als Adressat ins Zentrum – mit den Kernstrategien der Ottawa-Charta, die eine Orientierung für Familiäre Gesundheitsförderung bieten.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Was muss getan werden, damit die Zusammenarbeit für psychisch kranke Kinder optimiert wird? Wie kann im Hinblick darauf die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe und Krankenkassen so gestaltet werden, dass alle davon profitieren?

PETER DE-MARY

Referent, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

In meinem Vortrag soll es in erster Linie darum gehen, wie es aus meiner Perspektive – der Perspektive der Krankenkassen – gelingen kann, Kindern, insbesondere Kindern psychisch kranker Eltern in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren zu helfen. Das ist nicht immer einfach. In der Vergangenheit saß ich bereits hier und da mit Trägern der freien Jugendhilfe zusammen und stellte fest, dass jeder eine andere Zielrichtung zu haben schien, obwohl wir alle dasselbe wollen. Erst nach langen Diskussionen konnten wir uns auf ein gemeinsames Ziel und das Vorgehen einigen.

Mein Hauptthema ist eigentlich die Budgetverhandlung mit Krankenhäusern. Die AOK ist eine der größeren Krankenkassen, die Prävention m. E. ernster nimmt als andere. Neben der normalen Arbeit einer Krankenkasse beschäftige ich mich mit der Versorgung psychisch Kranker und insbesondere mit Psychiatriemodellen. Die Psychiatriemodelle, die ich bisher kennengelernt habe, bringen meiner Ansicht nach mehr für die Krankenhäuser als für die Patienten und deren Angehörige. Es muss weitaus stärker sektoren- und systemübergreifend zusammengearbeitet werden.

In Vorbereitung auf diesen Vortrag habe ich einmal im Internet recherchiert. Dabei stieß ich auf eine Zahl, die mich erstaunt, denn ich habe den Eindruck, dass die Zusammenarbeit, die wir eigentlich leben sollten, nicht so ausgeprägt ist, wie diese Zahlen es ausdrücken (**Abbildung 1**):

Google-Abfrage vom 20.09.2016	
Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder-/Jugendhilfe	Treffer
Zusammenarbeit	52.300.000
Gesundheitswesen	10.500.000
Kinder- und Jugendhilfe	7.020.000
Kooperation im Gesundheitswesen	517.000
Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe	471.000
Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen	108.000
Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe	49.800

Abbildung 1

© Peter De-Mary

Wahrscheinlich liegt es auch daran, dass viele kleine Konzepte im Internet kursieren. Von den Konzepten kommen bei uns Krankenkassen nur wenige an, vielleicht liegt das daran, dass solche Konzepte sich nur an einem „System“ ausrichten und nicht übergreifend strukturiert sind.

1. Persönliche Erfahrungen

Wenn man sich die Frage stellt, wie wir Kindern helfen können, die Probleme haben – Kindern, die selbst krank sind, oder Kindern, deren Eltern krank sind – schließt sich die Frage an, wer ihnen schon hilft. Viele Kinder sind nach unseren Daten bereits „krank“ in dem Sinn, dass sie ärztlich versorgt werden. Sie weisen psychiatrische oder somatische Diagnosen auf. Die Frage, wie Krankenhäuser zum Beispiel mit der Jugendhilfe zusammenarbeiten, konnte ich mit einem Blick auf die Codierrichtlinien tatsächlich positiv beantworten.

Psychiatrische Krankenhäuser sind derzeit, wieder einmal, im Umbruch. Die Einführung eines – inzwischen erneut angepassten – neuen Entgeltsystems und andere, regionale Einflüsse, wie z. B. die Krankenhausplanung, stellen eine stetige Herausforderung dar (**Abbildung 2**):

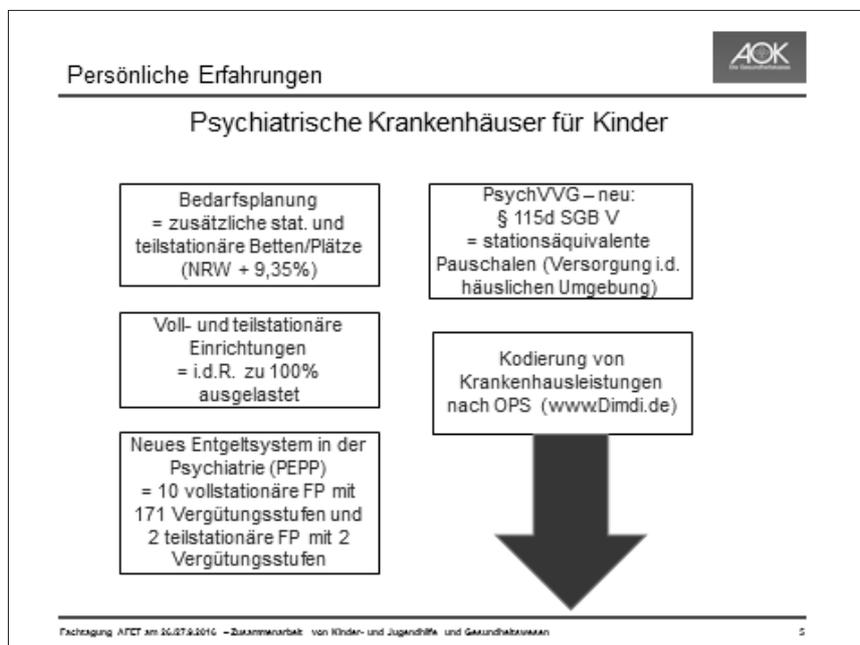


Abbildung 2

© Peter De-Mary

In jedem Bundesland wird eine Bedarfsplanung nach unterschiedlichen Kriterien vorgenommen. Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche in der Psychiatrie versorgen, sind meist randvoll, weil die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte überbelastet ist und viele Patienten in die Krankenhäuser überwiesen werden. Aussagen der Krankenhäuser bestätigen: eigentlich ambulant zu versorgende Kinder werden stationär versorgt, weil die ambulanten Kapazitäten nicht ausreichen. Seit einigen Jahren besteht in der Psychiatrie ein neues pauschales Entgeltsystem – das PEPP-System. Meiner Ansicht nach führt dies nicht zu einer besseren Versorgung, sondern es wird lediglich das Geld anders verteilt. Durch eine neue Gesetzesinitiative – das PsychVVG, die sich gerade beim Bundesrat befindet, sollen „Hometreatment-Pauschalen“ eingeführt werden, die auch von Krankenhäusern als stationsäquivalente Leistungen erbracht werden können. Auch diese Maßnahme wird sicherlich nicht zu einer Entlastung bzw. zu einer besseren Versorgung

führen. Inhaltlich müssten die Pauschalen sektoren- und systemübergreifend definiert werden, was m. E. nicht geschieht; es wird einfach nur anders versorgt.

In Bezug auf die Codierung von Krankenhausleistungen gibt es bei der stationären Versorgung von Kindern die Möglichkeit, bestimmte Leistungen zu codieren, wenn sie mit der Jugendhilfe zusammenarbeitet (**Abbildung 3**):

Persönliche Erfahrungen AOK

Psychiatrische Krankenhäuser für Kinder

9-65 **Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern**

Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:

- Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
- Einzelpsychotherapie mit kindgerechten Verfahren
- Gruppenpsychotherapie
- Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
- Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
- Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
- Aufklärung (Kind und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie

OPS Version 2016

Kapitel 9
ERGÄNZENDE MASSNAHMEN
(9-20...9-99)

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
(9-65...9-69)

Fachtagung AFET am 26.07.2016 – Zusammenarbeit von Kinder- u...

Abbildung 3

© Peter De-Mary

„9-65“ ist zum Beispiel ein OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel), den das DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) – das Institut, das u. a. die Codierrichtlinien herausgibt – definiert hat, sodass man u. a. die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe codieren kann. Da es sich um eine Regelbehandlung handelt, gibt es für die Krankenhäuser jedoch für die Codierung dieses Codes nicht mehr Geld. (Das habe ich inzwischen rausgefunden.) Ich frage mich häufig, ob die Krankenhäuser an Sie herantreten und mit Ihnen offensiv zusammenarbeiten oder ob die Krankenhäuser warten, bis Sie auf sie zugehen. Nach meinem Eindruck ist eher Letzteres der Fall.

Bei einem Blick auf unsere Krankenhausfälle von 2015 zeigt sich, dass die Kinder überwiegend in Kinder-Fachabteilungen versorgt werden, entweder in pädiatrischen Abteilungen oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (**Abbildung 4**). Aber mit zunehmendem Alter kommen sie zur somatischen Behandlung auch in die Fachabteilungen für Erwachsene. Das wirft die Frage auf, ob Krankenhäuser tatsächlich so vorgehen müssen. Ich habe in dieser Hinsicht meine Zweifel, weil Krankenhäuser, die pädiatrische Fachabteilungen haben, durchaus Kinder und Jugendliche zumindest bis zum 18. Lebensjahr behandeln könnten. Das wiederum ist eine Frage der Leitlinien, inwieweit man sich daran hält und wie die Abstimmung im Krankenhaus ist. Manche somatische Krankenhäuser, die keine Fachabteilung für Pädiatrie haben, stehen auf dem Standpunkt, dass ein Unter-18-

Jähriger ebenso zu behandeln ist wie ein 25-Jähriger, daher nehmen sie auch Jugendliche auf.

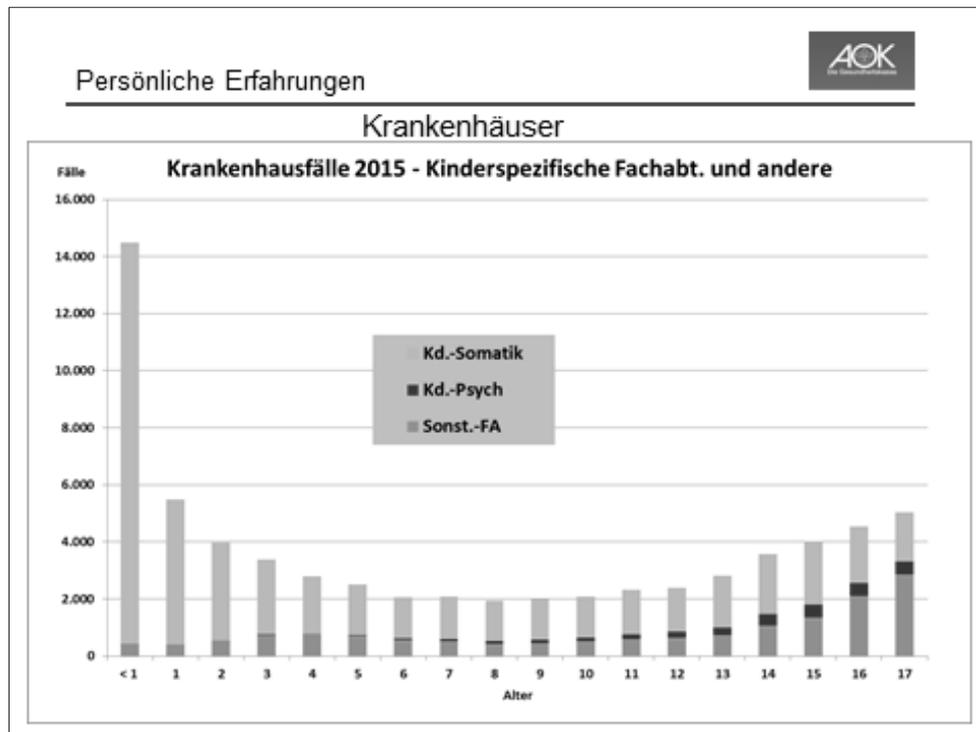


Abbildung 4

© Peter De-Mary

Die Zusammenarbeit von somatischen Krankenhäusern mit der Jugendhilfe ist leider nicht codierrelevant. Ob die Träger der Jugendhilfe mit somatischen Krankenhäusern zusammenarbeiten oder nicht, spielt in dieser Hinsicht demnach keine Rolle. Aus Sicht der Krankenkasse wäre es vorteilhaft, wenn die Jugendhilfe zum Beispiel mit Sozialdiensten oder anderen Diensten im Krankenhaus im Interesse der Kinder zusammenzuarbeitet. Aber die Krankenhäuser erhalten dafür keinen Finanzierungsanreiz. Nach Ansicht der Krankenkassen wurde die Zusammenarbeit in der Vergangenheit mit den Gesamtbudgets finanziert, nach Einführung der Fallpauschalen jedoch schauen die Krankenhäuser nur auf die in der Fallpauschale kalkulierte Leistung.

Um trotz dieser schlechten Rahmenbedingungen zu einer Kooperation mit der Jugendhilfe zu kommen, gibt es einige Modelle, die von Krankenhäusern initiiert werden. Zum Beispiel brachten wir mit einer großen Universitätsklinik im Rheinland ein Modell auf den Weg, bei dem es um die ambulante Versorgung von Kindern mit Essstörungen geht:

Modell Anorexia Nervosa Rheinland

Modell = ambulante Versorgung

Beteiligte = Landesverbände der KK und 1 KH vollstationäre Versorgung

Umsetzung = analog PIA-Regelversorgung

Teilnehmer = Kinder < 19 Jahre, 50 km Umkreis, bestimmtes Gewicht, ca. 80/Jahr

Finanzierung = pauschal aus teilstationärer Vergütung

Das Krankenhaus traf die Aussage, dass es aktuell solche Kinder teilstationär behandelt, die Behandlung aber auch ambulant durchführen könne. Meiner Ansicht wäre dies deutlich früher möglich gewesen, denn in anderen europäischen Staaten ist die ambulante Behandlung solcher Störungen Standard, lediglich in Deutschland wird sie voll- oder teilstationär durchgeführt. Insofern sind Versorgungsmodelle, wie wir sie hier in Deutschland teilweise einführen, in anderen europäischen Staaten schon an der Tagesordnung. Das heißt, die Krankenhäuser haben eine große Macht, die Art der Versorgung zu beeinflussen.

Mit Ihren Kolleg/innen von der Jugendhilfe wurde eine Modelldiskussion geführt, bei der es um die bessere Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern, zum Beispiel in der Stadt Köln, ging:

Projekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ (KipE)

Modellentwurf = o.k.

Beteiligte = Fachärzte, Einrichtungen Jugendhilfe, Uni Duisburg/Essen, AOK RH, Rat & Tat Köln

Teilnehmer = potenziell alle KipE in Köln

Umsetzung = keine

Finanzierung = keine (Idee: Krankenkassen und Kommune).

Wir waren so weit, dass ein fertiges Konzept erarbeitet worden war, aber das Modell scheiterte an dem Problem, wer die Finanzierung übernimmt. Auch in anderen Zusammenhängen stellt sich die Frage, inwieweit die Kommune beteiligt werden muss. In der Regel sind die Krankenkassen nicht bereit, solche Modelle allein zu finanzieren, weil auch Aufgaben der Jugendhilfe enthalten sind und damit auch Mitarbeiter und Finanzmittel nötig sind, die die Leistungserbringer bei den Aufgaben unterstützen, die sie selbst nicht leisten können.

Daher erlauben Sie mir den Hinweis: Je niedrigschwelliger Sie von der Jugendhilfe die Zusammenarbeit ansetzen, umso besser funktioniert sie. Es müssen nicht unbedingt die Chefärzte sein, die irgendetwas „abhaken“. Arbeiten Sie mit Menschen zusammen, die tagtäglich vor Ort tätig sind, von denen bekommen Sie die Informationen schwarz auf weiß. Wenn Sie mit Vertretern arbeiten, die relativ weit oben in der Hierarchie in den Kommunen, Krankenhäusern oder in anderen Einrichtungen sitzen, gestaltet sich die Arbeit umso schwieriger. Stellen Sie mit den Mitarbeitern der Basis ein Konzept auf, treten Sie mit den Menschen in Kontakt. Zumindest das Konzept wird dann besser funktionieren.

Zurzeit werden bundesweit 13 Krankenhaus-Modelle nach § 64b SGB V im Rahmen der Psychiatrie durchgeführt. Diese Modelle haben nichts anderes zum Inhalt, als eine ambulante Versorgung von psychisch Kranken der stationären Versorgung vorzuziehen. Hier wird jedoch nicht speziell über Kinder gesprochen, sondern allgemein über die ambulante Versorgung von psychisch Kranken. Wenn Sie Modelle initiieren wollen, wenden Sie sich an die Ortsebene. Kommen Sie zu mir, wenn Sie im Rheinland oder in Hamburg tätig sind, gehen Sie auf meine Kolleginnen und Kollegen in den anderen Bundesländern zu.

Im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) setzten wir in Köln ein niedrigschwelliges Modell für psychisch Kranke um, um zu verhindern, dass psychisch Kranke häufig wiederholt stationär aufgenommen werden und die Medikamenteneinnahme regulär erfolgt. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass es sehr gut ankommt, weil die HPK-Dienste pauschal tätig werden, das heißt, pro zehn Minuten kann ein pauschaler Wert abgerechnet werden, unabhängig von der Art der Leistung (die natürlich in einem Vertrag definiert ist, jedoch vor Ort nicht extra aufgeschrieben werden muss). Wir fanden damit ein System, das es erlaubt, jedem Patienten ein Budget für das Jahr zuzuschreiben. Schöpft dieser es nicht aus, kann dieses Budget auf andere Patienten innerhalb des HKP-Dienstes übertragen werden. Gesunde Kinder werden im Rahmen der Familie mit versorgt. Sobald die Dienste in den Familien Kinder vorfinden, die einer Hilfe zum Beispiel durch die Jugendhilfe bedürfen, ist es nach Maßgabe des Kölner Leitfadens „Kinder psychisch kranker Eltern“ notwendig, die entsprechenden Einrichtungen anzusprechen. So wurde es im Modellkonzept vereinbart. Die HKP-Dienste wurden verpflichtet, diesen Leitfaden anzuwenden. Ich hätte gern auch die Versorgung von psychisch kranken Kindern angebunden. Leider konnten wir keine Fachkräfte für die direkte Versorgung der Kinder finden. Ich kann generell kaum feststellen, wo die Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern anfängt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass man so etwas außerhalb des familiären Umfeldes anbieten kann.

2. Prävention

In Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, die Herr Prof. Geene bereits ausführlich behandelt hat, gibt es Bundesrahmenempfehlungen, aber auch die Landesrahmenvereinbarungen. In der Präambel der Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen vom 26.08.2016 ist zum Beispiel zu lesen, dass die Intensivierung des Engagements der Sozialversicherungsträger nicht zu einer Reduktion des Engagements der übrigen Partner oder anderer verantwortlicher Akteure führen darf. Damit sind auch Sie von der Jugendhilfe gemeint. Das heißt nach meinem Verständnis: Es gibt nur mehr, wenn auch Sie mehr einbringen.

Im § 2 – Gemeinsame Ziele und Handlungsfelder – dieser Landesrahmenvereinbarung heißt es, dass ein allgemeiner Fördertopf nicht eingerichtet wird. Auf Nachfrage erfuhr ich, dass das, was bisher an Leistungen und an Geld eingebracht wurde, für die laufenden Projekte gegeben wird, wenn mehr getan werden soll, muss man gemeinsam mit den Partnern der Landesrahmenvereinbarung darüber abstimmen. Möchte eine Kommune ein neues Programm umsetzen, müsste diese Kommune auch Geld mitbringen.

Bisher wurden von 16 möglichen lediglich fünf Landesrahmenvereinbarungen geschlossen, in:

- Nordrhein-Westfalen,
- Hessen,
- Rheinland-Pfalz,
- Sachsen,
- Thüringen.

Die anderen Bundesländer sollen bis Anfang 2017 folgen.

Wenn ich mir vor Augen führe, was derzeit gesundheitspolitisch passiert, kommen die, über die wir heute reden, aus meiner Sicht zu knapp weg. Die **Zusammenarbeit** zwischen Kinder- und Jugendhilfe, den Leistungserbringern der GKV und den Krankenkassen ist **ausbaufähig**, so mein erstes Fazit. Dazu gehört auch, dass der eine oder andere mal ein bisschen weiter als üblich springen sollte, vielleicht auch über seinen Schatten.

3. SGB V

Die wesentlichen Vorschriften des SGB V, die wir beachten müssen, sind:

§ 2: Es sind Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen.

§ 12: Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

§ 27: Leistungen sollen Krankheiten erkennen helfen, Verschlimmerung verhüten, Krankheiten lindern oder heilen.

Nach § 2 sind wir zum Abschluss von Verträgen verpflichtet. Wir können uns nicht ausuchen, mit wem wir sie schließen müssen. Dahinter steht der Kontrahierungszwang. Inhaltlich sind die meisten Leistungen über umfangreiche Codierungskataloge definiert. Es ist ein bestimmtes Leistungsprinzip nach § 12 zu berücksichtigen. Die Leistungen haben außerdem einen bestimmten Hintergrund.

Vor all dem sollte man nicht vergessen, dass es auch Ausnahmen im SGB V gibt (**Abbildung 5**):

SGB V – Möglichkeiten 

Besondere Vorschriften im SGB V:

§ 63 ff: Abweichend von... können Krankenkassen... zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung, der Qualität... Modellvorhaben vereinbaren.

§ 140a: Krankenkassen können Verträge über eine besondere Versorgung abschließen.
(3) mit:
berechtigten Leistungserbringern
Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen
Praxiskliniken
Pharmazeutischen Unternehmen
Herstellern von Medizinprodukten
Kassenärztlichen Vereinigungen

= Selektivverträge (Krankenkassen können Vertragspartner wählen, müssen aber Wettbewerbsrecht beachten, z.B. Ausschreibungen und Alleinstellungsmerkmal)

Fachtagung AFCT am 26.07.9.2016 – Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen 23

Abbildung 5

© Peter De-Mary

Die beiden Paragraphen bieten die Möglichkeit, enger miteinander zusammenzuarbeiten, wenn man das möchte. Man kann sie sehr kurz und knapp auslegen. Man kann aber auch konkreter vorgehen: Wenn wir kooperieren möchten, bieten zumindest diese beiden Paragraphen Möglichkeiten, entsprechende Verträge zu schließen, auch wenn Sie sich

bei den in den §§ 140a oder 63 ff. aufgeführten Akteuren nicht wiederfinden. Es gibt Mittel und Möglichkeiten, zum Beispiel über die berechtigten Leistungserbringer, das wären z. B. Kinderärzte oder Krankenhäuser, mit Ihnen zusammenzuarbeiten.

4. Ansatzpunkte

Zusammenarbeit der GKV mit Leistungs- und anderen Kostenträgern ist möglich. Und sinnvoll! Die Frage ist: Was will ich erreichen und wo sind Ansatzpunkte?

Die Krankenkassen fragen sich häufig: Wie kann mein Gegenüber mir helfen? Die Maßnahmen, die wir durchführen, sollen nicht dazu beitragen, einfach nur mehr Geld auszugeben. Sie müssen sich auch für die Krankenkassen und deren Versicherte lohnen. Das beste Argument, das Sie uns liefern können, ist, dass es den Kindern besser geht und die Versorgung weniger kostet, wenn wir/Sie regelhafter und intensiver versorgen. Ich weiß nicht, ob Sie in der Lage sind, diesbezüglich Zahlen zu generieren. Wenn Sie die stationären Behandlungskosten für ein Kind betrachten, insbesondere die Kinder mit einer psychiatrischen Diagnose, können Sie sich vielleicht vorstellen, was möglich ist, wenn etliche Kinder nicht ins Krankenhaus müssten, sondern anders besser und ggf. auch erfolgreicher versorgt würden (**Abbildung 6**):



Ansatzpunkte

Fallkosten nach Alter... Krankenhaus (Hauptdiagnose F*) in den Jahren 2007 bis 2013

2013 - Stationäre Fallkosten

Alter / ICD	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	2013 Ø- Fallk.	2010 Ø- Fallk.	2007 Ø- Fallk.
0		768			2.837	4.998			888	3.634	2.911	3.272	2.998
1		708			3.230	3.118			1.715	3.144	2.152	1.899	2.084
2		679			3.088	8.402			8.198	1.562	3.277	2.939	1.899
3	839				1.707	1.972			3.090	1.745	4.930	2.198	2.742
4					1.848	3.884	948		2.128	3.215	9.188	4.994	4.240
5					2.808	1.794			1.838	3.655	8.514	3.088	4.789
6					4.415	2.272			2.984	4.998	10.092	7.739	8.329
7				6.915	6.879	1.842		2.114	8.648	11.888	12.088	10.874	9.188
8	3.178			7.485	3.982	2.220			1.834	6.507	12.228	10.194	8.741
9				2.885	8.442	2.087		3.848	388	19.088	12.210	12.089	9.935
10		782		10.239	9.837	3.117			1.815	10.008	12.899	10.980	8.971
11	2.672	892		18.474	8.257	18.121		3.887	7.400	7.958	10.820	9.808	7.457
12		842	12.080	3.991	6.308	11.060		918	1.821	8.388	12.232	10.180	7.939
13		1.172	29.881	7.017	3.980	10.144		9.648	1.182	8.499	8.840	7.249	6.833
14		1.975	1.728	7.220	8.902	12.817		11.744	1.987	12.898	9.277	8.989	6.014
15		1.934	18.754	7.785	8.254	12.411		22.385	4.530	6.188	7.002	8.029	5.049
16	830	1.838	10.387	8.515	5.828	12.971		2.828	3.434	9.408	7.240	5.654	4.811
17	4.288	1.687	8.519	3.582	4.991	9.008		7.058	2.847	8.413	3.987	4.858	3.271
18	19.442	1.939	8.837	6.892	2.875	4.858		3.771	4.502	7.227	3.130	4.852	3.908
19	8.370	1.981	7.864	6.088	3.130	3.832		4.047	3.478	1.977	11.122	4.289	4.055
20	2.672	1.448	7.501	3.714	2.752	2.247		4.174	4.318		3.257	4.078	4.288
21	3.724	1.822	8.140	6.178	3.184	7.228		3.880	4.255	1.880	10.09	4.495	3.709
Ø-Fallkosten	6.547	1.981	3.495	6.949	4.882	6.418		4.847	3.908	3.358	9.240	6.008	

Fachtagung AOK am 26.07.9.2014 – Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Abbildung 6

© Peter De-Mary

Betrachtet man die Fallkosten von 12.000 Euro im Jahr für Neunjährige und könnte eine Krankenhausversorgung von drei oder vier Kindern verhindern, kann man mit der Erspar-

nis von knapp 50.000 Euro einen Mitarbeiter finanzieren. Solche Modelle sind für die Kassen durchaus attraktiv, wenn Sie deutlich machen, etwas bewirken zu können.

Die Krankenkassen haben nicht nur mit Krankenhausausgaben zu tun, sondern auch mit Ausgaben für Arzneimittel, für Ärzte, Krankengeld (im Erwachsenenbereich), aber auch für sonstige Leistungen wie Heil- und Hilfsmittel, ein Bereich, der sehr stark in Anspruch genommen wird (**Abbildung 7**).



Ansatzpunkte

Gesamt	1.957.784	3.363.420	37.513	4.636.524	7.582.582	17.577.823
						↓
Alter	AM	Ärzte	KG	KH	Sonst Leist	Gesamt
0	1.386	12.276		4.968	21.908	40.538
1	13.805	36.040		66.583	147.059	263.488
2	77.801	81.807		139.842	410.845	710.295
3	29.882	98.787		116.979	379.710	825.358
4	69.244	183.142		143.357	626.990	1.022.672
5	102.350	189.843		197.429	376.771	1.066.395
6	39.368	212.298		67.969	320.481	839.516
7	72.734	203.154		223.852	387.825	887.564
8	49.943	237.021		159.859	381.347	827.371
9	144.728	194.717		237.567	303.043	902.057
10	339.051	177.662		264.584	487.221	1.268.518
11	84.922	258.737		189.095	479.900	1.012.653
12	65.151	159.194		213.577	384.306	1.022.229
13	80.229	118.292		347.791	272.867	819.179
14	43.859	143.043		120.775	313.644	623.316
15	69.983	127.437		326.338	300.073	823.832
16	30.094	136.794	308	160.171	227.163	574.732
17	90.063	140.490	953	296.320	166.672	694.499
18	40.984	129.087	3.968	308.530	178.813	661.375
19	264.692	116.901	4.244	414.962	134.909	955.709
20	142.473	223.367	3.257	367.398	321.021	1.059.513
21	83.042	183.318	22.562	250.204	137.868	677.013

Überwiegend Heil- und Hilfsmittel (Krankenversicherung) (amb. Pflege (Pflegeversicherung))

Fachtagung AFCT am 26.07.2016 – Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitskassen 26

Abbildung 7

© Peter De-Mary

Auch hier gibt es durchaus Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Wenn Sie zu jemandem aus einer Krankenkasse aus Ihrer Region guten Kontakt haben, kann dieser Ihnen genau sagen, wie die Zahlen im Einzelnen aussehen. Versuchen Sie, möglichst präzise zu sein, das ist es, was für die einzelne Krankenkasse zählt.

5. Erkenntnisse

Es gibt für Kinder umfangreiche Leistungen nach dem SGB V, **aber es gibt**

- 1.) wenig bis keine Abstimmung der Leistungserbringer und Kostenträger innerhalb des SGB V,
- 2.) keine regionenübergreifende, strukturierte Vernetzung und Zusammenarbeit mit Akteuren außerhalb des SGB V,
- 3.) budgetgeprägtes Denken und Handeln aller Akteure.

Man muss oft feststellen, dass jeder nur in seinem Bereich denkt und nur das eigene Budget im Auge hat. Wenn wir als AOK für alle psychisch Kranken im Jahr etwa eine Milliarde Euro ausgeben, ergibt der dreifache Betrag den Betrag für die Krankenkassen im Rheinland. Zählt man eine halbe bis eine Milliarde durch die Kommunen und Landschaftsverbände hinzu, sind wir bereits bei 4 Milliarden. Nimmt man Westfalen hinzu, landen wir bei 8 Milliarden – nur für Nordrhein-Westfalen. M. E. steht genügend Geld zur Verfügung, man muss es nur entsprechend steuern und wir müssen **zusammenarbeiten**. Wenn sich zum Beispiel die Landschaftsverbände aufgrund der vorhandenen Modelle aus der Versorgung ein Stück zurückziehen wollen, weil sich nun die Kassen stärker engagieren, ist das der falsche Weg. So etwas werden Sie sicher auch kennen.

Wir alle sind gefordert, die Hilfen umzusetzen. Wir müssen auch im Sinne der Kinder sagen: Wir können es tun!



Abbildung 8

© Peter De-Mary

Es ist nicht einfach, trotzdem haben wir eine Aufgabe vor uns, die uns in diversen Ecken fordern wird.

Wie müssen die Akteure der Jugendhilfe und anderer Bereiche überhaupt agieren, um mit den Krankenkassen ins Gespräch zu kommen? Dazu sollten aus Ihrer Sicht sechs grobe Ziele zumindest bedacht werden:

1. Was wollen wir? – Basis bestimmen,
2. Wohin wollen wir? – Ziele definieren,
3. Wie wollen wir dorthin? – Prozesse beschreiben,
4. Was wird das kosten? – Kalkulieren,
5. Wer soll das machen? – Aufgaben verteilen,
6. Wann und wie wird miteinander geredet? – Kommunikation pflegen.

Kein Vertreter der Krankenkassen kommt mit Ihnen zusammen, um einfach nur zwei Stunden zu „quatschen“. Darum: Werden Sie konkret, kommen Sie mit vernünftigen Konzepten, zumindest mit Konzepten, die einige, aus medizinischer Sicht überprüfbare Zahlen enthalten. Wenn Sie keine Möglichkeit haben, die geforderten Zahlen zu recherchieren, nehmen Sie Kontakt zu Mitarbeitern der Krankenkassen auf, die Ihnen diese Zahlen liefern können. Sie brauchen auf jeden Fall Zahlen. Glauben Sie mir: Wenn Sie uns Zahlen nennen, kommen Sie mit einem Projektvorschlag immer voran.

Ziehen Sie eine neutrale Person hinzu, die Ihr Konzept für gut hält und das auch den Krankenkassen gegenüber vertritt. Warten Sie gegebenenfalls auch nach Einsicht in die aktuelle Gesetzeslage ab, wann Sie am besten über solche Dinge reden. Es gibt günstige und ungünstige Zeitpunkte. Wir alle kennen das Problem: Wenn das Haushaltsjahr sich dem Ende neigt und auf einmal kein Geld mehr vorhanden ist, ist es schwierig, mit einem Projekt aufzutreten, das erst einmal 300.000 oder 500.000 Euro kosten soll. Sollten Sie eine Vertrauensperson auf Krankenkassenseite haben, besprechen Sie solche Geldangelegenheiten offen mit dieser Person.

Das KipE-Projekt beispielsweise betraf ungefähr 10.000 Kinder in Köln. Wenn man bedenkt, wie viele Mitarbeiter diese Kinder hätten versorgen müssen, wäre die Zahl recht hoch gewesen. Auch wenn die AOK ein Drittel der Kosten übernimmt und sich die Kommune zu einem Teil beteiligt, wäre es immer noch sehr viel Geld gewesen. Aber: Wenn man ein Projekt sauber und transparent kalkuliert und deutlich macht, dass man Erfolge erst in einem oder in zwei Jahren sehen wird, wird es immer noch jemanden auf der Seite der Krankenkasse geben, der die Investition zu tragen bereit ist, wenn auch die anderen Kostenträger sich einbringen.

Denken Sie auch daran, dass Sie solche Projekte zielgerichtet und zielorientiert definieren. Die Projekte müssen zwischendurch immer wieder evaluiert werden, am besten alle drei Monate. Die Ergebnisse sind genau festzuhalten, um eine Tendenz erkennbar zu machen. Ist die Tendenz eher negativ, muss korrigiert und nachgebessert werden. Verträge müssen Sie möglichst variabel gestalten.

Jemand muss von der Zusammenarbeit profitieren, im besten Fall alle, zumindest das Kind! Wenn Sie das darstellen können, gibt es Menschen auf allen Seiten der Finanzierer, die das Projekt mittragen, weil sie mit einem Erfolg rechnen. Es muss aber festgehalten werden, wie der Erfolg aussehen soll. Zahlen erhalten Sie, oder Sie sollten diese selbst vorlegen, wenn Sie nicht an alle Zahlen herankommen, sprechen Sie mit jemandem wie mir, dann bekommen Sie die Zahlen, mit denen sie rechnen können. Aber Sie müssen auch jemanden an Ihrer Seite haben, der rechnet.

Als weitere Frage ist zu beachten:

Gibt es eine politische Interessenlage, wie kann diese ggf. geschaffen werden? Dies gilt nicht nur für die Krankenkassen, sondern auch für Kommunen.

Aus meiner Sicht sind diese drei Dinge wichtig:

Ich arbeite seit fast 30 Jahren im Krankenhausbereich und kenne mich mit dem SGB VIII überhaupt nicht aus. Ich weiß nicht, wie Ihre Leistungsdefinition aussieht. **Gegenseitige inhaltliche Aufklärung ist deshalb unbedingt notwendig!** Wenn Sie dies jemandem wie mir nahebringen wollen, gestalten Sie das einfach. Schreiben Sie vielleicht in den Anhang, welche Paragrafen zugrunde liegen. Wenn man ein gutes Konzept hat, interessiert uns von der Krankenkasse der Paragraf (§ 8a oder 8b SGB VIII) weniger. Man braucht ihn zur rechtlichen Absicherung, aber weniger, um ein Konzept umzusetzen.

Wir reden häufig über Gesundheitshilfe, Gesundheitswesen und Krankenkassen. Ich habe den Eindruck, dass die drei Begriffe wenig gemeinsam haben, wenn man sie nicht auf einen Nenner bringt. Gerade das Gesundheitswesen ist aus unserer Sicht – aus Sicht des Kostenträgers – in der Regel Leistungserbringer.

Auf dieser Tagung bin ich der einzige Vertreter der Krankenkasse. Mein Appell geht dahin, dass Sie versuchen sollten, Menschen wie mich in die Projekte, die Sie initiieren wollen, einzubinden. Das ist nicht so einfach, wie ich festgestellt habe. Aber es ist für Sie wichtig und vor allem für die, die Sie vertreten.

Für uns ist es wichtig, dass alle Vorgänge transparent bleiben – und der Datenschutz muss gewährleistet sein. Vielleicht wird man Mittel und Möglichkeiten finden, den Datenschutz, sei er auch noch so restriktiv an einigen Ecken, überwinden kann, ohne dass jemand Schaden nimmt.

Beim Blick auf die Homepage des AFET dachte ich, dass es viele Beiräte und Projekte gibt, allerdings keine, in die die Krankenkassen einbezogen sind. Meine Anregung wäre an dieser Stelle die **Einrichtung eines Fachprojektes/-beirates „Zusammenarbeit mit den Krankenkassen“** beim AFET.

Nehmen Sie uns mit!

Vielen Dank.

Richtig handeln im Alltag!

Anforderungen an Datenschutz, was sind „Ermessensfragen“, was „dürfen“ Berufsheimnisträger?*

PROF. DR. STEPHAN RIXEN

Lehrstuhl Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht,
Universität Bayreuth

Anhand meines Vortrags möchte ich verdeutlichen, dass das geltende Recht helfen kann, Lösungsansätze zu entwickeln, die die Chancen für richtiges Handeln im Alltag verbessern. Dennoch würde ich die Überschrift nicht nur mit einem Ausrufezeichen, sondern auch mit einem Fragezeichen versehen, denn ich bezweifle, dass sich „richtiges Handeln im Alltag“ tatsächlich restlos juridifizieren lässt – was vielleicht auch gut so ist.

1. Vertraulichkeit, Verantwortung, Verunsicherung: der strafrechtliche Hintergrund

Sie alle, die Sie mit Menschen in schwierigen Situationen zu tun haben, kennen die Gratwanderung einerseits zwischen der Vertraulichkeit, die nötig ist, damit etwas Gutes entstehen kann, und andererseits der Verantwortung dafür, etwas zu unternehmen, wenn es zu Geschehnissen kommt, die nicht einfach stehen bleiben können. Dies wird häufig noch durch eine Verunsicherung verklammert, die zum Teil durch den strafrechtlichen Hintergrund verursacht wird.

Als sich der Gesetzgeber überlegte, ob ein neues Gesetz, vor allem § 4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz), notwendig ist, reagierte er auf Rückmeldungen – nicht zuletzt aus dem Bereich des Gesundheitswesens, aber auch aus anderen Feldern –, die besagten: Wenn eine Entscheidung getroffen werden muss, ob eine Information an das Jugendamt oder eine andere Behörde herausgegeben werden soll, macht uns die strafrechtliche Situation große Sorgen. Dabei geht es vor allem um eine Vorschrift im Strafgesetzbuch (StGB), den § 203 Absatz 1 Nr. 1 StGB. Die Vorschrift lautet:

„Wer **unbefugt** ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis [...], offenbart, das ihm als [...] **Arzt**, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder **Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert**, [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

* Bei dem nachfolgenden Text handelt es sich um die redaktionell bearbeitete Abschrift des mündlichen Vortrags; in die Abschrift wurden die auf den Powerpoint-Folien enthaltenen Texte, die den Vortrag ergänzen, eingearbeitet. Der Stil des mündlichen Vortrags, der sich nicht an ein rechtswissenschaftliches Fachpublikum richtete, wurde beibehalten. Näheres – auch Nachweise – lässt sich folgendem Beitrag entnehmen: Stephan Rixen, Zwischen den Stühlen: Die Inpflichtnahme von „Berufsheimnisträgern“ durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), in: Sozialrecht aktuell (SRa) H. 6/2012, S. 221-231, www.sozialrecht-aktuell.nomos.de/fileadmin/sozialrecht/doc/Aufsatz_SRa_12_06.pdf

Vor allem dieser Paragraf bildet den Hintergrund für die zu Recht empfundene Verunsicherung. Die Regelung wird auf die (etwas altertümlich formuliert) „berufsmäßig tätigen Gehilfen“ (§ 203 Abs. 3 Satz 2 StGB) erstreckt: „Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre **berufsmäßig tätigen Gehilfen** und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind.“ Auch diejenigen, die die im Absatz 1 genannten Berufsgruppen unterstützen, werden demnach von der Vertraulichkeitspflicht erfasst.

Ein erstes Moment der Verunsicherung bildet das Wort „unbefugt“. Man muss hierbei bedenken, dass das Strafrecht in der Regel – wenn es im Gesetz nicht anders formuliert ist – nur das vorsätzliche Handeln unter Strafe stellt (vgl. § 15 StGB). Wann aber erkenne ich, ob ich vorsätzlich handle? Juristinnen und Juristen kennen insoweit den Begriff „Vorsatz“ (vgl. § 15 StGB). Das heißt: etwas wissentlich und willentlich tun (im Einzelnen gibt es hier manche feinsinnigen Differenzierung, was im vorliegenden Rahmen aber nicht weiter interessieren soll). Wenn nicht klar ist, was in tatsächlicher Hinsicht geschieht (sog. Tatbestandsirrtum) oder wie weit ein Verbot reicht (sog. Verbotsirrtum), kann es zu Irrtümern kommen, die den Vorsatz bzw. die Schuld ausschließen können (vgl. §§ 16, 17 StGB); beim Verbotsirrtum (§ 17 StGB) liegen dafür die Hürden allerdings recht hoch (auch insoweit wäre von vielen Feinheiten zu berichten, was aber für unsere Zwecke nicht nötig erscheint). Vereinfacht ausgedrückt heißt das: All das, was jemand, der in Milieus, die zum gesellschaftlichen „mainstream“ gehören, sozialisiert worden ist, als naheliegende Wertung unterstellt, wird hier als „normal“ bzw. bekannt unterstellt. Es ist dann, mit anderen Worten, vom Vorsatz erfasst und kann nicht zu Irrtümern führen.

Wenn es zu Irrtümern kommt, kann das bedeuten, dass Strafflosigkeit die Folge ist. Im deutschen Strafrecht entsteht bei fehlendem Vorsatz hinsichtlich der Tatsachen (vgl. § 16 StGB) nicht zwingend eine Strafbarkeit wegen fahrlässigen Verhaltens, sondern dies kann – wie bei § 203 StGB – zur Strafflosigkeit führen, denn der fahrlässige Bruch der Vertraulichkeit ist nicht ausdrücklich unter Strafe gestellt (vgl. § 15 StGB).

Das wird vor allem mit Blick auf das Wort „unbefugt“ zum Problem. Dieses Problem hat den Gesetzgeber animiert, tätig zu werden. „Unbefugt“ bedeutet, dass die Vertraulichkeitspflicht, die ein starkes Moment des Ethos gerade der Gesundheitsberufe darstellt, im Einzelfall auch durchbrochen werden darf. Dafür gibt es bestimmte Offenbarungsbefugnisse, die dazu „befugen“, es also erlauben, das Vertraulichkeitsgebot zu durchbrechen. Vor dem Inkrafttreten des § 4 KKG mussten diese Durchbrechungen der Vertraulichkeit durch eine sehr allgemein gefasste Vorschrift des StGB gerechtfertigt werden:

§ 34 StGB (Rechtfertigender Notstand):

„Wer in einer **gegenwärtigen**, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei **Abwägung** der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte **wesentlich** überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein **angemessenes** Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

Man muss nicht Jura studiert zu haben, um zu sehen, dass diese Aneinanderreihung von vagen Begrifflichkeiten zu Problemen führt. Um diese Probleme zu vermeiden, schafft der Gesetzgeber nicht selten spezialgesetzliche Offenbarungsbefugnisse außerhalb des StGB. Diese gibt es an vielen Stellen der Rechtsordnung, auch in dem neuen § 4 KKG.

2. Weniger Verunsicherung durch § 4 KKG?

Mit § 4 KKG sollte die Vagheit des § 203 StGB und vor allem die Unbestimmtheit der Begrifflichkeit in § 34 StGB reduziert werden. Das Ziel des KKG ist laut Gesetzesbegründung: Der „aktive Kinderschutz“ soll durch die Inpflichtnahme von „kind- und jugendnah beschäftigten Berufsgeheimnisträgern“ verbessert werden. Aktiver Kinderschutz wird verbessert, indem eine Offenbarungsbefugnis geschaffen wird, die besser und eindeutiger ist als die vorher bestehende Regelung und die alle erfassen soll, die kind- und jugendnah beschäftigt und dort Berufsgeheimnisträger sind.

Der § 4 KKG bezieht sich nicht nur auf Berufe des Gesundheitswesens, sondern umfasst eine Fülle an Berufen, wie Psychologen und staatlich anerkannte Sozialpädagogen. Aber die Bestimmung ist relativ „löchrig“ bzw. fragmentarisch, denn viele Berufe werden nicht erfasst, zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher. Weitere Bereiche, etwa manche kirchliche Berufe oder auch Berufe im Assistenzbereich, werden ebenfalls nicht erfasst. Das Ziel des Gesetzgebers, den aktiven Kinderschutz im Hinblick auf all diejenigen zu verbessern, die kind- und jugendnah tätig sind, ist sehr zu begrüßen. Aber leider werden nicht *alle* kind- und jugendnah Beschäftigten von dieser Vorschrift erfasst. Das bedeutet, dass für diese Berufe die Probleme, die ich skizziert habe (insbesondere die Anwendung des § 34 StGB), weiter bestehen bleiben. Insofern sollten Sie, die Sie jeden Tag mit solchen Problemen konfrontiert werden und die Sie auch über Ihre Verbände vielleicht auf den politischen Betrieb Einfluss nehmen können, darauf hinwirken, dass der Gesetzgeber seine Regelungsabsicht wirklich ernst nimmt und alle kind- und jugendnah tätigen Berufe erfasst, damit das, was das Gesetz bewirken will, optimal umgesetzt werden kann.

§ 4 KKG enthält verschiedene Regelungen, die aufeinander aufbauen:

§ 4 Absatz 1 Nr. 1 KKG – *erste Stufe* –

„Werden [...] Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, [...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so **sollen** sie mit dem Kind oder Jugendlichen **und** den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, **soweit erforderlich**, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen **hinwirken**, **soweit** hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“

Schon aus Zeitgründen können wir heute nicht jedes Problem dieser Regelung genauer betrachten. Man kann sich etwa die Frage stellen, wie sinnvoll es ist, dass auch Ärztinnen und Ärzte erfasst werden, die keinen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen haben (z. B. Laboratoriumsmedizin). Man kann sich auch fragen, warum Zahnärzte nicht erfasst werden oder auch Tierärzte nicht, denn auch sie haben durchaus beruflichen Kontakt zu

Kindern; ihnen könnten also Unregelmäßigkeiten, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten, auffallen. Und warum sind Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker nicht erfasst? Es handelt sich um einen Beruf, für den keine staatlich geregelte Ausbildung besteht (vgl. den Wortlaut des § 4 Absatz 1 Nr. 1 KKG), aber beruflichen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen werden Heilpraktiker und Heilpraktikerinnen häufig haben. Dass Ärztinnen und Ärzte genannt werden, unterstreicht ihre wichtige Rolle bei der Gesundheitsversorgung. § 4 KKG ist im Zuge des großen Projektes entstanden, die „Frühen Hilfen“ zu verbessern; daher werden auch die Hebammen explizit genannt.

Wird den genannten Berufen etwas bekannt, „sollen“ sie... Das Wort „sollen“ ist aus juristischer Sicht ein Problemwort, weil damit gemeint ist: „müssen im Regelfall“, außer bei atypischen Ausnahmefällen (womit sich die nicht leicht zu beantwortende Frage stellt, was ein atypischer Ausnahmefall ist). Das Wort „sollen“ ist in das Gesetz aufgenommen worden, weil eine strikte Pflicht nicht normiert werden sollte. Man wollte es etwas „weicher“ formulieren, gleichzeitig aber auch klarstellen, dass es sich nicht um eine pure Empfehlung handelt. Im deutschen Recht ist das Wort „soll“ nicht immer klar, aber überwiegend – gerade im Verwaltungsrecht – heißt „sollen“ im Regelfall immer „müssen“, was schwierige Fragen aufwirft, die sich letztlich nicht rein juristisch beantworten lassen, weil es um Konstellationen geht, die von fachlichen Einschätzungen geprägt ist.

Die Gesundheitsberufe, allen voran die Ärzte, „sollen [...] die Situation erörtern“. Jede Berufsgruppe, die in der Vorschrift genannt wird – unabhängig davon, ob die kommunikative Kompetenz besteht, Elterngespräche oder Gespräche mit Kindern und Jugendlichen zu führen – wird in die Pflicht genommen. Das Gesetz unterstellt, dass die Gesprächsführungskompetenzen vorhanden sind. Die Gesundheitsberufe „sollen“ auch auf die Inanspruchnahme von Hilfen „hinwirken“. Das setzt voraus, dass bei den betroffenen Gesundheitsberufen ein Wissen darüber besteht, was die angemessenen Hilfen sein können, die ja nicht nur im Gesundheitswesen erbracht werden, sondern in ganz anderen Feldern angeboten werden, insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe.

Wie anspruchsvoll das Gesetz ist, zeigt sich in der weiteren Formulierung des § 4 Absatz 1 Nr. 1 KKG. Es ist erfreulich zu sehen, welche – über die spezifische fachliche Expertise hinausgehende – Kompetenz das Gesetz den angesprochenen Berufsgruppen zutraut. Gleichzeitig zeigt die Norm aber auch, dass sehr viel verlangt wird: „soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“ Das heißt: Auch hier müssen Gesundheitsberufe über die Kompetenz verfügen einzuschätzen, was in einer bestimmten Situation nutzt und was nicht, und zwar auch, soweit es um Hilfsangebote außerhalb des Gesundheitswesens geht. Das halte ich für eine sehr anspruchsvolle Unterstellung des Gesetzes.

Die erste Stufe wird durch Regelungen im Absatz 2 ergänzt:

§ 4 Abs. 2 KKG – **Ergänzung der ersten Stufe** –

„Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine **insoweit erfahrene Fachkraft**. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.“

Das Recht auf Beratung ist sehr vernünftig, setzt aber voraus, dass ich a) darüber Bescheid weiß und mir b) etwas davon erhoffe. Die jüngsten Studien, die das Deutsche Jugendinstitut (DJI) vor allem innerhalb der Berufe des Gesundheitswesens durchführte, werfen darüber einige Zweifel auf – dazu noch sogleich.

Der ersten Stufe des § 4 KKG schließt sich eine zweite Stufe an, die wiederum das verstärkt, was wir bereits aus der ersten Stufe kennen, nämlich dass sehr anspruchsvoll gedacht wird – insbesondere von den Vertreter/innen der Gesundheitsberufe – und dort Kompetenzen unterstellt werden, die nicht immer zwingend vorhanden sind bzw. deren Wahrnehmung sich nicht jede/r zutraut.

§ 4 Abs. 3 KKG – **zweite Stufe** –

„**Scheidet** eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 **aus oder** ist ein Vorgehen nach Absatz 1 **erfolglos und** halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für **erforderlich**, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie **befugt**, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, **es sei denn**, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 **befugt**, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

Die Berufsgeheimnisträger haben zunächst einzuschätzen, ob eine Abwendung der Gefährdung ausscheidet und ob das Jugendamt tätig werden muss. Sie sind befugt, das Jugendamt zu informieren, aber nicht dazu verpflichtet. Diese Befugnis kann mit Blick auf das Verhältnis von Bundes- und Landesrecht zu Problemen führen, weil die Bestimmungen auf Bundes- und Landesebene nicht widerspruchsfrei sind; ich komme darauf am Ende meiner Überlegungen noch zurück. Entscheidend ist, dass die Teilregelungen des § 4 KKG zwar die Vagheit des alten § 34 StGB etwas reduzieren, weil sie das Vorgehen besser strukturieren. Gleichzeitig wird aber die bessere Strukturierung durch neue unbestimmte Begrifflichkeiten erkauft, die wiederum die Last des fachlich kompetenten Handelns auf diejenigen verschieben, an die sich die Norm wendet. Das wird ein wenig durch die Vorschrift § 4 Absatz 2 KKG abgemildert, aber letztlich wird von Seiten des Gesetzgebers sehr viel auf die Berufe selbst abgewälzt, ohne sich möglicherweise genügend darum zu kümmern, wie diese Kompetenzen, die eine sinnvolle Anwendung der Normen erst ermöglichen, entwickelt werden können.

Bis Ende des Jahres 2015 musste eine erste Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) vorliegen, dessen Teil das KKG ist. Obwohl die einzelnen Studien methodisch sehr anspruchsvoll sind und der konzeptionelle Gesamtzusammenhang beachtet werden muss, möchte ich auf einige Ergebnisse aus dieser Evaluation hinweisen. Es gab quantitative und qualitative Teilstudien. Unter anderem wurden Ärztinnen und Ärzte aus dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) befragt. Hierzu einige Hinweise und in Klammern einige Erläuterungen bzw. Deutungen:

Bericht der Bundesregierung: Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes, BT-Drucks. 18/7100 v. 17.12.2015, S. 55 f.:

- Mitglieder des BVKJ, die die Regelung zur Datenweitergabe im BKisSchG kennen, beurteilen diese jeweils zu 50 Prozent als ausreichend klar und zu 50 Prozent als nicht ausreichend klar.

(Die unterschiedliche Bewertung hängt davon ab, wer welche Erfahrungen gemacht hat. Diejenigen, die bereits Routinen kennen, können dieses Gesetz viel besser anwenden als diejenigen, die sich zum ersten Mal plötzlich in so einer Situation befinden. Das belegen die detaillierten Befragungen im Rahmen dieser Teilstudie.)

- 47 Prozent der BVKJ-Mitglieder mit Kenntnis der Regelung bewerten die rechtlichen Möglichkeiten zur Datenweitergabe als umfassend genug. 53 Prozent widersprechen dieser Aussage. (Auch hier findet sich eine breite Streuung der Bewertung und wiederum ist der persönliche Erfahrungshintergrund entscheidend.)
- Über alle Altersgruppen beträgt der Anteil von Einschätzungen aufgrund von Meldungen des Gesundheitssystems mit dem Ergebnis einer akuten oder latenten Kindeswohlgefährdung insgesamt 34 Prozent, während der Anteil von „Fehlmeldungen“ bei 38 Prozent liegt.
(Auch das ist keine besonders erfreuliche Information. Sie zeigt, dass das Gesetz offenbar nur einen sehr vagen Rahmen bieten kann, in dem sich nun die Frage stellt, wie in diesem Rahmen fachlich verantwortlich Handlungsabläufe entwickelt werden können.)

Es hilft m. E. gerade bei sozialrechtlichen Gesetzen – sowohl beim Kinder- und Jugendhilfegesetz als auch bei sozialrechtlichen Gesetzen, die das Gesundheitswesen betreffen –, sich klar zu machen, dass der Gesetzgeber nicht nach dem Prinzip „command and control“ in solche Lebensbereiche hineinregieren darf. Das liegt daran, dass diese Bereiche eine hohe Eigenlogik besitzen. Die Kinder- und Jugendhilfe lässt sich nicht hochdirektiv durch Gesetze steuern, schon nach dem Selbstverständnis der Berufe geht das nicht. Das gilt selbstverständlich auch für die Gesundheitsberufe. Das heißt, der Gesetzgeber kann in vielen Bereichen eigentlich nur das tun, was in der Verwaltungswissenschaft „Kontextsteuerung“ genannt wird. Er kann bestimmte Rahmenbedingungen verändern, aber er kann nicht punktgenau steuern, dass sich etwas verändert. Er kann fachliche Selbstvergewisserung einfordern und so Verhaltensänderungen der Akteure im Feld ermöglichen. Das ist eine indirekte, „weiche“ Steuerung, die auf der fachlichen Expertise der sozialen Berufe und der Gesundheitsberufe aufbaut und sie einfordert.

Eine weitere Studie des Deutschen Jugendinstituts stellt die Wirkungen des § 4 KKG (als Teil des BKiSchG) mit Blick auf das Gesundheitswesen noch einmal vertieft dar. Auch hierzu einige Hinweise sowie Erläuterungen und Deutungen.

Vgl. Bianca Bertsch (DJI), *Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen. Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen*, www.dji.de, 2016, S. 68 ff.:

- Es lässt sich feststellen, „dass die Regelungen des § 4 KKG bei Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens sowohl zu einer Erhöhung oder zumindest Stärkung der Handlungs- und Rechtssicherheit beitragen als auch Verunsicherungen auslösen“ (S. 68).
- Verunsicherungen entstehen bei den Akteurinnen und Akteuren durch die gesetzlichen Regelungen insbesondere dann, wenn diese von ihnen veränderte Denk- und Handlungsweisen verlangen. (An den Stellen, an denen eine Kenntnis des Gesundheitswesens über den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe vorhanden ist – das be-

trifft auch die andere Sprache und Denkweise –, ist das Handeln wesentlich leichter. Muss man dies erst einmal kennenlernen, wird das Gesetz auch als Hindernis empfunden.)

- Es fehlen Handlungs- bzw. Praxisempfehlungen (und entsprechende Fortbildung) insbesondere mit Blick auf das Elterngespräch, den Kontakt zum Jugendamt (insbesondere die Rolle der „insoweit erfahrenen Fachkraft“), die unterschiedliche „Sprache“ von Gesundheitswesen und KiJuHi. (Wir brauchen Handlungs- und Praxisempfehlungen, die mehr tun, als nur das Gesetz wiederzugeben. Wir kennen das aus dem Bereich des § 8a SGB VIII, wo wir über hunderte Leitlinien und Leitfäden verfügen, die nach meinem Eindruck manchmal sehr gelungen sind, manchmal aber nicht sehr praxisorientiert versuchen, die Normen, um die es geht, lebbar zu machen.)
- Verunsicherung: Sie ist weniger ein Problem der gesetzlichen Vorschriften als der praxisgerechten Passung und Vermittlung (dessen, was das Gesetz letztlich nicht regeln kann).

Der Gesetzgeber kann, wie gesagt, einen Rahmen liefern. Wie dieser fachlich klug ausgefüllt wird, kann juristisch nicht geregelt, sondern nur ermöglicht werden. Durch solche Normen können nur Prozesse der fachlichen Verständigung und Selbstvergewisserung angeregt werden; ich betone das, weil das ganz zentral ist. Das widerspricht manchen vorherrschenden Bildern vom Recht, die Sie aus anderen Bereichen kennen und die dort auch richtig oder zumindest verbreitet sind. Aber in den Bereichen, um die es hier geht – Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen – kann das Recht häufig nicht mehr tun, als – immerhin – die Selbstverständigungsprozesse der jeweils betroffenen Felder zu verstärken.

3. Bleibende Herausforderungen – auch für die Gesundheitsberufe

Wenn es um die bleibenden Herausforderungen geht, liegen drei Aspekte zum Teil auf der Hand, zum Teil haben sie einen genaueren Blick verdient.

Handlungsempfehlungen (Best practice-Modelle):

Der Ruf nach Handlungsempfehlungen und auch nach Best-Practice-Modellen ist immer sinnvoll. Beides hilft, ein Gesetz lebendig zu machen, hilft, Ideen dazu zu entwickeln, wie das Gesetz vernünftig anzuwenden ist. Das Gesetz schafft einen Ermöglichungsrahmen, in dem fachliche Lösungen entwickelt werden können. Das Gesetz kann Impulse dafür geben, dass sich die unterschiedlichen Handlungsfelder wie Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen aufeinander zubewegen.

Das geschieht – wie wir aus anderen Feldern des Kinderschutzes, insbesondere aus dem Bereich der Kinderwohlgefährdungs-Einschätzung wissen – auf zweifache Weise. Man kann zunächst „bottom up“ – von unten her, von der Praxis her – tätig werden und interdisziplinär bzw. interprofessionell versuchen, Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

- Beispiel „bottom up“: Ein ärztlicher Berufsverband setzt eine interdisziplinäre AG ein, die Handlungsempfehlungen (Leitlinien und Beispiele) erarbeitet. Dies geschieht unter Beteiligung der Landesjugendämter, auch der Bundesarbeitsgemein-

schaft der Landesjugendämter, die bereits sehr viel auf diesem Gebiet tun. Deren Expertise sollte unbedingt abgerufen werden. Aus pragmatischen Gründen, um solchen Leitlinien bei den Entscheidern im Justizsystem ein besonderes Gewicht zu verleihen, kann ich nur empfehlen, dass in Gremien, die Handlungsempfehlungen erarbeiten, ehemalige oder amtierende Richter/innen bzw. Staatsanwältinnen bzw. Staatsanwälte mitarbeiten. Das erhöht die faktische Anerkennung insbesondere bei Justizbehörden im Fall des Falles enorm.

Der zweite mögliche Ansatz ist der „top down“-Ansatz, der auch ergänzend zum „bottom up“-Ansatz funktionieren kann. Ich selbst bin z. B. im Fachausschuss für Jugend und Familie im „Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge“ tätig. Der „Deutsche Verein“ – sozusagen der „Dachverband der Dachverbände“ für den Sozial- und Jugendbereich – versucht, die unterschiedlichen Perspektiven zu bündeln.

- Beispiel „top down“: Man könnte versuchen, eine interdisziplinäre AG von „Deutschem Verein für öffentliche und private Fürsorge“ und Bundesärztekammer oder einer großen Ärztekammer einzurichten, die Handlungsempfehlungen erarbeitet, die über reine Checklisten hinausgehen.

Pragmatische Eingrenzung der strafrechtlichen Sorgen

Handlungsempfehlungen dienen nicht zuletzt dazu, die strafrechtlichen Sorgen einzugrenzen. Diese sind durchaus ernst zu nehmen. Selbst wenn viele Strafverfahren nicht zu einer Verurteilung führen, führen sie doch zu einer massiven Belastung. Wenn einmal im Raum steht, dass das Gesundheitswesen es mit der Vertraulichkeit nicht so ernst nimmt, ist das für die Reputation des jeweiligen Berufsträgers fatal. Insofern stellt sich die Frage, wie sich diese nachvollziehbare Sorge, kriminalisiert zu werden, eingrenzen lässt. Wenn Handlungsempfehlungen vorliegen, die den Rahmen des Gesetzes fachlich gut ausfüllen, kann man sich guten Gewissens darauf berufen. Die Staatsanwälte, die entsprechende Vorwürfe überprüfen, nehmen das zur Kenntnis und prüfen natürlich nach, ob es sich um fachlich nachvollziehbare Handlungsempfehlungen handelt, die im Rahmen des Gesetzes verbleiben. Auf diese Weise lässt sich jedenfalls mit der Sorge vor strafrechtlichen Problemen relativ gut umgehen.

Das zeigt noch einmal: Allein das Gesetz ist wenig hilfreich, wir brauchen die Operationalisierung unterhalb des Gesetzestextes. Darum sind gut ausgearbeitete Handlungsempfehlungen sehr wichtig, nicht nur, weil sie die Tätigkeit des Einzelnen besser steuern, sondern weil sie auch ganz pragmatisch die Sorge vor dem Strafrecht begrenzen.

Unklares Verhältnis von Bundes- und Landesrecht

Es gibt vielfältige Aspekte, die – rein juristisch betrachtet – die gegenwärtige Regelung des § 4 KKG fragwürdig machen. Einige wurden bereits angesprochen, zum Beispiel, dass einige Berufe nicht erfasst werden. Ein weiteres Problem besteht darin (ich habe es bereits angedeutet), dass in manchen Bundesländern Regelungen gelten, die dem § 4 KKG widersprechen (Beispiel: Art. 14 Abs. 6 Bayerisches Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG):

„Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger **sind verpflichtet**, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.“

Das heißt, der Begriff „sollen“ in § 4 KKG wird auf Landesebene durch eine strikte Verpflichtung ersetzt. Auch andere Bundesländer haben ähnliche Formulierungen. Das schafft neue Unsicherheit. Dies muss der Bund im Verhältnis zu den Ländern klären, damit gelingen kann, was für mich das Wichtigste ist: dass § 4 KKG einen Rahmen bildet, der fachlich sinnvolle Handlungsabläufe effektiv ermöglicht.

Richtig handeln im Alltag! Anforderungen an Datenschutz, was sind „Ermessensfragen“, was „dürfen“ Berufsgeheimnisträger?

DR. MED. DIPL.-PSYCH. INGO MENRATH

Assistenzarzt, Pädiater, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Mein Vortrag soll sich in erster Linie auf den Kinderschutz beziehen.

Geschichte des medizinischen Kinderschutzes:

- Bereits 900 n. Chr. beschreibt der persischer Arzt Rhazes Gewalt gegen Kinder,
- 1684 Genfer Arzt Bonet: Kopfverletzungen bei Kindern durch Erwachsene,
- **C. Henry Kempe 1961: Begründer des modernen medizinischen Kinderschutzes. The Battered Child Syndrome,**
- **Shaken-Baby-Syndrome: britischer Neurochirurg Norman Guthkelch 1971,**
- **1977: britischer Kinderarzt Roy Meadow: Münchhausen Syndrome by proxy,**
- 1983/1986 Gründung ärztlicher Beratungsstellen gegen Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen in Essen und Düsseldorf,
- 1986 Monatszeitschrift Kinderheilkunde: Übersichtsarbeiten,
- 1992: Leitlinien der Deutschen Bundesärztekammer („Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht“),
- In letzten Jahren zunehmendes klinisch-medizinisches Engagement.

Das 20. Jahrhundert ist von einigen Errungenschaften im Bereich des Kinderschutzes geprägt. In der Monatszeitschrift für Kinderheilkunde – *die* Fachzeitschrift für uns Kinderärzte in Deutschland – gab es 1986 zum ersten Mal große Übersichtsarbeiten zu dem Thema „Kindesmisshandlung“.

Vor allem C. Henry Kempe (1922 – 1984) hat die Thematik der Kindesmisshandlung in der Kinder- und Jugendmedizin vorangetrieben.

Es freut mich, dass das Thema „Kinderschutz“ und „Schutz von Kindern vor Gewalt“ immer mehr Einzug erhält. Beispielhaft sollen hier die **Prioritäten der europäischen Strategie für Kinder- und Jugendgesundheit** genannt werden:

- das Leben der Kinder sichtbar zu machen,
- die unvollendete Agenda für vermeidbare Todesfälle und Infektionskrankheiten weiter anzugehen,
- Umgestaltung des Regierungshandelns (Governance) für Kinder- und Jugendgesundheit,
- Unterstützung der frühkindlichen Entwicklung,

- Unterstützung des Wachstums in der Pubertät,
- **Verringerung der Gewaltexposition und Verschieben gesellschaftlicher Ansätze aus der Strafjustiz auf präventive und therapeutische Leistungen,**
- Gesundheitsschutz und Risikoverringerung,
- das Erreichen einer tabakfreien Jahrtausend-Generation,
- Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung,
- die Bekämpfung von Depressionen und anderer psychischer Problemen in der Pubertät,
- der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Umweltrisiken.

Insbesondere der hervorgehobene Gesichtspunkt stellt den Auftrag für die nächsten fünf Jahre dar.

Richtig handeln im Alltag! Was bedeutet das für mich als Arzt?

Die Berufsordnung der Bundesärztekammer regelt im § 1 die Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte, darin u. a. im Absatz 1: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“ Im Absatz 2 heißt es: „Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen.“

Das ist wohl jedem verständlich und jedem klar.

Mit welchen Formen der Kindesmisshandlung wir Kinderärzte häufig konfrontiert werden, machen einige **Beispiele aus der Praxis** deutlich. Mitunter kommen Eltern mit ihrem Kind zu uns und erzählen uns die haarsträubendsten Geschichten, wie es zu den Verletzungen kam, die aber zu den Verletzungsformen nicht passen. Hier sind Kinderschutz und ärztliches Handeln gefragt und wir sind beauftragt, Dinge zu erkennen und einzuordnen.

Für das Handeln des Arztes gibt es in solchen Fällen wenig Spielraum. Leider gibt es auch Fälle, in denen die Kinder über Jahre hinweg von verschiedenen Menschen im Gesundheitssystem gesehen wurden, aber niemand die teilweise eindeutigen Anzeichen von körperlicher Misshandlung auch als solche identifizierte, wie beispielsweise ein sieben Jahre altes Mädchen mit mehreren Hämatomen im Gesicht. Ein achtjähriger Junge war bei uns vor kurzem in unserer Klinik. Er wies massive Einblutungen im Gesicht und auch in der Bindehaut auf. Das sind derart massive Einblutungen, dass ein Gerichtsmediziner sie als potenziell tödlich einschätzt. Es stellt sich die Frage, warum so ein Kind so lange warten muss, bis es die richtige Hilfe bekommt.

Bei einem Kind, das geschüttelt worden ist, finden sich im Gehirn folgenschwere Verletzungen (**Abbildung 1**):

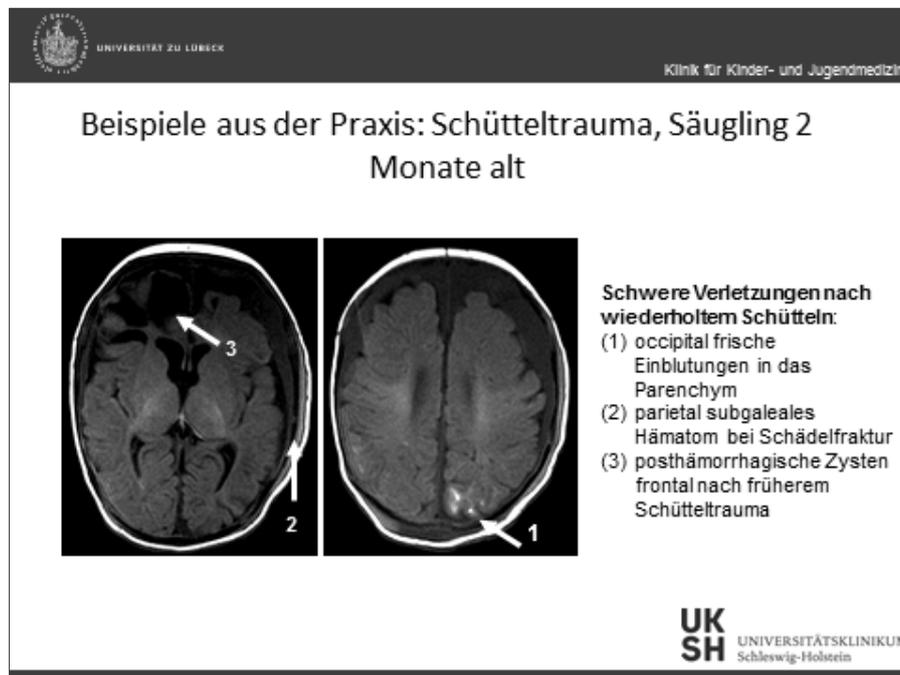


Abbildung 1

Im vorderen Bereich des Gehirns ist es zu einer schweren Schädigung des Gehirns mit im Verlauf zystischen Veränderungen gekommen. Dieses Kind ist im Verlauf schwerstbehindert und wird sein Leben lang an diesen Folgen leiden.

Kinderschutz bedeutet aber nicht nur die Behandlung massiver und offensichtlicher Anzeichen von Verletzungen. Daher braucht man viel Erfahrung und sehr viel Expertise, um richtig handeln zu können.

Durch gewalttätiges Füttern können Einblutungen der Unterlippe entstehen. Das ist natürlich nur zu erkennen, wenn man danach schaut und die Symptome richtig einordnen kann. Schwerste Form der Karies sind ebenfalls Kinderschutzfälle. Schwerste Form der Karies bedeutet, dass die Kinder eine Narkose brauchen, viele Zähne gezogen werden müssen und sehr viele Konsequenzen daraus entstehen. Das ist aus meiner Sicht eine Form der schweren Vernachlässigung.

Subtilere Formen der Misshandlung oder Formen, die häufig nicht angesprochen werden, werden viel zu wenig berücksichtigt. Zum Beispiel werden die Formen häuslicher Gewalt im kinderärztlichen Bereich viel zu wenig gesehen und es wird nicht ausreichend berücksichtigt, dass die Folgen für die Kinder und Jugendliche massiv sind.

Anforderungen an den Datenschutz

Das **Bundeskinderschutzgesetz** enthält u. a. eine Bestimmung über die **Befugnisnorm für Berufsheimnisträger zur Informationsweitergabe an das Jugendamt**:

„Häufig ist eine Kindeswohlgefährdung für Ärzte oder andere so genannten Berufsheimnisträger als erste erkennbar. Das Gesetz bietet erstmals eine klare Regelung, die einerseits die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient schützt, andererseits aber auch die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt ermöglicht.“

Dieser Satz spiegelt das wider, was meine tägliche Arbeit bedeutet. Was aber bedeutet das konkret hinsichtlich der Kooperation und Informationsweitergabe im Bereich Kinder- und Jugendliche?

Ziel des Bundeskinderschutzgesetzes war es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern. Das ist ein sehr hohes Ziel, das ich nur unterstützen kann.

Im **Artikel 1 § 4 KKG**: Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung heißt es:

„(1) Werden... Ärztinnen oder Ärzten,... in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die **Situation erörtern** und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten **auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken**, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“

Die Situation mit der Familie zu erörtern, ist ein Schritt, der auf gar keinen Fall unterlassen werden darf und der auch dokumentiert werden muss. Außerdem ist es unerlässlich, auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken. Ich kann diesen Schritt nicht mit der Begründung umgehen, dass die Eltern diesen Hinweisen ohnehin nicht folgen würden, und nicht einfach selbst entscheiden, das Jugendamt sofort zu informieren. Eine Ausnahme ergibt sich dadurch, dass der wirksame Schutz des Kindes damit in Frage gestellt wird. Das ist die Grundlage für jede weitere Handlung. Habe ich das Gefühl, etwas anzusprechen und damit das Wohl des Kindes erheblich zu gefährden, kann ich diesen Schritt umgehen.

„(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe **Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft**. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.“

Den Anspruch auf Beratung halte ich für sehr wichtig. Wir wissen es nicht nur aus dem Kinderschutz, sondern auch bei anderen Themen, dass es wichtig ist, sich Beratung zu holen. Es gibt sicherlich viele Dinge, die man nicht weiß, vor allem, wenn man neu in einen Beruf einsteigt. Daher muss man sich an kompetente Kollegen wenden und sie fragen.

Zum Beispiel kam in den ersten Tagen als Kinderarzt ein aus Osteuropa stammender Vater mit seinem Sohn zu mir, der eine schwere Lungenentzündung hatte. Bei der Untersuchung des Kindes sah ich auf dem Rücken etliche rote Striemen. Diese hielt ich natürlich für einen Fall von Kindesmisshandlung. Heute bin ich froh, dass ich eine Kollegin hinzuzog, bevor ich das Jugendamt einschaltete. Die Kollegin sah sich das Kind zusammen mit mir noch einmal in der Nähe des Fensters an und wir bemerkten, dass die Striemen nicht nur horizontal den Rücken bedeckten, sondern auch vertikal und somit ein Schachbrettmuster bildeten. Die Kollegin hatte kurz zuvor ein Praktikum in Osteuropa absolviert und erklärte mir, dass es dort gang und gäbe wäre, die Kinder mit Jod in Schachmusterform einzureiben, weil damit eine Wärme entstehen soll, die nach Ansicht der Eltern die Lungenentzündung heilen könnte. Der Vater bestätigte das. Ich war zufrieden, dass ich nicht voreilig gehandelt hatte. Es passte sonst alles zu meinem Verdacht, sein Auftreten und sein etwas schroffes Verhalten gegenüber dem Kind. Daher ist die Beratung ein sehr wichtiger Punkt, da man nicht alles weiß.

„(3) Scheidet eine Abwendung der **Gefährdung** nach Absatz 1 aus **oder** ist ein **Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und** halten die in Absatz 1 genannten Personen ein **Tätigwerden des Jugendamtes** für **erforderlich**, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, **so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, das damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.** Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

Wenn ich als Kinderarzt merke, dass das bisherige Vorgehen erfolglos bleibt, und wenn ich weiterhin davon ausgehe, dass das Tätigwerden des Jugendamtes erforderlich ist, bin ich befugt, das Jugendamt zu informieren. Genauso muss das Vorgehen aus meiner Sicht in der Praxis sein. Wichtig ist wiederum, dass die Familie vorab darauf hinzuweisen ist, dass das Jugendamt eingeschaltet wird. Das ist der wichtigste Schritt, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass die Eltern nach einem solchen Hinweis häufig selbst zum Jugendamt gegangen sind. Auch hier darf das Kind nicht dadurch gefährdet werden, dass ich die Eltern über die Information des Jugendamtes informiere.

Fallbeispiele

Beispiel 1 ist ganz aktuell und bezieht sich auf einen elf Jahre alten, kurdischen Jungen mit einer Platzwunde am Kopf, der am Wochenende in unsere Notfallambulanz kam und chirurgisch behandelt werden musste. Die Mutter war gleichzeitig in unserer Klinik, sie hatte eine Prellung am linken Arm und eine Platzwunde an der Oberlippe. Der Junge und seine Mutter wurden gefragt, was passiert sei. Der Junge erzählte, er wäre wach geworden, hätte einen massiven Streit der Eltern gehört und wäre dann mit dem Kopf an den Türrahmen gestoßen. Das klang insoweit plausibel und stimmte mit dem Verletzungsmuster des Kopfes überein. Die Mutter bestätigte unseren Verdacht auf häusliche Gewalt, betonte aber, dass sich die Gewalt immer nur gegen sie richten würde, niemals jedoch gegen die Kinder. Der Mutter wurde empfohlen, sich Hilfe zu holen. Dies lehnte sie aber kategorisch ab. Ich wurde hinzugezogen und sprach mit der Mutter.

Zunächst klärten wir die Mutter darüber auf, dass es für die Kinder schädlich ist, wenn sie Gewalt miterleben. Auch wenn sie selbst nicht betroffen sind, sondern nur die Gewalt gegen sie mitbekommen, stelle das eine schwere Gefährdung für die weitere Entwicklung des Kindes dar. Der Junge war auf eigenen Wunsch bei diesem Gespräch anwesend und hörte zu. Auch ihm erklärten wir das Problem. Danach wiederholten wir unsere Empfehlung zur Inanspruchnahme von Hilfe. Auch diesmal lehnte sie ab. Wir gaben ihr die entsprechenden Informationen und überließen ihr die Entscheidung, ob sie sich die Hilfe für sich holt oder nicht.

Nicht ganz ihre Entscheidung war die weitere Einschätzung des Kindes und wie es mit dem Kind weitergeht. Darüber informierten wir die Mutter ebenfalls. Wir machten deutlich, dass das, was sie für sich tut, ihre Entscheidung wäre. Aber was sie im Hinblick auf das Kind tut, wäre nicht nur ihre Entscheidung. Weil wir eine Kinderklinik wären und nicht mit ihr nach Hause fahren und auch nicht in drei Wochen bei ihr zu Hause nachsehen könnten, wären wir nicht in der Lage, die Situation einzuschätzen. Daher müssten wir jemanden hinzuholen, der das einschätzen kann. Und das wäre das Jugendamt. Das wollte die Mutter auf gar keinen Fall. Nun mussten wir ein wenig deutlicher werden und ihr mitteilen, dass das keine Frage wäre, sondern eine Feststellung. Es ist in solchen Fällen allerdings wichtig, dass man die Tür ein wenig offen lässt. Wir einigten uns letztlich darauf, dass sie sich nach drei Tagen beim Jugendamt meldet und uns die Rückmeldung über das Jugendamt zukommen lassen müsse, dass sie tatsächlich dort gewesen ist. Wenn nicht, würde nach drei Tagen die Meldung an das Jugendamt durch uns erfolgen. Das wurde auch so dokumentiert.

Der Ausgang des **Beispiels 2** ist aus meiner Sicht vielleicht nicht ganz so erfreulich, zeigt aber einen typischen Fall aus unserer täglichen Arbeit. In unserem Sozialpädiatrischen Zentrum waren zwei Brüder im Alter von fünf und acht Jahren wegen Verhaltensauffälligkeiten in Behandlung. Die Kinder lebten beim Vater, die Mutter war schwer psychisch erkrankt. An die Kollegin des SPZ, die die Kinder betreute, wandten sich telefonisch die Großeltern mütterlicherseits und gaben an, dass diese Kinder zu Hause misshandelt werden. Die Großeltern waren dabei sehr aufgebracht und fordernd. Sie erklärten, dass sie das schon häufig gemeldet hätten, auch beim Jugendamt, und stets zur Antwort bekämen, dass sie sich nur melden würden, weil sie nicht damit zurechtkämen, dass die Kinder beim Vater leben und nicht bei ihrer Tochter. Wir notierten die Meldung. Unabhängig davon wurde vom Kindergarten uns gegenüber ebenfalls dieser Verdacht geäußert. Wir stellten uns nun die Frage, wie wir als Geheimnisträger nun damit umgehen sollten.

Wir holten uns zunächst eine pseudoanonymisierte Fachberatung beim Kinderschutzzentrum. Die Kollegin kam zu uns in die Klinik und wir unterhielten uns darüber, wie diese die Situation einschätzt und wie wir weiter vorgehen könnten. Wir wollten auf keinen Fall Spielball von Großeltern sein, die vielleicht ein ganz anderes Ziel verfolgen als den Schutz ihrer Enkel. Wir einigten uns darauf, den Vater diesbezüglich anzusprechen und uns die Erlaubnis zu holen, Kontakt mit dem Jugendamt aufzunehmen – wieder mit dem Gedanken, dass wir es nicht einschätzen können, aber auch nicht einfach ignorieren können. Nach dem Gespräch mit dem Vater nahmen wir Kontakt zum Jugendamt auf. Dort zeigten sich deutliche Differenzen in der Einschätzung. Wir vertraten die Ansicht, dass es nicht ganz abwegig ist, dass Gewalt im Hause des Vaters herrscht. Die Kollegin vom Jugendamt sah das anders. Sie erklärte, dass es bereits einige Maßnahmen gab und

sie die Familie gut kennen würde. Der Vater würde gut mit ihr zusammenarbeiten. Daher lehnte sie weitere Maßnahmen ab.

Damit war für uns der Fall beendet. Wir sagten der Kollegin vom Jugendamt, dass wir das Gespräch in der Akte vermerken werden und auch, dass wir uns große Sorgen um die weitere Entwicklung der Kinder machen würden. Mehr konnten wir in diesem Fall nicht tun. Den Vater sehe ich regelmäßig, die Kinder leider nicht. Ich weiß nicht, wie die Geschichte ausgegangen ist.

Was sind „Ermessensfragen, was „dürfen“ Berufsgeheimnisträger?

Medizin ist aus meiner Sicht immer eine Ermessensfrage. Für viele Erkrankungen, wie z. B. beim Herzinfarkt, liegen Leitlinien vor. Da ist das Vorgehen relativ klar geregelt. Bei anderen Erkrankungen ist die individuelle Einschätzung von großer Bedeutung. Wie behandelt man zum Beispiel ein hochfiebriges Kleinkind mit „eitriger“ Mandelentzündung? Wir in der Notfallambulanz der Kinderklinik müssen uns zunächst die Frage stellen, ob man das Kind wieder nach Hause schicken kann oder aufnehmen muss. Dies kann möglicherweise von Kollege zu Kollege unterschiedlich eingeschätzt werden. Die nächste Frage, die meist nicht völlig klar ist, lautet: Muss dieses Kind antibiotisch behandelt werden oder nicht? Auch darauf bekommt man teils unterschiedliche Antworten. Insofern ist Medizin, gerade im Kinderbereich, in dem man häufig über lückenhafte Informationen verfügt und wir uns auf unser Bauchgefühl und unsere Erfahrung verlassen müssen, stets eine Frage des Ermessens.

Ermessensfragen im Kinderschutz

Kinderschutz erfordert hohe **fachliche Kompetenz**, erstens um Zeichen der Kindeswohlgefährdung zu sehen, zweitens aber auch, um sie sehen zu wollen. Fehlt die entsprechende Kompetenz, werden viele Dinge teils unbewusst übersehen. Die eigenen Kompetenzen sind kritisch zu betrachten und wenn erforderlich, muss man sich Kompetenz holen.

Immer muss das **Wohl des Kindes** im Vordergrund stehen, egal, wohin die Reise geht. Ich würde mir wünschen, dass man sich selbst darüber klar ist, wohin die Reise geht, denn nur dann kann man so eine Kommunikation wie mit der Mutter im Beispiel 1 gut führen. Wenn ich selbst weiß, dass diese Mutter am Ende Kontakt zum Jugendamt haben wird, kann ich das Gespräch ganz anders aufziehen, als wenn ich selber unsicher in das Gespräch hineingehe.

Das Ziel sollte eine gute **Zusammenarbeit** zwischen Behandler, Kind und Sorgeberechtigten sein. In dieser Hinsicht frage ich mich immer wieder, wo wir dabei Fehler machen, denn diese Zusammenarbeit ist häufig sehr schwierig. Am Anfang hat man das Gefühl, auf einem guten Weg zu sein und eine gute Basis zu haben. Dann aber gehen die Wege doch sehr weit auseinander, gerade mit Familien, die betroffen sind.

Man sollte **Unterstützungsangebote** z. B. zur fallbezogenen Beratung, großzügig nutzen. Das hat uns in vielen Fällen weitergeholfen.

Ärzte sind keine Sozialarbeiter, Staatsanwälte, Polizisten o. ä. Meine Aufgabe ist es überhaupt nicht herauszufinden, was genau passiert ist. Meine Aufgabe besteht darin zu sagen: Das, was ich sehe, passt nicht zu dem, was mir erzählt wird. Oft schlagen die Eltern die andere Richtung ein und verlangen von mir, ich solle ihnen sagen, warum ihr Kind mit drei Monaten eine Schädelfraktur habe. Da muss ich leider passen, denn das kann ich ihnen nicht beantworten. Die Eltern müssen mir das sagen, denn sonst haben wir ein großes Problem.

Für eine gute Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gibt es einige Risikofaktoren (**Abbildung 2**):

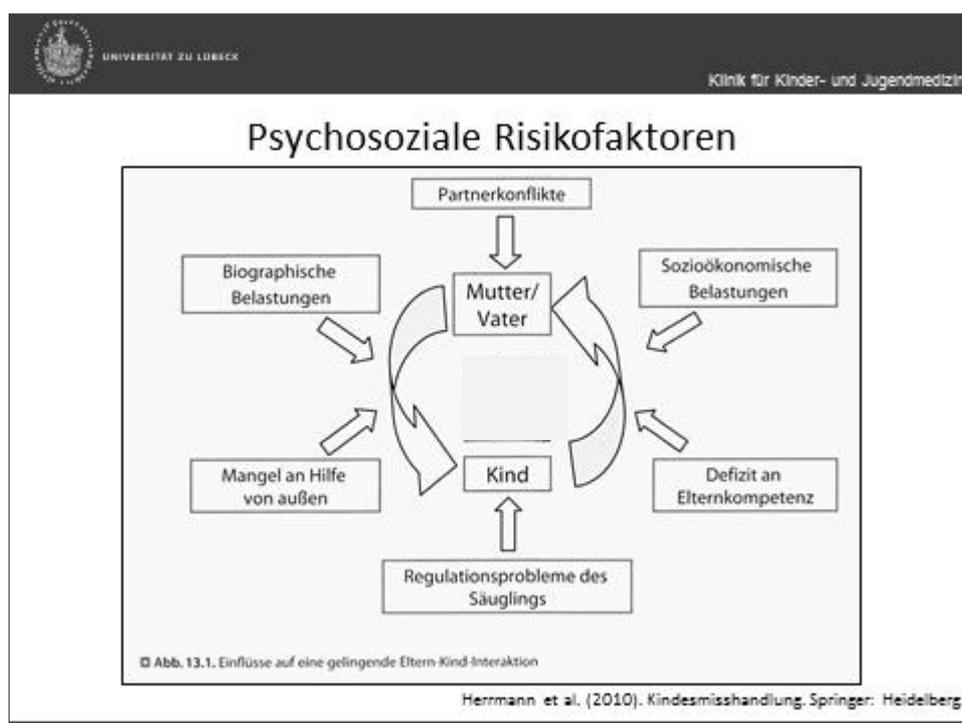


Abbildung 2

Diese Faktoren muss man auch als Kinderarzt kennen. Auch als Kinderarzt muss man wissen, wie die biografischen Belastungen aussehen, ob es Partnerkonflikte oder große Geldsorgen gibt usw. Wenn sich das Bild komplett darstellt, kann ich Dinge anders beurteilen, als wenn ich nur Bruchstücke weiß.

Für mich ist Kinderschutz ein sehr komplexes Thema und komplexes System (**Abbildung 3**):

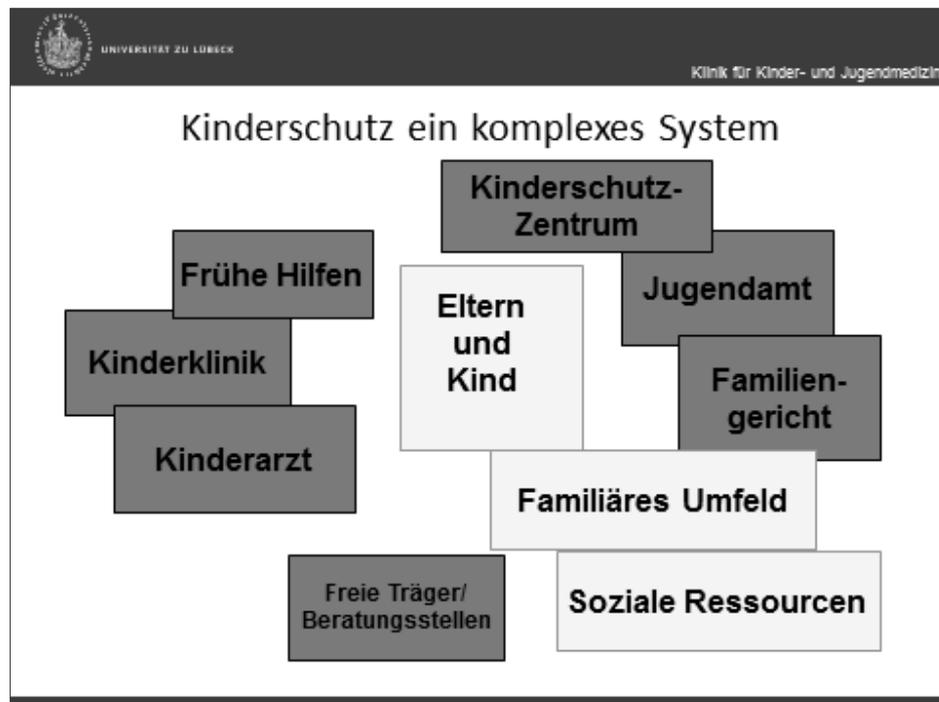


Abbildung 3

Innerhalb des Systems ist die Kinderklinik nur ein kleiner Teil, aber meiner Ansicht nach spielen Ärzte eine wichtige Rolle, weil sie häufig als erste die Fälle von Misshandlung sehen. Daher sollten sie nicht die Augen davor schließen, sondern mit offenen Augen vorgehen und das Ziel verfolgen, die Situation zu regeln.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Richtig handeln im Alltag! Anforderungen an Datenschutz, was sind „Ermessensfragen“, was „dürfen“ Berufsheimnisträger?

Diskussion zum Thema „Rückmeldepflicht durch die Jugendämter“¹

Teilnehmer: Mich stört das Wort „Fehlmeldung“ im Vortrag von Herrn Prof. Rixen. Aus meiner Sicht gibt es keine Fehlmeldung. Das Wort an sich schafft bereits Verunsicherung bei Kinder- und Jugendärzten. Es gibt vielleicht unterschiedliche Einschätzungen am Ende. Aber wenn ein begründeter Verdacht besteht, kann es keine Fehlmeldung geben.

Prof. Dr. Stephan Rixen: Ich habe das aus der erwähnten Studie des Deutschen Jugendinstituts wiedergegeben, das ist nicht meine Wortwahl. Das Problem hängt aber auch damit zusammen, dass auch die Ärztinnen und Ärzte wissen möchten, ob ihre Einschätzung tragfähig ist. Viele Ärztinnen und Ärzte sagen in den Studien des DJI aus, dass häufig keine Rückmeldung erfolgt, was sie wiederum ebenfalls verunsichert. Sie wissen nicht, was aus ihren Hinweisen geworden ist. Der Begriff der „Fehlmeldung“ ist nicht so negativ gemeint, wie Sie ihn nachvollziehbarer Weise empfunden haben.

Teilnehmerin: Im § 8a Absatz 1 Punkt 4 des SGB VIII-Reformentwurfs soll aufgenommen werden, dass die Berufsheimnisträger an der Gefährdungseinschätzung, die zurzeit in der Alleinverantwortung der Jugendämter durchgeführt wird, beteiligt werden sollen. Wie schätzen Sie beide das ein? Wir wissen, dass der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte im Zusammenhang mit der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes Kritik dahingehend geäußert hat, dass die Ärzte nach einer Meldung an das Jugendamt nicht oder nur selten berücksichtigt und informiert werden, was mit dem Kind passiert. Sie haben sich auch gewünscht, darüber informiert zu werden, was nach der Gefährdungseinschätzung mit dem Kind passiert. Wie schätzen Sie die bezweckte Beteiligung und die Platzierung der Beteiligung im § 8a SGB VIII ein?

Teilnehmerin: In der SGB VIII-Reform soll die pflichtige Rückmeldung der Jugendämter an die Berufsheimnisträger eingeführt werden. Wie ordnen Sie das aus der juristischen Sicht und aus der praktischen Sicht der Kinderärzte ein?

Dr. Ingo Menrath: Die Einschätzungen des Kinderarztes bezüglich des weiteren Risikos sind nicht zu unterschätzen. Wir versuchen, das sehr deutlich zu machen, auch schriftlich. Nach unserer Erfahrung verwässert ein Fall, je mehr er von verschiedenen Mitarbeiter/innen im Jugendamt bearbeitet wird. Man weiß oft später nicht mehr, warum man überhaupt eine Meldung gegeben hat. Daher kommt der Einschätzung des Klinikarztes eine hohe Bedeutung zu. Wir führen die Helferkonferenzen bei uns in der Klinik durch.

¹ In der Diskussion mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde vor allem die Frage der Rückmeldungen der Jugendämter an die Kinderärzte bzw. andere Personen, die eine Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt gemeldet haben, thematisiert. An dieser Stelle werden die Fragen, Bemerkungen und Antworten zu diesem Thema dokumentiert.

Wir wissen, dass wir sehr deutlich machen und auch durch Bilder untermauern müssen, worüber wir gerade sprechen.

Wir können allerdings nicht die Familie zu Hause aufsuchen und uns ein Bild darüber machen, ob die Mutter genügend Kompetenzen hat, die häusliche Gewalt zu regeln. Dagegen würde ich mich auch weiterhin strikt aussprechen, in dieser Hinsicht eine Empfehlung zu geben. Hier muss es eine Abgrenzung geben. Meine Kompetenz liegt eher in der Einschätzung des Körperlichen und der weiteren (gesundheitlichen) Folgen, aber andere Einschätzungen müssen andere durchführen.

Rückmeldungen würden wir sehr begrüßen. Es ist aber auch zu bedenken, was realistisch und möglich ist. Es ist im täglichen Betrieb des Gesundheitssystems schwierig, daran zu denken, beim Jugendamt nachzufragen. In einigen Fällen brauchen wir jedoch unbedingt die Rückmeldung, weil wir uns einfach sehr große Sorgen um die betroffenen Kinder machen und das Gefühl haben, schlecht schlafen zu können, wenn es keine Rückmeldung gibt.

Prof. Dr. Stephan Rixen: Sie haben bereits betont, dass in den Studien zur Evaluation immer wieder von den Ärztinnen und Ärzten angemahnt wurde, dass sie gern wissen möchten, wie es weitergeht. Man sollte aber auch die andere Seite betrachten: Information bedeutet gegebenenfalls neue Verantwortung. Es geht nicht nur um eine Information, damit man weiß, wie es ausgegangen ist, sondern sie führt umgekehrt dazu, dass rechtlich betrachtet möglicherweise die Ärzte wieder im Spiel sind. Insofern muss man sich klar machen: Information ist nicht nur Information, sondern möglicherweise ein Impuls für neue Verantwortung.

Teilnehmerin: Wir werden häufig von Personen aus Kitas und aus anderen Berufsgruppen, die uns eine Kindeswohlgefährdung gemeldet hatten, danach gefragt, was wir unternommen haben und wie es mit dem Kind weitergeht. Was ist in dieser Hinsicht an Rückmeldungen möglich, ohne Datenschutzbestimmungen zu verletzen?

Prof. Dr. Stephan Rixen: Bei der gegenwärtigen Rechtslage wäre ich an Ihrer Stelle auch zurückhaltend mit solchen Rückmeldungen. Das Datenschutzrecht ist janusköpfig. Zum einen verfolgt es ein angemessenes Ziel, zum anderen führt es aber zu einer Überregulierung als Folge der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass jeder Verwendungszweck, sobald er sich auch nur ein wenig ändert, einer spezialgesetzlichen Grundlage bedarf. Das sind letztlich Denkweisen der 1980er-Jahre, als die Datenverarbeitung eine größere Bedeutung erfuhr, die aber nicht mehr dem entspricht, was heute in bestimmten Lebensbereichen verlangt wird. Ich kenne das auch aus anderen Bereichen, daher kann ich Ihre Zurückhaltung, Daten weiterzugeben, unter der gegenwärtigen Rechtslage durchaus nachvollziehen. Wenn in dieser Hinsicht eine Klärung herbeigeführt werden würde, wäre das sehr hilfreich. Dabei müsste aber auch geklärt werden, an wen man Rückmeldungen geben kann. Wer ist „der Arzt“? Wer ist „das Krankenhaus“? Es müsste geklärt werden, was das im Einzelnen bedeutet.

Das Datenschutzrecht legt stets auf die genaue Zweckbestimmung Wert. Insofern stellt sich die Frage für das Jugendamt, ob man eine Rückmeldung für fachlich sinnvoll hält.

Wenn sie grundsätzlich sinnvoll ist und von den anderen Berufsgruppen verlangt wird, könnte eine künftige Klarstellung die zurzeit herrschenden datenschutzrechtlichen Unsicherheiten aufheben. Bisher lässt sich bei Anwendung des staatlichen Datenschutzrechts vieles über allgemeine Vorschriften lösen. Das aber erfordert ein gewisses Quantum Mut und ich kann verstehen, wenn jemand das Risiko nicht eingehen will. Darum sind spezialgesetzliche Regelungen erforderlich.

Teilnehmerin: Zwischen den beiden Extremen, gar nichts rückmelden zu dürfen und den genauen Hilfeplan vorzuweisen, besteht ein großer Spielraum. Ich kann die Rückmeldung geben, dass die Meldung aufgenommen wurde und dass wir uns um das Kind/seine Familie kümmern. Wir fragen außerdem die Familie, ob wir kooperieren dürfen. Um diesen Spielraum geht es mir, denn ich glaube, darüber können Annäherungen verbessert werden.

Prof. Dr. Stephan Rixen: Kernproblem des Datenschutzrechts ist der sogenannte Erforderlichkeitsgrundsatz. Das heißt, Sie dürfen nur die Informationen weitergeben, die mit Blick auf den Weitergabezweck erforderlich, also verhältnismäßig sind. Was Sie weitergeben, hängt davon ab, wem sie es sagen und wozu derjenige die Informationen braucht. Wenn wir im künftigen Gesetz keine spezialgesetzliche Regelung für die Weitergabe an Gesundheitsberufe bekommen und nicht genau definiert wird, welche Informationen an wen zu welchem Anlass weitergegeben werden dürfen, wird das Problem wieder auf die Praxis abgewälzt und Sie müssen in jedem Einzelfall prüfen, welche Informationen Sie weitergeben. Das können Sie jetzt schon tun, aber Sie müssen genau überlegen, welche Informationen der meldende Arzt braucht, um vielleicht seiner ärztlichen Pflicht entsprechen zu können. Damit betreten wir eine Grauzone. Wenn Sie mit der Familie Kontakt aufgenommen haben, wäre es für den Arzt wichtig zu wissen, ob eine bestimmte (medizinische) Maßnahme auf Empfehlung des Jugendamtes eingeleitet wurde oder ob andere Gesundheitsberufe eingeschaltet wurden. Solche Informationen sind für den Arzt relevant. Dies muss durch den Filter „Erforderlichkeitsgrundsatz“ hindurch. Sie müssen sich immer fragen, ob der Arzt die Informationen benötigt, um seine Aufgabe zu erfüllen.

Wenn im künftigen Gesetz tatsächlich diese Weitergabepflicht oder -befugnis festgeschrieben wird, wäre eine eindeutigere Formulierung darüber wünschenswert, was weitergegeben werden soll. Das kann man nicht bis ins Detail in das Gesetz selbst schreiben, aber es sollte zumindest in der Gesetzesbegründung, die für die Juristen in der Praxis bedeutsam ist, benannt werden.

Teilnehmerin: Das betrifft meiner Ansicht nach nicht nur Ärzte, sondern Menschen, die beruflich täglich oder wöchentlich mit dem Kind oder der Familie zu tun haben und eine Verantwortung für sie tragen. Das ist noch einmal eine andere Grundlage in der Kooperation, vor allem vor dem Hintergrund des Auftrages, mit dem diese Menschen in der Familie sind.

Prof. Dr. Stephan Rixen: Es geht um den Kommunikationsfluss im gesamten Feld. Datenschutzrechtlich kommt es darauf an, wer kommuniziert – ob es öffentliche Stellen, kirchliche oder private Stellen sind. Es gibt unterschiedliche Vorschriften für das Datenschutzrecht, jedoch keine alle Bereiche vernetzenden Vorschriften. Das macht die Angelegen-

heit so kompliziert. Der Ausgangspunkt bleibt jedoch die Vertretbarkeit der fachlichen Einschätzung. Wenn Sie einschätzen, dass ein bestimmter Akteur in Ihrem Netz zur Erfüllung seiner Aufgabe diese oder jene Informationen dringend benötigt, können Sie diese Informationen auch jetzt bereits weitergeben. Es muss erforderlich und fachlich vertretbar sein. Ich darf allerdings nicht zu viele Informationen weitergeben, also solche Informationen, die für die Erfüllung der konkreten Aufgabe nicht nötig sind. Insofern kann man die Überregulierung des Datenschutzrechts reduzieren, indem man sich immer selbst fragt, ob die Information für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Es geht um eine fachlich begründbare Wertung. Dies stellt einen Leitfaden dar, der Sorge nehmen kann.

Teilnehmerin: Es geht auch darum, von den Eltern das Einverständnis zu bekommen. Ich muss den Eltern erklären, warum ich den Arzt, die Kita oder die Schule über bestimmte Sachverhalte informiere. Bekomme ich kein Einverständnis zur Informationsweitergabe, was nur sehr selten vorkommt, handelt es sich um Familien, bei denen ich ohnehin über die Einschaltung des Familiengerichts nachdenken muss. In dem Fall kann ich sogar das Familiengericht um Hilfe bitten und so das Einverständnis der Eltern ersetzen, wenn es notwendig ist.

Prof. Dr. Stephan Rixen: Das ist eine wichtige Ergänzung. Es ist fachlich sinnvoll, das Einverständnis einzuholen, auch aus datenschutzrechtlicher Sicht. Trotzdem kann es Situationen geben, in denen kein Einverständnis vorliegt und man keine Zeit hat, ein solches Einverständnis einzuholen. Trotzdem muss die Gewinnung des Einverständnisses der Eltern ganz am Anfang der Überlegungen stehen.

Sieben Jahre danach ...

Welche im 13. Kinder- und Jugendbericht formulierten Ziele und Anforderungen zur Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien konnten umgesetzt werden? Was sind die neuen Herausforderungen im Zuge von Inklusion, Flüchtlingsfamilien und der geplanten Reform des SGB VIII?

PROF. DR. HEINER KEUPP

Vorsitzender der Berichtskommission für den 13. Kinder- und Jugendbericht

Nach sieben Jahren in der Kinder- und Jugendhilfe bin ich noch immer der Meinung, dass eine Menge auf den Weg gebracht worden ist. Sicherlich ist längst nicht all das, was wir uns vorgestellt haben, tatsächlich eingetreten. An manchen Schrauben wird hier in Berlin zurzeit kräftig gedreht, wenn ich an die Anhörungen im Bundestag denke, die zur Novellierung des SGB VIII laufen. Dahinter stecken Impulse, die wir mit auf den Weg gebracht haben, vor allem das Thema „Große Lösung“. Was aber daraus geworden ist, erfreut viele ebenso wie mich nicht so sehr.

Unsere **Ausgangsthese** war und ist für mich auch bis heute:

Wir haben in der Bundesrepublik eine Reihe effektiver Bildungs- und Unterstützungssysteme für Heranwachsende in prekären Lebenslagen, aber sie arbeiten oft noch in splendid isolation. Für eine gezielte Förderstrategie werden sinnvolle neue Kooperationsallianzen von Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- und Eingliederungssystem benötigt. Vor allem die Inklusionsthematik erfordert eine verbindliche Kooperationsstrategie. Eine stärkere und bessere Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme stellt kein leichtes Projekt dar, denn die verschiedenen Systeme haben ihre eigene Struktur, ihre eigene Logik und ihre eigene Finanzierung. Wir haben es noch immer mit einer starken Versäulung der Systeme statt einer notwendigen Vernetzung zu tun. Am Ende geht es um die Suche nach Lösungen. Im 13. Kinder- und Jugendbericht haben wir versucht, eine gemeinsame Grundphilosophie für die Systeme zu denken. Unter Beteiligung der Vertreter der verschiedenen Systeme haben wir das gut geschafft.

In meinem Vortrag gehe ich auf folgende Fragen ein: Was wissen wir über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen? Gibt es spezielle Risikolagen? Wo sind neue Formen der Gesundheitsförderung erforderlich? Welche Hilfesysteme sind dafür verantwortlich, dass diese Aufgaben übernommen werden? Wer ist eigentlich für Prävention und Gesundheitsförderung zuständig? Ist das die Medizin, ist es die Kinder- und Jugendhilfe?

1. Wo liegen für Gesundheitsförderung und Prävention spezielle Herausforderungen?

Seitens der Kinderärzte wird immer wieder betont, dass wir es mit einer Veränderung des Krankheitspektrums von akuten zu eher chronischen Erkrankungen und einem Trend von somatischen zu psychischen Störungen zu tun haben. Dies wird durch viele Daten, die uns zur Verfügung stehen, untermauert.

Parallel zum 13. Kinder- und Jugendbericht wurde als zweiter Anstoß das Gutachten des Sachverständigenrates im Jahr 2009 erarbeitet. Dort ist ein Faktum benannt worden, das ich noch immer für das Entscheidende halte:

Ein „nahezu monotoner Befund“ ist: „... ein Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs – das sind 140.000 Kinder pro Jahr – (wächst) mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen auf.“¹

Das ist im Zusammenhang mit der notwendigen Vernetzung und der nach wie vor bestehenden Versäulung der Hilfesysteme interessant. Wir haben intensiv versucht, mit dem Gesundheitsministerium einen engen Kontakt herzustellen und eine Kooperation aufzubauen. Einmal hatten wir eine Videokonferenz mit dem damaligen Gesundheitsministerium geschaltet und ich merkte, dass die Beteiligten des Gesundheitsministeriums nicht an einer engen Kooperation interessiert waren. Jedoch mit Kollegen aus dem Sachverständigenrat standen wir in einem regen Austausch. Das war ein informeller Weg, offiziell war er nicht gewünscht.

Die KiGGS-Studie vom Robert-Koch-Institut hatte verschiedene wichtige Daten geliefert. Die nächste Auswertung steht unmittelbar bevor. Einige geben uns einen Blick auf die Perspektive der Eltern (**Abbildung 1**):

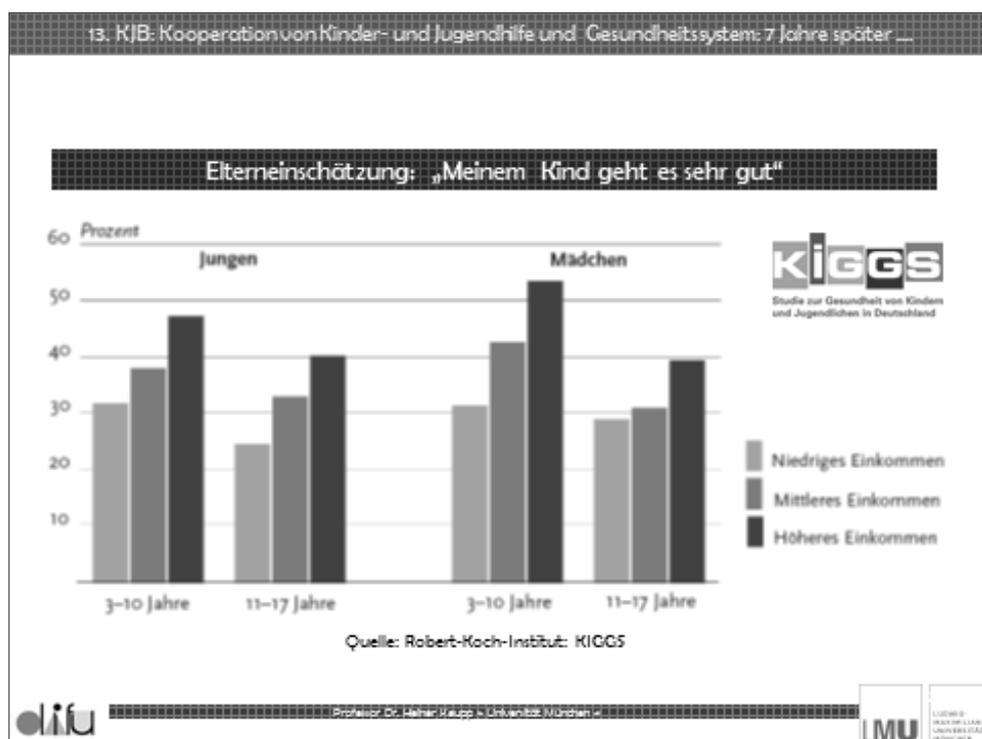


Abbildung 1

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

Mit dem wachsenden Alter werden die Positiveinschätzungen geringer, bei den Mädchen wird häufiger eine Positiveinschätzung getroffen als bei Jungen. Die entscheidenden Unterschiede jedoch liegen in der sozialen Lage der Familie.

In einer anderen interessanten Grafik, die die KiGGS-Studie geliefert hat, werden die psychischen Auffälligkeiten von Jungen und Mädchen analysiert (**Abbildung 2**):

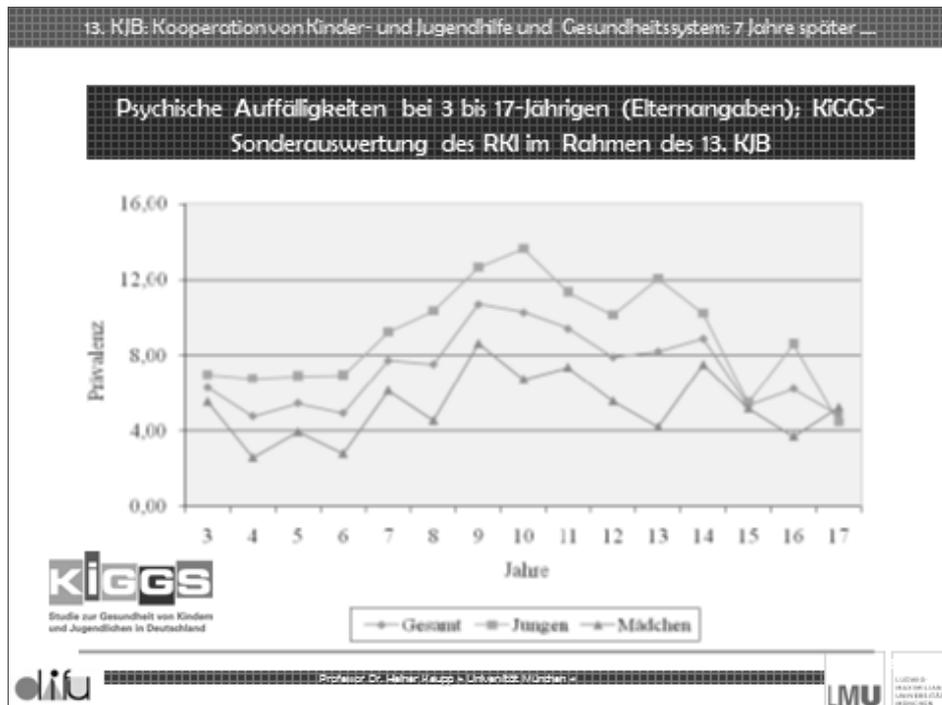


Abbildung 2

Die obere Linie zeigt die Entwicklung bei den Jungen an, die mittlere Linie gibt die Gesamtzahlen wieder und die untere Linie die Entwicklung bei den Mädchen. Die Jungen haben offensichtlich deutlich mehr Probleme als Mädchen. Das war vor 40 Jahren noch umgekehrt. Es ist ein Einschnitt zu erkennen, der meiner Meinung nach nicht mit der Pubertät zu erklären ist. Vielmehr hat dieser mit einem Bildungssystem zu tun, das genau in dem Alter die entscheidende Weichenstellung für die weiterführende Schule setzt, mit der Konsequenz, dass der Druck in der Familie steigt. In einigen Bundesländern ist der Übertritt weniger problematisch. In Bayern zum Beispiel ist es tatsächlich ein sehr wichtiger Schritt. Manche Kinder bekommen nicht die Empfehlung für das Gymnasium und daher wächst in den Familien der Stress. Wenn man so will, ist das ein künstlicher Gipfel, der nichts mit Soma oder der Psyche im engeren Sinne zu tun hat, sondern mit gesellschaftlichen Strukturierungen von Bildungsbiografien.

Auch die psychischen Auffälligkeiten sind mit der elterlichen Lebenssituation in Zusammenhang gesetzt worden (**Abbildung 3**). Die psychosozialen Probleme variieren sehr stark, je nachdem, aus welchem Milieu die Kinder kommen. Hier zeigt sich deutlich die Häufigkeit bei den Jungen aus den niedrigen Einkommensgruppen.

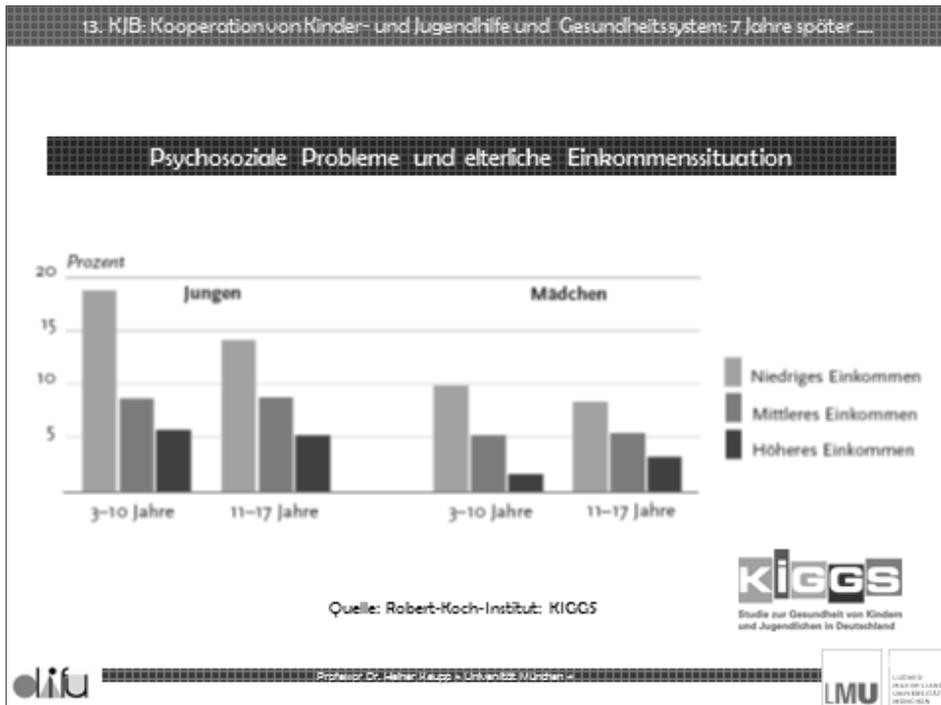


Abbildung 3

Anhand der folgenden Daten aus der KiGGS-Studie (**Abbildung 4**) soll deutlich werden, dass wir es nicht mit einer großen Gruppe von psychisch kranken Kindern zu tun haben:

13: KJB: Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem: 7 Jahre später ...

Psychische Gesundheit/Verhaltensauffälligkeit aus der Sicht der Eltern

	Befunde
Gesamt	82,6% psychisch unauffällig 8,4% grenzwertig auffällig, 9,0% auffällig
Geschlecht	Jungen: 22,6% Mädchen: 13,0%
Migrationshintergrund	Mit MH: 23,6% Ohne MH: 16,4%
Sozialstatus	Niedriger SÖS: 28,5% Mittlerer SÖS: 15,4% Hoher SÖS: 10,0%

SÖS: Sozioökonomischer Status / MH: Migrationshintergrund

KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

diu | Professor Dr. Helmut Raupp | Universität Würzburg | LMU

Abbildung 4

Einige wenige Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland behaupten das Gegenteil, vor allem Herr Winterhoff, der zum Beispiel davon sprach, dass 70 Prozent der deutschen Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern psychisch nicht gut auf den Weg gebracht werden. Diese Aussage ist durch die ermittelten Daten überhaupt nicht abgedeckt. Immerhin werden etwa 80 Prozent der Kinder recht gut ins Leben hinein begleitet. Auffällig sind etwa 20 Prozent. Dabei zeigen sich wiederum Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, die große Bedeutung des Migrationshintergrunds sowie ganz besonders des Sozialstatus. Der Einfluss des sozialen Status der Familie wird in **Abbildung 5** zusammengefasst:

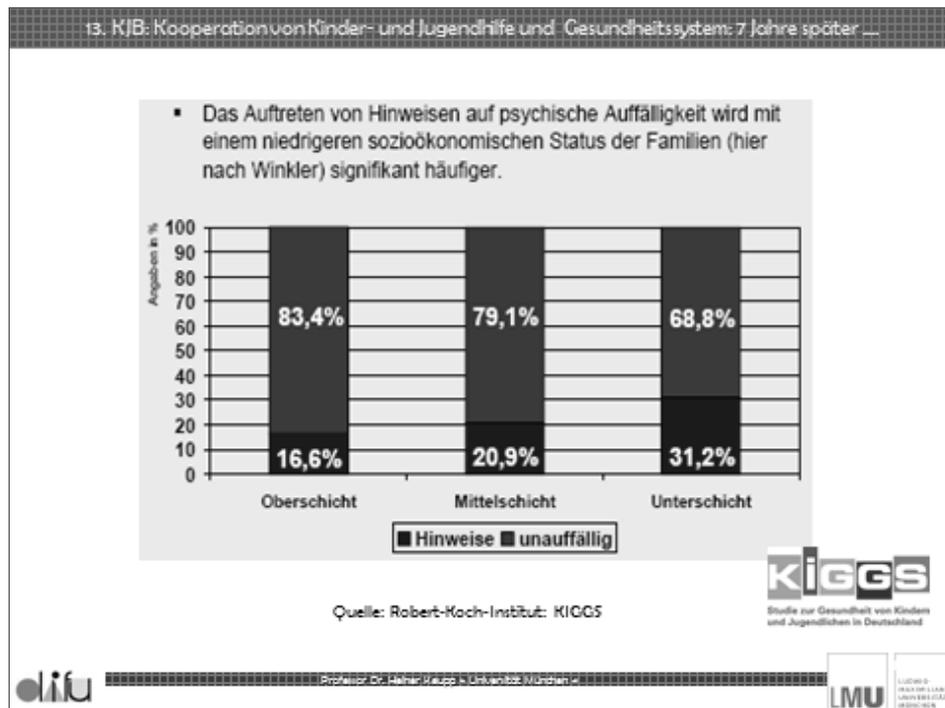


Abbildung 5

Heranwachsende aus sozial benachteiligten Familien, vor allem, wenn zusätzlich noch ein Migrationshintergrund vorliegt, sind auch sonst gesundheitlich benachteiligt:

- Sie sind motorisch weniger leistungsfähig,
- sie ernähren sich ungesünder und bewegen sich weniger,
- ihr Medienkonsum ist höher,
- sie haben häufiger mehrere Gesundheitsprobleme und geringeres Wohlbefinden,
- sie verfügen über weniger persönliche, familiäre und soziale Ressourcen,
- geschlechtsspezifische Differenzen ergeben sich verschärft,
- sie zeigen häufiger Verhaltensauffälligkeiten (ADHS; v. a. Jungen),
- sie haben häufiger psychische Probleme (depressive Episoden) und Essstörungen (v. a. Mädchen).

2. Leitlinie zur Förderung positiver Entwicklungsbedingungen

Wir brauchen eine Förderperspektive, die erst einmal nicht davon ausgeht, dass alle Kinder und Jugendlichen bereits gesundheitlich gefährdet oder krank sind. Im Gegenteil: Kinder und Jugendliche wachsen in ihrer großen Mehrheit gesund, selbstbewusst und kompetent auf. Sie dürfen nicht unter einer generalisierten Risikoperspektive gesehen werden; notwendig sind vielmehr der Blick auf die positiven Entwicklungsbedingungen der nachwachsenden Generationen und Antworten auf die Frage, wie solche Bedingungen für *alle* Kinder und Jugendlichen gefördert werden können bzw. welcher unterstützender Strukturen und gesellschaftlicher Investitionen es dazu bedarf. Das sind soziale Systeme, die wir haben, das sind Familien, die besser sind als ihr Ruf. Aber es gibt eben doch Kinder, für die all diese guten Bedingungen nicht gegeben sind. Unsere Perspektive muss darauf gerichtet sein, für alle diese Kinder und Gruppen in besonders prekären Lebensbedingungen gute Strukturen zu bauen.

Die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes bezogen sich vor allem auf:

- das Aufwachsen in Armutslagen,
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (noch einmal verschärft im Hinblick auf die vielen Kinder und Jugendlichen, die in den letzten Jahren auf der Flucht zu uns gekommen sind),
- Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die bis zu dem Zeitpunkt der Erarbeitung des 13. Kinder- und Jugendberichtes keinerlei Aufmerksamkeit in einem Kinder- und Jugendbericht bekommen hatten,
- Kinder von psychisch, sucht- und chronisch erkrankten Eltern,
- traumatisierte Kinder und Jugendliche – diese Kinder sind meist nicht offen und auffällig gestört, sondern still, depressiv, fallen in den Schulen nicht auf, weil ihre Traumatisierung dazu führt, dass sie sich in sich zurückziehen und nur dadurch auffallen, wenn sie einen Suizidversuch unternehmen.

Die Umsetzung dieser Empfehlungen erfordert die Kooperation der vorhandenen Hilfesysteme!

3. Anschlussfähige Konzepte

Es stellt sich die Frage, wie es unsere Hilfesysteme schaffen, genau an den beschriebenen Stellen gute Arbeit zu leisten, und wie sie in ihrer Kooperation besser werden können. Bei der Suche nach einer Antwort haben wir in der Berichtskommission versucht, das klassische, bereits mehrmals beschriebene, geschlossene System von einzelnen Säulen, wie Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungssystem, Bildungssystem, die alle ihre ganz eigenen Strukturen, Handlungslogiken, Institutionen und unterschiedliche Finanzierungsmodelle aufweisen, in Bewegung zu bringen. Während der Arbeit in der Kommission, an der Vertreter der Sozialpädagogik, der Psychologie, der Medizin und der Behindertenforschung beteiligt waren, war es unser Ziel zu ermitteln, wie man gemeinsame Strukturen schaffen kann, mit denen wir gemeinsam weiterarbeiten können.

Dazu gibt es eine Reihe von anschlussfähigen Konzepten. Aus den Gesundheitswissenschaften kommen mit den Konzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung sowohl Zugänge zur Risikobearbeitung als auch zur Förderung von Handlungsressourcen und vor allem die unterschiedlichen und sich ergänzenden Perspektiven von Pathogenese und Salutogenese. Der sozialwissenschaftliche Theoriebalken enthält Angebote, die anschlussfähig sind: Vor allem der Capability-Ansatz, die Konzepte zur Handlungsbefähigung und Selbstwirksamkeit und die Überlegungen zur positiven Jugendentwicklung. Der Ansatz der positiven Jugendentwicklung aus der Entwicklungspsychologie zeigt, welche Ressourcen Kinder und Jugendliche brauchen, um gut mit ihrem Leben zurechtzukommen.

Die zentralen konzeptionellen Bezugspunkte ergaben sich aus drei Ausgangspunkten:

- Ottawa-Charta der WHO,
- UN-Kinderrechtskonvention,
- UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen.

Hinzu kamen:

- Salutogenetische Perspektive: Resilienz, Kohärenz und Selbstwirksamkeit,
- Befähigungs-Ansatz (Capability-Approach): Verwirklichungschance,
- Entwicklungspsychologie: Positive Jugendentwicklung.

Aus der Ottawa-Charta spielt vor allem ein Satz eine wesentliche Rolle für unser Feld:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

In vielen staatlichen Verordnungen fehlt mir das Thema „Spielen“ und „Lieben“. Es wird meist nur vom Arbeiten und Lernen gesprochen. Dass diese anderen beiden Themen für eine gute Entwicklung und unser Leben mindestens genauso wichtig sind, sollten wir auch in der Politik immer wieder deutlich machen.

Die Menschen in die Lage zu versetzen, für sich selbst Sorge tragen zu können, wird als eine Aufgabe der Gesellschaft definiert. Das heißt, **Gesundheitsförderung zielt auf die Befähigung** zu einer selbstbestimmten Lebensweise und darf nicht auf die Bereiche Ernährung und Bewegung reduziert werden, obgleich diese durchaus wichtige Zielbereiche von Prävention und Gesundheitsförderung sind. Häufig trifft man auf Projekte, die sich lediglich mit Ernährung und Bewegung beschäftigen. Es geht jedoch darum, das selbstbestimmte Leben und so etwas wie Freiheit zu fördern. Es geht um die **Förderung von Handlungsfähigkeit!**

In Bezug auf die Förderung von Gesundheit sind verschiedene Wege zu bedenken (**Abbildung 6**). Es gibt den Pfad der Pathogenese. Wir kennen eine Reihe von Faktoren, die

Menschen in ihrer Gesundheit beeinträchtigen. Dazu gehören Bewegungsmangel, Fehlernährung, Rauchen usw. Wenn wir die Faktoren kennen, können wir im Sinne der Prävention danach fragen, wie darauf Einfluss zu nehmen ist. Der pathogenetische Pfad geht demnach von dem Wissen über Krankheit aus.

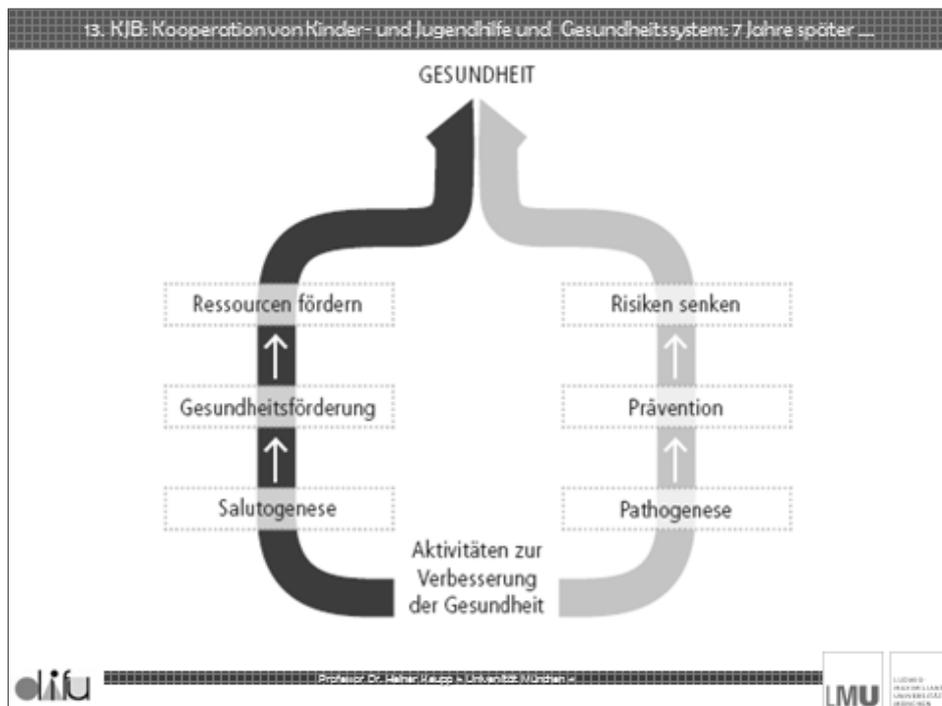


Abbildung 6

Der zweite Pfad, der m. E. stärker betont werden müsste, ist der Pfad über die Ressourcenförderung. In der Salutogenese geht es darum, dass wir über Modelle verfügen, die zeigen, was Menschen brauchen, um ihr Leben gut in den Griff zu kriegen. Und wenn wir die Ressourcen kennen, die dafür notwendig sind, können wir uns darauf konzentrieren, diese zu fördern.

4. Leitlinie: Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug

Wir ließen uns von der Frage leiten, was Kinder und Jugendliche brauchen, um gut in die Welt hineinzukommen. Dabei müssen wir uns mit dem Thema „achtsamer Körperbezug“ auseinandersetzen, wir müssen darüber nachdenken, wie Menschen in die Lage kommen, sich mit ihrer Welt kommunikativ in Verbindung zu setzen, denn ohne dies kann kein Leben gelingen. Letztlich geht es um die Entwicklung eines reflexiven Bezugs auf die eigene Person, die Entwicklung einer eigenen Identität.

In jedem Lebensalter haben Mädchen und Jungen spezifische Kompetenzen zu erwerben, die für ein gesundes Heranwachsen von zentraler Bedeutung sind und die in ihrer Gesamtheit ihre Handlungsbefähigung ausmachen. Sie reichen vom frühen Aufbau sicherer Bindungen über Autonomiegewinnung, Erwerb von Sprache und Möglichkeiten kommunikativer Verständigung, Bewegungskompetenz, Beziehungsgestaltung, Welterschließung,

Beheimatung im eigenen Körper, Umgang mit Grenzerfahrungen und Identitätsbildung bis hin zu Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme.

Diese gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen lassen sich unter drei Perspektiven bündeln, die für die Gesundheitsförderung eine besondere aktuelle Relevanz haben:

- ein achtsamer Körperbezug,
- ein kommunikativer Weltbezug,
- ein reflexiver Bezug auf das eigene Selbst.

Dabei spielt die Frage, welche Entwicklungsaufgaben in den einzelnen Lebensetappen zu meistern sind und was passiert, wenn diese nicht genügend bewältigt werden können, eine wesentliche Rolle (**Abbildung 7**). Positiv formuliert: Wie können wir dafür Sorge tragen, dass diese Ziele wirklich erreicht werden können?

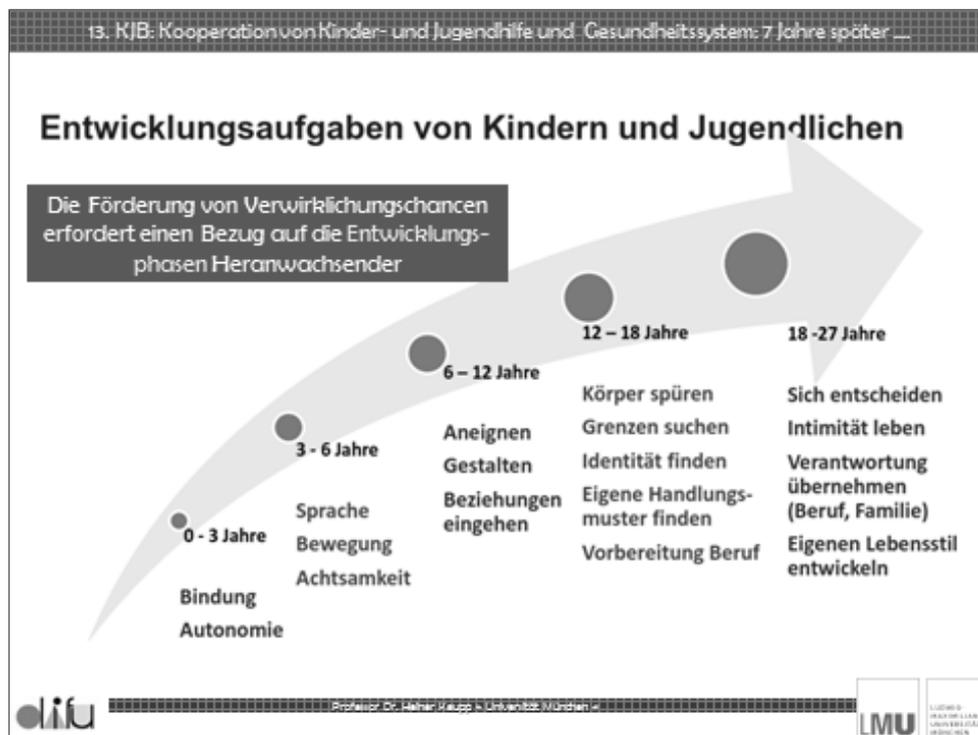


Abbildung 7

In der frühen Phase sind die Hauptthemen die Bindung und die Autonomie. Bei den 3- bis 6-Jährigen geht es um Sprache, Bewegung und Achtsamkeit, d. h. zu lernen, dass Dinge die man tut, für einen selbst und für andere Menschen Konsequenzen haben, oft auch nachteilige Konsequenzen. Gerade viele Einzelkinder haben nicht die Erfahrungen im Geschwisterkreis, in dem man solche Dinge naturwüchsig begreift. In der Schulphase geht es um das Aneignen von Wissen, um das Gestalten, aber auch um das Eingehen von eigenen Beziehungen. Im Jugendalter muss der veränderte Körper angeeignet werden, es geht um Grenzen, Identität und Handlungsmuster. Bei den Älteren stehen die Entscheidung über die eigenen Lebensumstände und die Übernahme von Verantwortung im Vordergrund.

Ob sich ein Leben gut entwickeln kann und die Verwirklichungschancen zum Tragen kommen, hängt von verschiedenen Bausteinen ab (**Abbildung 8**). Das sind die Salutogenese und die Resilienz, sehr nah verwandte Bereiche. Aus der Entwicklungspsychologie verfügen wir über eine Menge an Wissen über wichtige Etappen der jugendlichen Entwicklung. Wir wissen, wie wichtig die Erfahrung der Selbstwirksamkeit ist, d. h. wenn Menschen merken, dass ihr Handeln Wirkung erzielt, dass sie ihre Lebenswelt selber mit gestalten können. Das ist ein wesentlicher gesundheitswissenschaftlicher Faktor.

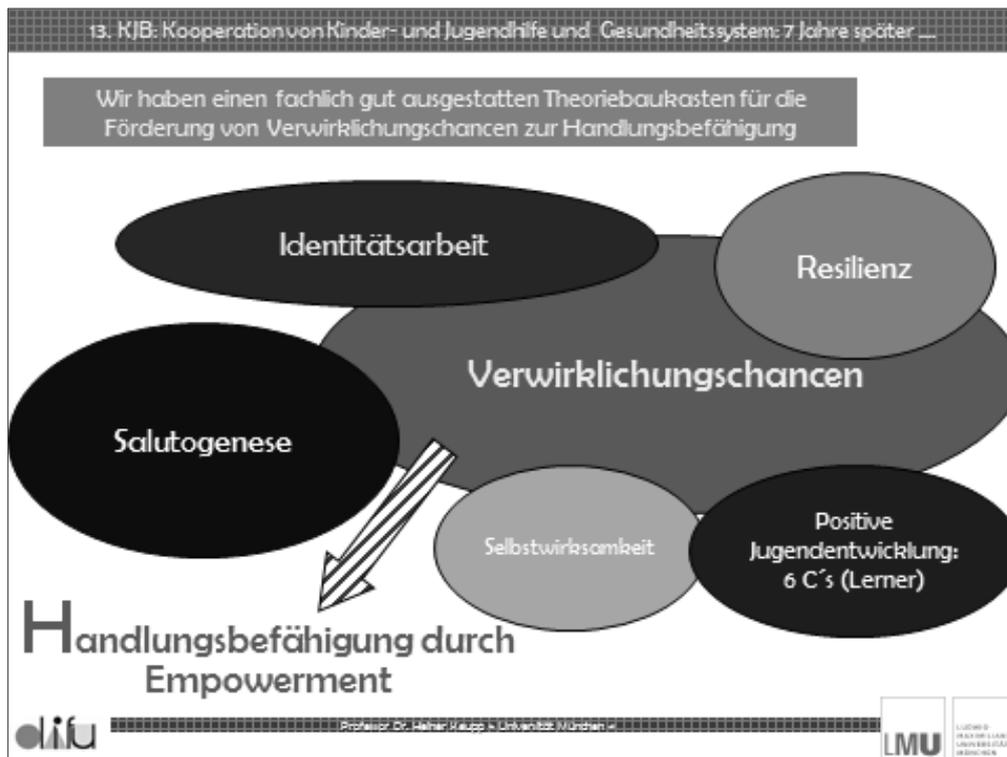


Abbildung 8

Es geht außerdem um Identitätsarbeit und es geht darum, in all diesen Faktoren die Handlungsbefähigung durch Empowerment in den Blick zu nehmen.

Salutogenese

Aaron Antonovsky (1923 – 1994) hat durch seine Studie über Überlebende des Holocaust äußerst wichtige Impulse in die Gesundheitswissenschaft gegeben. In seinem Modell (**Abbildung 9**) ist insbesondere der Begriff „**Kohärenzsinn**“ hervorzuheben.

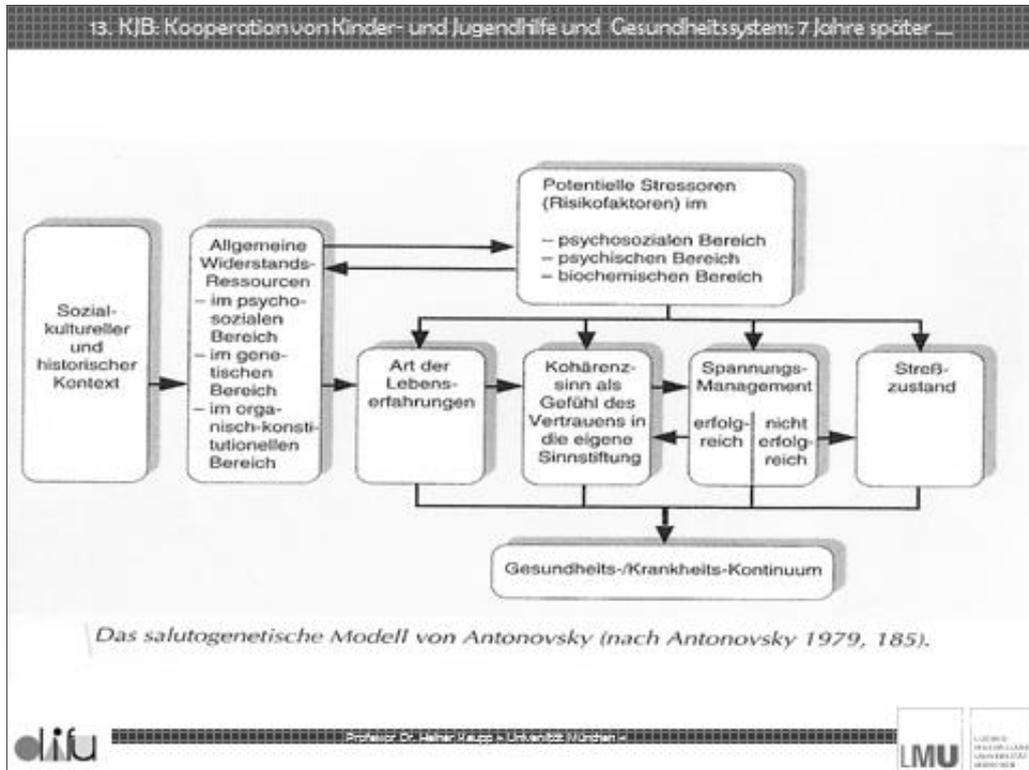


Abbildung 9

Antonovsky sagt: Stressoren erklären nicht, warum wir psychisch krank oder körperlich gesund oder nicht gesund sind. Es sind vielmehr die Faktoren im mittleren Sektor des Modells, die darüber entscheiden, wo wir auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stehen. Dahinter steckt die Idee, dass es kein Entweder-Oder gibt, sondern es handelt sich um ein Kontinuum.

Der Kohärenzsinn ist messbar. Es gibt eine Reihe von Studien darüber und ich halte es für einen der zentralen Befunde der Gesundheitswissenschaft, über ein solches Konstrukt zu verfügen, das wir messen können.

Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist. Der Kohärenzsinn beschreibt eine geistige Haltung:

- Meine Welt erscheint mir verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen (Verstehbarkeit). Hier spielt der Faktor Bildung eine wichtige Rolle.

- Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann (Handhabbarkeit).
- Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt (Bedeutsamkeit).
- Kohärenzfördernd sind die Widerstandsressourcen: Individuelle, soziale, gesellschaftliche und kulturelle Ressourcen.

Für die Ausbildung dieser Faktoren kann man sehr viel in der Kinder- und Jugendhilfe und im Gesundheitswesen tun.

Generalisierte **Widerstandsressourcen** und **Resilienzfaktoren** wirken auf verschiedenen Ebenen:

- im Individuum: organisch-konstitutionelle Widerstandsressourcen, Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke, emotionale Sicherheit, Selbstvertrauen.
- im sozialen Nahraum: Sozialen Beziehungen, Netzwerke, Verortung, Vertrauen und Anerkennung, Beteiligung, zivilgesellschaftlichem Engagement.
- auf gesellschaftlicher Ebene: Anerkennung über die Teilhabe an gesellschaftlich relevanten Ressourcen (Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung ...).
- auf der kulturellen Ebene: Zugang zu kulturellem Kapital im Sinne tragfähiger Wertorientierungen (bezogen aus philosophischen, politischen, religiösen oder ästhetischen Quellen), die das Gefühl vermitteln, dass die Welt auch anders sein könnte und ich mich dafür engagieren kann, dass sie anders wird. Ich bin nicht dazu gezwungen, die Welt so hinzunehmen, wie sie ist.

Capability-Approach

Die Begründer/innen des Befähigungs-(Capability)-Ansatzes sind Amartya Sen, Nobelpreisträger in der Ökonomie aus Indien, und die amerikanische Philosophin Martha C. Nussbaum. Sie entwickelten einen Ansatz, der danach fragt, was Menschen brauchen, freiheitlich leben und entscheiden zu können. Bei uns wird dieser Ansatz mit „Verwirklichungschancen“ übersetzt. Unter Verwirklichungschancen (capabilities) versteht Amartya Sen die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen.“² Das klingt vielleicht ein wenig zu einfach, aber der Aspekt der Freiheit ist in diesem Ansatz äußerst wichtig.

² Amartya Sen (2000). Ökonomie für den Menschen

Dies wird in einem differenzierten Überblick deutlich (**Abbildung 10**):

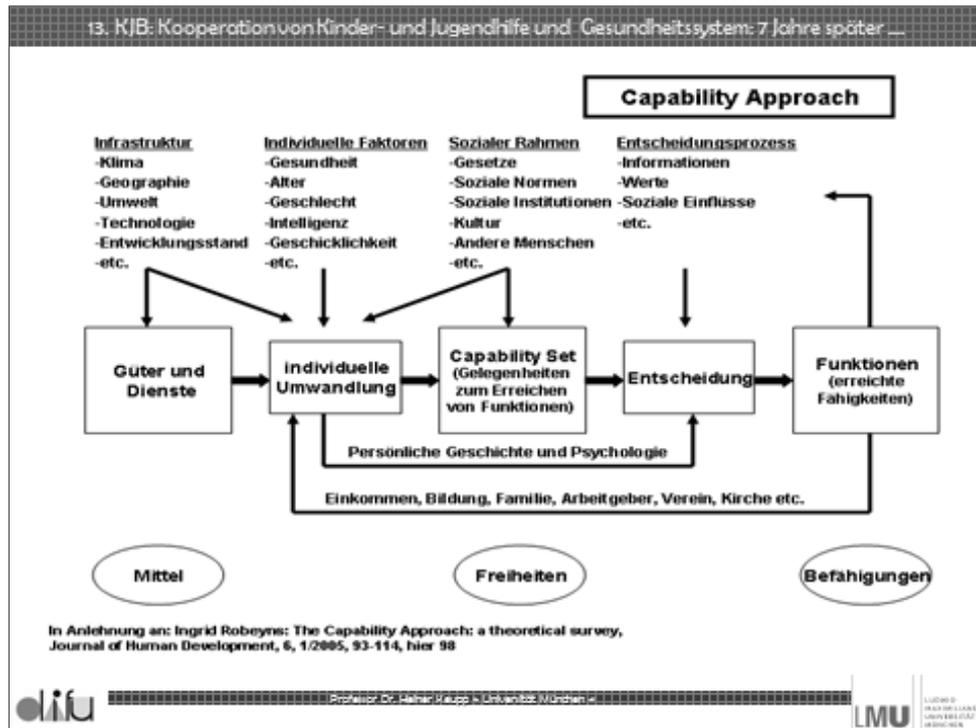


Abbildung 10

Dieser Ansatz ist mir so wichtig, weil er Bedingungen gelingenden Lebens benennt und dabei nicht nur die psychologische Ebene, sondern stets auch den gesellschaftlichen Bereich im Blick hat und danach fragt, wie bestimmte vorhandene Güter und Dienste im Bereich der Bildung und der allgemeinen Förderung zu einer individuellen Kompetenz werden können. Sie müssen angeeignet werden. Sie müssen in eine Fähigkeitspalette der Person umgewandelt werden. Die Funktionen (erreichte Fähigkeiten) sind alle Dinge, die die Menschen de facto tun, d. h. ihr Verhalten. Sen sagt, man müsse immer danach fragen, welche Alternativen jemand hatte, bevor er das tat, was er tat. Gab es Optionen? Hatte er Möglichkeiten zu sehen, dass es Alternativen gab und nicht nur eine einzige Ausrichtung im Verhalten?

Wir führen zurzeit ein großes Projekt mit dem SOS-Kinderdorf e. V. durch, bei dem wir alle 15 Kinderdörfer in den Blick nahmen. Wir versuchen herauszufinden, was Jugendliche, die mit 18 Jahren die Einrichtung verlassen – die sogenannten Care-Leaver –, in diesem in den letzten 50 Jahren entstandenen Setting für Fähigkeiten im Hinblick auf Selbstständigkeit, Gemeinschaftsfähigkeit erworben haben. Das ist inzwischen abgeschlossen. Im Augenblick fragen wir die Jugendlichen, wie es ihnen „draußen“ mit ihren Fähigkeiten geht. Bei diesem Projekt hilft uns der Capability-Approach sehr. Mit ihm kann man danach fragen, welche Angebote eines Kinderdorfes die Aneignung neuer Fähigkeiten unterstützen.

Positive Jugendentwicklung

Richard Lerner, ein renommierter Entwicklungspsychologe, sprach zunächst von fünf Kompetenzfeldern, die für die positive Jugendentwicklung entscheidend sind (**Abbildung 11**):

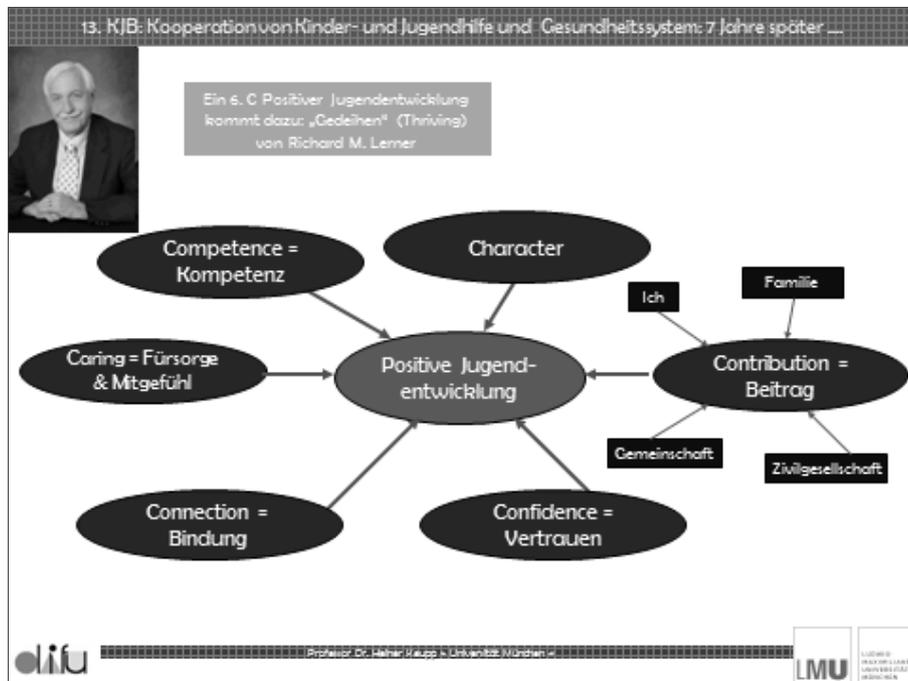


Abbildung 11

Darin sind u. a. die kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen erfasst, aber auch die Themen „Caring“, „Connection“ usw. Sämtliche Felder beginnen mit einem „C“ (im Englischen). Das liegt im Anspruch von Lerner begründet, eine einfache Formel zu finden. Schnell einleuchtend ist der Bereich der kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen. „Caring“ zielt auf so wichtige Fähigkeiten wie Achtsamkeit und Einfühlungsvermögen in die Befindlichkeit anderer Menschen. „Connection“ meint nicht nur die frühen Bindungen, sondern auch die späteren Netzwerke und Netzwerkfähigkeiten. „Confidence“ ist das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Character wird eher als die Sammlung von Wertvorstellungen verstanden, die einen Menschen prägen. Lerner hatte später ein sechstes Kompetenzfeld ergänzt, das er „Contribution“ nennt. Damit ist die Partizipation gemeint. Dazu gehört, was ich für mich tue, für die Familie bzw. in der Familie, was ich in der Gemeinschaft und in der Zivilgesellschaft tue. Das sind entscheidende Faktoren, die Kinder und Jugendliche in ihr Erwachsenenleben mitnehmen. Sie sehen sich als jemand, der etwas bewegen kann, und nicht nur als jemand, der abgehängt und ein „Looser“ ist.

Handlungsbefähigung

Eine eher neoliberale Konzeption geht von dem Motto aus: „Jeder ist seines Glückes Schmied.“ Jeder muss in die Lage versetzt werden, alles gut zu bewältigen. Wir beobachten in der Politik genau dieses, übrigens auch in der Reform des SGB VIII. Auch dabei

wird immer stärker auf das Individuum gesetzt. Das sollte den Psychologen, der ich bin, freuen. Das freut ihn aber nicht, wenn am Ende alles am Individuum hängen bleibt und nicht mehr danach gefragt wird, wie Menschen durch ihre Umwelt und ihre Lebensbedingungen in die Lage versetzt werden, für sich selbst Sorge zu tragen.

Handlungsbefähigung ist daher mehr als die Herstellung des „unternehmerischen Selbst“, wie es sich das neoliberale sozialpolitische Regulierungsmodell vorstellt, in dessen Zentrum „der tendenzielle Übergang von der öffentlichen zur privaten Sicherheit, vom kollektiven zum individuellen Risikomanagement, von der Sozialversicherung zur Eigenverantwortung, von der Staatsversorgung zur Selbstsorge (steht)“.³ Im Sinne von Ottawa Charta und Capability-Ansatz geht es vielmehr um strukturelle Bedingungen, die Selbstsorge der Subjekte ermöglichen.

5. Empfehlungen

Zentralperspektive: Der vorsichtige Titel des 13. Kinder- und Jugendberichts „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen“ lässt sich auf das **Prinzip der „Befähigungsgerechtigkeit“** verdichten. Ist aber die Aufgabe der Gesundheitsförderung schon in der Kinder- und Jugendhilfe angekommen?

Ein erster Blick macht deutlich, dass eine begriffliche Vielfalt und konzeptionelle Unschärfen vorherrschen, dass es bereits eine vielfältige Projektpraxis gibt und große Unterschiede innerhalb der Handlungsfelder bestehen. Die Perspektive „Gesundheitsförderung“ führt u. a. dazu, dass Diskussionsbedarf hinsichtlich der Zuschnitte der etablierten Handlungsfelder entsteht.

Als Beleg für die konzeptionelle Unschärfe sammelten wir die Fülle von Begriffen, die in den vorhandenen Konzepten genannt werden. Darunter sind höchst paradoxe Begriffe wie z. B. „Bewegungsprävention“ oder „Gesundheitsprävention“:

- Hygieneerziehung,
- Gesundheitspädagogik,
- Gesundheitsbildung,
- Wellnesserziehung,
- Gesundheitstraining,
- Soziale Gesundheitsarbeit,
- Bewegungsprävention
- Gesundheitsprävention,
- Gesundheitsförderung,
- Präventionsschulung,
- Gesunde Kindertageseinrichtung,
- Gesundheitskindergarten,
- Gesunde Erziehung und Bildung ...

³ Lessenich 2008, S. 82

Auf den zweiten Blick entdecken wir, dass zwar vor allem im Rahmen der Kindertagesbetreuung bundesweit zahlreiche gute Projekte existieren. Es fehlt jedoch eine klare Durchdringung all dieser Projekte in bestimmte Strukturen. Das heißt: wir finden vielfältige, additive und punktuelle Projektpraxis *statt flächendeckender Regelangebote vor!*

Es gibt unterschiedliche, oft kombinierte Formen:

- Information, Aufklärung, gezielte Prävention, vor allem im Hinblick auf Ernährung und Bewegung,
- Projekte mit gesundheitspädagogischen Aspekten (verbunden mit anderen Themen wie Gender, Sex/Partnerschaft, Naturerfahrung, Sport, musische Bildung, Inklusion etc.),
- eingebettete Gesundheitsförderung, d. h., man redet nicht über Gesundheit, sondern gestaltet zum Beispiel den Schulalltag so, dass dort gute Förderbedingungen für die Kinder und Jugendlichen geschaffen werden (der „gesunde, gut vernetzte Jugendtreff/Verein“ – ist noch selten!),
- implizite Gesundheitsförderung (als „Nebenprodukt“ von Selbstwirksamkeit fördernder Pädagogik, noch selten als Gesundheitsförderung verstanden).

Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit durch ein integriertes System früher Förderung

Der Bereich der frühen Kindheit hat sicher in den letzten Jahren am stärksten profitiert. Durch die Frühen Hilfen und die frühe Förderung wurde eine Menge in Bewegung gesetzt. Wir können vor allem darüber froh sein, dass der Fokus nicht mehr nur auf die Verhinderung von Kindeswohlverletzung oder Kindesmissbrauch liegt, obwohl das ein sehr wichtiges Thema darstellt. Wenn es um junge Familien geht, sollte nicht die erste Frage lauten: Ist hier potenziell Missbrauch festzustellen? Vielmehr sollte die Frage lauten: Wie kann man einer Familie unter den Bedingungen einer veränderten gesellschaftlichen Familiensituation gute Unterstützungsangebote machen?

Unsere Empfehlungen sind daher:

- Frühe Hilfen müssen als umfassendes Unterstützungsangebot für Eltern von der Schwangerschaft über die Geburt bis zu den ersten Lebensmonaten/-jahren organisiert werden. Familienhebammen sind hier ein mögliches Angebot, allerdings bedürfen sie einer sozialdiagnostischen Qualifizierung.
- Bewährte Formen der Familienbildung (wie HIPPY, Opstapje, Rucksack, Auf den Anfang kommt es an) sollten Standardangebote werden.
- Am besten geeignet scheinen Early-excellence-Projekte, Kinder-Tages-Zentren (KiTZ), „Haus für Familien“, Mütter- und Familienzentren und Mehr-Generationen-Häuser, die sozialraumbezogen ausgerichtet sind und ein komplexes Angebot machen können.
- Frühe Hilfen dürfen nicht unter einer Kontrollperspektive wahrgenommen werden, sondern als abrufbare Assistenz und als Orte, an denen sich Familien treffen und austauschen und damit auch selbst organisieren können.

Es hat sich meines Erachtens weitgehend durchgesetzt, dass es heute bei den Frühen Hilfen nicht nur um den Kinderschutz geht, sondern auch die Förderung und die Hilfe ganz zentrale Aspekte sind.

Gesundheitsförderung im Schulalter

Wie bereits ausgeführt, bestehen bei einigen Kindern im Schulalter erhebliche Probleme. Der Übergang zur weiterfördernden Schule beispielsweise, bei dem die weiteren Bildungskarrieren entschieden werden, schafft erhebliche Belastungen. Eigentlich wäre der Schulbereich ein ideales Feld, weil man dort alle Kinder erreicht. Wenn dort vernünftige Gesundheitsförderung betrieben werden würde, hätte man eine echte Chance, gerade benachteiligte Kinder und Familien gut zu erreichen.

Auch hier gibt es bereits gute Konzepte. An der Universität Lüneburg werden seit Jahren gemeinsam mit Krankenkassen Konzepte für die „gesunde Schule“ entwickelt. Wir sind aber noch weit von dem entfernt, was längst möglich wäre.

Wir empfehlen in diesem Bereich:

- Die steigenden gesundheitlichen Belastungen (Ernährungsprobleme, Übergewicht, chronische Erkrankungen wie Allergien und psychosoziale Probleme wie ADHS) dürfen nicht medikalisiert werden.
- Weil in der Schule alle Kinder erreicht werden können, bedarf es einer verbesserten Kooperation von gesundheitsförderlichen Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und der Schule durch den Ausbau der schulbezogenen Sozialarbeit.
- Speziell in den Ganztagesangeboten ist die systematische Förderung von altersspezifischen Gesundheitsthemen relevant.
- Förderung der Elternselbsthilfe (etwa durch Projekte wie Elterntalk).

Im Schulalter spielt das ADHS-Thema eine große Rolle. Die vorliegenden Daten sind besorgniserregend (**Abbildung 12**), allein der steile Anstieg der Verordnung von Ritalin und ähnlichen Produkten in den wenigen Jahren von 1999 bis 2014. In Bezug auf die ADHS-Diagnose finden wir eine ähnliche Kurve vor wie bei den psychosozialen Problemen.

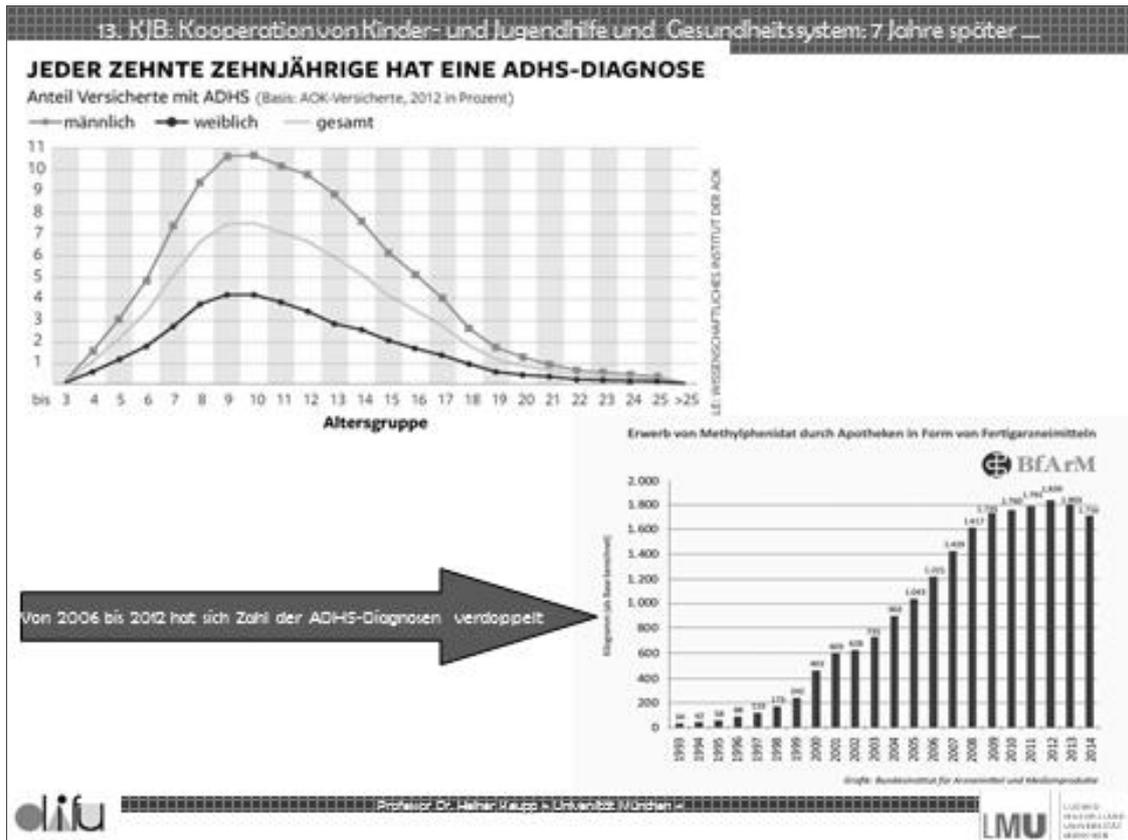


Abbildung 12

Ist die Antwort auf bestimmte Probleme, die Kinder und Jugendliche heute haben, sie möglichst gut mit Medikamenten zu versorgen? Auch wenn ich kein Fundamentalkritiker an der Verschreibung von Ritalin bin, halte ich diese unheimliche Zunahme an Verschreibungen für sehr problematisch. Von 2006 bis 2012 hat sich die Zahl der ADHS-Diagnosen verdoppelt. Der absolute Spitzenwert in Deutschland wird in Unterfranken gemessen. Das könnte evtl. daran liegen, dass dort ein Forschungszentrum für ADHS beheimatet ist, daher steigen die Diagnosen dort gewaltig an. Das ist kein besonders valides Faktum, wenn es von solchen Faktoren abhängt.

Gesundheitsförderung im Jugendalter

Im Jugendalter geht es um die Gewinnung von Lebenskohärenz und die Entwicklung eines eigenen Lebenskonzepts:

- Dringend erforderlich ist eine stärkere fachliche (und politische) Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken des Jugendalters (vor allem psychosoziale Probleme wie Sucht, Essstörungen, Depressionen).
- Notwendig ist die Unterstützung bei der Erarbeitung realistischer und erreichbarer Lebensziele und der identitären Grenzziehung. Diese sind Voraussetzung für Gewinnung von Lebenskohärenz.
- Unterstützung ist vor allem bei der Bewältigung von Übergängen (z. B. Schule – Beruf) relevant.

- Jugendliche in ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zu Erziehung bedürfen einer genügend intensiven, aber an ihre Lebenswelt anschlussfähige, nicht ausgrenzende und mit dem Gesundheitssystem vernetzte Hilfen.

Arbeitsfeldübergreifende Herausforderungen

Entscheidend für alle Bereiche und Altersgruppen ist die Verbesserung der Netzwerke. Eine von uns klar aufgestellte Forderung war die Schaffung **verbindlicher Netzwerkbildung**.

Netzwerke für eine verbesserte Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe sind erforderlich. In diesen vernetzten Strukturen sind zielgenaue Handlungsstrategien, bezogen auf den jeweiligen Sozialraum, die speziellen Problemkonstellationen und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Kompetenzen der beteiligten Systeme zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Diese Netzwerke sind von besonderer Bedeutung in den Bereichen:

- Frühe Förderung,
- Kindertagesbetreuung,
- Schnittstelle Schule – Kinder und Jugendhilfe,
- Jugendliche in belastenden Lebenslagen,
- Kinder und Jugendliche mit Behinderung.

Ein Mitglied der Kommission war Klinikleiter in Oberbayern. Dieser hatte das gesamte vorhandene Feld von Hilfesystemen über stabile Kooperationsverträge eng an seine Klinik angebunden. Ich denke, wenn das funktioniert, wenn das von dem guten Willen eines Klinikdirektors abhängig ist, müsste es an vielen anderen Orten ebenfalls funktionieren. Man muss es nur wollen. Vielleicht muss man es sogar gesetzlich vorgeben, zumindest als ein Förderkriterium. Je besser die Vernetzung gelingt, umso mehr Fördermittel sollten in bestimmte Regionen fließen.

Die Koordination ist Aufgabe des Kinder- und Jugendhilfesystems und muss finanziert sein! Die Gestaltung der Netzwerke ist kein leichtes Unterfangen. Das muss man lernen. Netzwerkarbeit ist eine neue Professionalität. In Rheinland-Pfalz wurde im Jahr 2008 ein Kinderschutzgesetz verabschiedet, in dem festgelegt wurde, dass für jedes Kind unter 6 Jahren 7 Euro in einen besonderen Topf gezahlt werden, aus dem nur Netzwerke gefördert werden. Das heißt, es gibt eine eigene Finanzierung für die neue Art von professioneller Tätigkeit.

Notwendig ist der Aufbau lokaler und interdisziplinärer Netzwerke (Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Schulen, Polizei, Gerichte etc.):

- Schaffung verbindlicher Kommunikationsstrukturen,
- Gestaltung eines fachlichen Austauschs der Beteiligten über die jeweiligen Aufgabenzuständigkeiten hinaus (Wechselseitigkeit der Perspektiven),
- Klarheit in der gemeinsamen Orientierung,

- Erhöhung der Transparenz über Hilfeangebote und Erweiterung der Hilfe- und Förderprogramme für Familien,
- Gewinnung von Erkenntnissen für kommunale Berichterstattung,
- Anregung von interdisziplinären Fortbildungen.

6. Aus Erfahrungen mit dem 13. KJB ableitbare Prüfsteine für sinnvolle Kooperationen

1. Kooperation ist kein Wert an sich! Sinnvolle Kooperation kann nur über inhaltliche Qualitätsziele bestimmt werden (z. B. Förderung von Befähigungsgerechtigkeit). Andernfalls gerät sie zu einer beliebig instrumentalisierbaren „Sekundärtugend“.
2. Kooperation zwischen voneinander isolierten Hilfesystemen braucht eine gemeinsam akzeptierte Basisphilosophie (z. B. Salutogenese oder den Capability-Ansatz).
3. Kooperation kann nicht in einer institutionellen oder professionellen Dominanzkultur gedeihen. Herr-Knecht-Konstellationen zerstören Kooperationen.
4. Kooperationen, die aus einem Kontrolldispositiv folgen, stehen im Widerspruch zu einer Förderperspektive (z. B. die Kinderschutzgesetzgebung).
5. Kooperationen sind als Zwischentappe erforderlich, um eine volle Integration bislang getrennter Leistungssysteme zu ermöglichen (etwa bei der „Großen Lösung“).
6. Kooperation soll zur Qualitätsverbesserung der Förderinstrumente führen, darf aber nicht als fiskalische Sparbüchse missbraucht werden.

7. Was ist seit der Berichtsvorlage geschehen?

Auf der bundespolitischen Ebene ist leider sehr wenig passiert. Wir waren mit unseren Vorschlägen dreimal im Bundestag, in Ausschüssen, in Anhörungen usw. Die damalige Regierung hatte sich für das Thema nicht interessiert.

Es wurden über 100 – zum großen Teil bundesweite – Fachveranstaltungen zum Bericht und seinen Themen (u. a. AGJ, Evangelische Akademie, Länder, Fachverbände, freie überregionale Träger) durchgeführt. Nach unserem Eindruck sind danach viele Dinge auf den Weg gebracht worden.

Im Gesundheitswesen und auch in den östlichen Bundesländern liegt ein deutlich geringes Interesse vor.

Parallel dazu – vor allem nach der Stellungnahme der Bundesregierung – brach die Diskussion zur „Großen Lösung“ auf, die jetzt in die Novellierung des SGB VIII hineinfließt. Zu diesem Thema besteht noch ein hoher Diskussionsbedarf. Inklusion ist eine neu erkannte fachliche Herausforderung. Es sind Bemühungen um eine Annäherung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Behinderten- bzw. Eingliederungshilfen erkennbar.

Es gibt vielfältige Bemühungen, Konzepte der Gesundheitsförderung mit Leben zu füllen.

Außerdem wurden die Bemühungen verstärkt, die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem über das frühe Kindesalter hinaus zu verbessern.

Eine weitere Maßnahme war die Verabschiedung eines „entschärften“ Kinderschutzgesetzes. Im Bereich der „Frühen Hilfen“ hat sich am meisten getan.

8. Herausforderungen

- Die 2008 von der Bundesregierung vorgelegte „Strategie zur Förderung der Kindergesundheit“ sollte unter Einbeziehung der Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes weiterentwickelt werden. Diese Aufgabe kann nicht allein vom Gesundheitsministerium erfüllt werden, sondern viele andere Bereiche, wie Bildung, Soziales usw., müssen in diese Strategie einbezogen werden.
- Die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung muss intensiviert werden. Hier liegt ein besonders dringlicher Ansatz für Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention (z. B. durch eine Kindergrundsicherung).
- Inklusion ist nicht nur als programmatische Leerformel, sondern als Reformprojekt zu verstehen.
- In den Feldern der Jugendhilfe bedeutet Inklusion, geschlechts-, herkunfts- und migrationssensibel zu arbeiten.
- Da die gesundheitsrelevanten Belastungswerte im Schulalter besonders dramatisch sind, müssen gesundheitsförderliche Kooperationen der Kinder- und Jugendhilfe mit der Schule strukturell verbessert werden.
- Die gesellschaftliche und politische Ignoranz gegenüber den zunehmenden psycho-sozialen Problemen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen muss überwunden werden.
- Die Förderung verbindlicher kooperativer Netzwerkstrukturen zwischen den Systemen der Jugend-, Gesundheits- und Eingliederungshilfe bedürfen einer strukturellen Absicherung und Förderung.

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit.

Prävention als gemeinsame Vorsorge von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Vorstellung von Kooperationsmodellen

Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen und vertragsärztliche Qualitätszirkel“

KATHARINA HAVERKAMP

Tandemtutorin für Interdisziplinäre Qualitätszirkel, Stützrad gGmbH Berlin

CLAUDIA RUBLACK

Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen, Jugendamt Berlin-Pankow

Die gemeinsame Zielgruppe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen sind Familien. Wir stellten in unserer Arbeit fest, dass es schwierig ist, im Interesse der Familien Menschen aus dem Gesundheitssystem und dem Jugendhilfesystem an einen Tisch zu bringen. Der Zeitdruck ist auf beiden Seiten sehr hoch und im Zusammenspiel mit steigenden Fallzahlen und einer steigenden Fallkomplexität kommt es zu einem großen Versorgungsdruck bei allen beteiligten Fachkräften. Wir versuchten, trotz dieses vorhandenen Versorgungsdrucks Ideen zu entwickeln, wie es gelingen kann, dass Familien nicht durch das Netz fallen und dass die Fachkräfte, auch wenn sie einen hohen Aufwand betreiben müssen, sich zu vernetzen, hinterher eine Entlastung erfahren können.

Wenn es um die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen geht, gilt es, gegenseitige Vorurteile abzubauen. Auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe trifft man auf folgende Aussagen, wenn es um die Bewertung der Kooperation mit Ärzten geht (**Abbildung 1**):



Abbildung 1

Von den Medizinerinnen sind hingegen folgende Aussagen zu vernehmen (**Abbildung 2**):



Abbildung 2

Alle diese Aussagen haben wir heute bereits diskutiert und sie sind tatsächlich in unseren Runden geäußert worden.

Geht das nicht besser? Ganz bestimmt – zum Beispiel mit Qualitätszirkeln!

Was sind Qualitätszirkel?

Qualitätszirkel sind in der Arbeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten ein seit vielen Jahren erprobtes Instrument der Qualitätssicherung und zusätzlich ein klassisches Vernetzungsformat. Sie beinhalten einen moderierten, fachlichen Austausch auf Augenhöhe zwischen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Die Themenwahl erfolgt aufgrund eigener Praxiserfordernisse. Qualitätszirkel sind entweder fachgebunden oder fachübergreifend. Es muss ein Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und bei der Ärztekammer im Hinblick auf Förderung und Fortbildungspunkte für die moderierenden bzw. teilnehmenden Ärzte gestellt werden. Zurzeit existieren bundesweit mehr als 8.000 Qualitätszirkel als Beitrag zur Qualitätsentwicklung in verschiedenen Bereichen der Medizin.

Wozu dienen interdisziplinäre Qualitätszirkel in den Frühen Hilfen?

Frühe Hilfen bieten integrierte Versorgungssysteme für belastete (werdende) Familien mit kleinen Kindern im Alter von 0 – 3 Jahren. Dahinter steht die Idee, dass verschiedene Fachkräfte, die in diesem Zeitraum, in dem die Kinder klein sind, mit der Familie in Kontakt kommen, zum Wohle der Familie miteinander kooperieren und sich Fachkräfte verschiedener Handlungsbereiche für einen wirksamen Kinderschutz vernetzen. Die Frühen

Hilfen ermöglichen die Nutzung früher, niederschwelliger Zugänge und sind somit von den Familien sehr leicht in Anspruch zu nehmen. Steht „das Jugendamt“ vor der Tür, geht die Tür zu. Kommt eine Familienhebamme oder eine Kinderkrankenschwester in die Familie oder hat die Familie selbst die Möglichkeit, Rat einzuholen oder aus einer Liste möglicher Hilfe-Angebote zu wählen, sieht die Situation schon anders aus und Hemmschwellen werden abgebaut. Ziel interdisziplinärer Qualitätszirkel in den Frühen Hilfen ist es, hilfesystemübergreifende Verantwortungsgemeinschaften von Fachkräften aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu bilden, belasteten Familien besser aufeinander abgestimmte Hilfen anzubieten und damit zu einer Entlastung sowohl der Familien als auch der beteiligten Fachkräfte beizutragen.

Modellprojekt IQZ Frühe Hilfen

Die Idee der Gründung interdisziplinärer Qualitätszirkel (IQZ) wurde im Rahmen eines Modellprojektes des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) von 2010 bis 2013 erprobt und wird seither durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen gefördert.

Die Grundidee besteht in der Vernetzung Früher Hilfen aus dem Bereich der Jugendhilfe und vertragsärztlicher Strukturen – mit dem Ziel, gemeinsam im präventiven Bereich zu agieren und nicht erst im Grau- oder sogar Kinderschutzbereich.

Es sollte ein Format gefunden werden, das es ermöglicht, die Berufsgruppe der niedergelassenen Ärzte – Kinderärzte, Gynäkologen, hausärztliche Praxen, Kinder- und Jugendpsychiater – und niedergelassene Psychotherapeuten mit Fachkräften aus der Jugendhilfe zusammenzubringen, und zwar in einem Format, das die Ärzte schon kennen.

Hierfür wurde eine Koordinationsstelle innerhalb der KVBW eingerichtet, die es über die drei Jahre hinweg geschafft hat, eine weitreichende Etablierung von interdisziplinären Qualitätszirkeln im Land Baden-Württemberg zu begleiten.

Als Ziele wurde u. a. formuliert:

- persönliche Vernetzung durch regelmäßige gemeinsame (reflektierende) Fallbesprechung,
- verbesserte, bedarfsorientierte Überleitung von Patienten bzw. Klienten an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Jugendhilfe (Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen aus dem jeweils anderen Hilfesystem),
- Entwicklung verbindlicher Kooperationsverfahren.

Wie funktionieren interdisziplinäre Qualitätszirkel?

Die Moderation erfolgt durch ein Tandem: je eine Fachkraft aus dem Feld der Jugendhilfe und ein Arzt bzw. eine Ärztin. Dazu wird von der KV eine Tandemmoderatorenschulung angeboten. Der Qualitätszirkel selbst ist paritätisch mit Mitarbeiter/innen der öffentlichen und freien Jugendhilfe und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie u. U. weiteren Fachkräften des Gesundheitswesens (z. B. Ergo- / Physiotherapeuten, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Hebammen) besetzt. Die Leistung des moderierenden

Arztes wird über die KV je nach Richtlinien im jeweiligen Bundesland honoriert. Die teilnehmenden Ärzte erhalten Fortbildungspunkte, wenn der Qualitätszirkel angemeldet ist und durch die Ärztekammer zertifiziert wurde. Die interdisziplinären Qualitätszirkel, wie sie in dem Modellprojekt initiiert wurden, führten zu Beginn gemeinsame Fallberatungen nach dem Prinzip der Familienfallkonferenz durch. Es werden aber auch weitere Themen besprochen, zum Beispiel Verfahren zur Identifizierung von Fällen, die in das jeweils andere System gehören, oder die motivierende Beratung von Eltern, damit sie die angebotenen Hilfen in Anspruch nehmen.

Ergebnisse des Modellprojekts

In Baden-Württemberg fand während der Modellphase eine weitreichende Etablierung von regional arbeitenden IQZ statt. Über 35 geschulte Moderatortandems wurden gebildet, etwa zwei Drittel davon sind tatsächlich in die aktive Zirkelarbeit eingestiegen. Die Etablierung zeigte sich unterschiedlich, was u. a. daran liegen könnte, ob es sich um einen Flächenlandkreis handelte oder ob der Zirkel innerhalb einer Stadt gegründet wurde.

In Baden-Württemberg wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen Städtetag, Landkreistag, KVBW und BKK Landesverband Süd zur „Vernetzung Früher Hilfen“ geschlossen, inkl. der Möglichkeit zur extrabudgetären Vergütung von Fallfindung und motivierendem Elterngespräch für die beteiligten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Um diese Vergütung zu erhalten, müssen sie sich verpflichten, regelmäßig an den Qualitätszirkeln teilzunehmen sowie die Teilnahme an einer Fortbildung zu den Themen „Fallfindung“ und „motivierendes Elterngespräch“ nachweisen.

Interdisziplinäre Qualitätszirkel bundesweit

Nach der erfolgreichen Modellphase in Baden-Württemberg bestand der Wunsch von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, die flächendeckende Etablierung von IQZ bundesweit zu starten, u. a. natürlich verbunden mit dem „Fernziel“, auch in den anderen Bundesländern mögliche Selektivverträge zu verhandeln.

Die erste Tandemtutoren-Ausbildung wurde Anfang 2016 abgeschlossen, eine zweite Staffel läuft aktuell. Daran waren und sind jedoch noch nicht alle Bundesländer beteiligt. Tandemtutoren sind Moderatoren-Tandems, die sich zusätzlich bereiterklären, in ihren Bundesländern perspektivisch weitere Moderatoren-Tandems zu schulen und diese beim Aufbau eigener Qualitätszirkel zu begleiten. Im Land Berlin existieren aktuell drei ausgebildete Trainertandems, von denen zwei ihre Zirkel inzwischen gegründet und bei der KV Berlin angemeldet haben.

Interdisziplinäre Vernetzung in den Frühen Hilfen – Modellprojekt im Bezirk Pankow

Der Berliner Stadtbezirk Pankow ist sehr großflächig, hat 384.000 Einwohner und ist in drei Regionen aufgeteilt: Pankow, Prenzlauer Berg und Weißensee (mit insgesamt 13 Ortsteilen). In Pankow wurden 2015 über 5.000 Geburten registriert, somit ist der gebur-

tenreichste Bezirk in Berlin. Es gibt 51 Praxen der Kinder- und Jugendmedizin sowie 62 Praxen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Dazu kommen die ortsansässigen Kliniken. Die Zahlen suggerieren zunächst, dass der Bezirk mit Ärzten gut versorgt ist, aber dennoch reichen sie in einigen, v. a. kinder- und familienreichen Ortsteilen nicht aus.

Netzwerk Frühe Hilfen Pankow

Pankow hat sich schon sehr frühzeitig auf den Weg gemacht, als es die offizielle Bundesinitiative Frühe Hilfen und somit auch die entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten noch nicht gab. Unter der Verantwortung der Kinderschutzkoordinatorin im Jugendamt wurde bereits 2009 eine Arbeitsgruppe gebildet, an der u. a. Kolleg/innen der Erziehungs- und Familienberatungsstelle, der bezirklichen Entbindungs- und Kinderklinik, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, des Gesundheitsamtes sowie der Stützrad gGmbH mit dem Angebot „welcome“ als freier Jugendhilfeträger beteiligt waren und die die Gründung und Gestaltung des Pankower Netzwerks Frühe Hilfen initiierte. Inzwischen arbeiten 120 Netzwerkpartner/innen innerhalb des Bezirks Pankow unter Verantwortung der im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen etablierten und im Jugendamt angesiedelten kommunalen Netzwerkkoordinatorin gut zusammen.

Die Ausgangsfrage in der Netzwerkarbeit lautete: „Wie erreichen wir andere/weitere Berufsgruppen?“ Niedergelassene Ärzte wussten oft nicht, wen sie im Jugendamt anrufen können, wenn sie eine Kindeswohlgefährdung vermuteten. Das Jugendamt beklagte sich andererseits darüber, dass die Ärzte nichts sagen, und wussten nicht, wie sie etwas über den gesundheitlichen Zustand eines Kindes erfahren sollten.

Verschiedene Angebote wurden erprobt und ein Handlungsleitfaden für Ärzte wurde entwickelt. Dieser enthielt die Themen: Wie erkennt man eine Kindeswohlgefährdung? Wohin wendet man sich mit dem Verdacht? Was passiert, wenn eine Meldung abgegeben wurde? Was bedeuten bestimmte Begrifflichkeiten der Jugendhilfe?

Auch für die Kolleg/innen im Jobcenter wurde ein Handlungsleitfaden erarbeitet. Beide Leitfäden wurden sehr gut angenommen, hatten aber nicht zur Folge, dass eine Welle an Meldungen im Jugendamt eintraf oder die fachliche Zusammenarbeit grundlegend verbessert wurde.

Im Jahr 2013 bekam der Bezirk Pankow, wie alle Kommunen, über die Bundesinitiative Frühe Hilfen Geld, u. a. für den Netzwerkaufbau, und rief in diesem Zusammenhang ein Pilotprojekt aus, das sich mit der Frage befasste, wie die Ärztinnen und Ärzte besser erreicht werden können. Dazu recherchierten Studentinnen bundesweit in Arztpraxen und Kliniken. Die Studentinnen lieferten eine sehr gute Arbeit ab. Es stellte sich u. a. heraus, dass Ärzte nur in den Abendstunden zu gemeinsamen Treffen Zeit finden, dass sie nur kommen, wenn eine Win-Win-Situation geboten wird, wenn sie Punkte für ihre Veranstaltungsteilnahme erhalten – und es sollte etwas zu essen geben, weil sie direkt aus der Praxis bzw. Klinik kommen.

Modellregion Prenzlauer Berg

Parallel zu den „top-down“ initiierten Bewegungen rund um den Netzwerkaufbau etablierte sich in der Region Prenzlauer Berg „bottom-up“ eine kleine Gruppe von Fachkräften aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe, die an gegenseitigem Austausch interessiert waren. Zunächst eher im privaten Bereich entstanden, wurde im Jahr 2011/2012 aus „Spielplatz-Kontakten“ mehr, getrieben von der immer wiederkehrenden Frage: „Was macht Ihr eigentlich genau?“

Koordiniert durch den Jugendhilfeträger Stützrad gGmbH gab es auf lokaler Ebene an der Basis also bereits einen regen Austausch: zwischen einer niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, die viel mit Müttern mit postpartalen Depressionen und Säuglingen mit Regulationsstörungen arbeitet, mit einer Kinderärztin, die in der Gegend ihre Praxis hat, sowie einer ergo- und physiotherapeutischen Praxis, die viele Säuglinge behandelt. Diese Ärzt/innen und Therapeuten fragten nach, was „Stützrad“ eigentlich genau tut und wie Familien mit Beratungs- und Hilfebedarfen weitergeleitet werden könnten. Es entstand die Idee, eine Runde zu installieren, in der man sich gegenseitig erzählt, wie jeder arbeitet. Mit dieser kleinen Gruppe begann die Vernetzung. Die Treffen fanden etwa dreimal im Jahr statt. Die von allen Teilnehmenden empfundene „Sinnhaftigkeit“ der Treffen führte dazu, dass jeder noch jemanden mitbrachte.

Im Jahr 2014 erreichte die Runde eine Größe, die gerade noch dazu geeignet war, vertraulich über Fälle zu sprechen. Im gegenseitigen Einvernehmen wurde beschlossen, die Runde nach außen zu schließen, ohne dass jedoch bereits die Idee eines interdisziplinären Qualitätszirkels dahinter stand. Es wurden Fallberatungen auf Vertraulichkeitsbasis durchgeführt.

Im Jahr 2015 wurde dann bekannt, dass das in Baden-Württemberg existierende Modellprojekt in weitere Bundesländer multipliziert werden sollte. Die bereits existierende Prenzlauer Berger Gruppe entschied sich dafür, sich in Richtung eines Interdisziplinären Qualitätszirkels zu qualifizieren. Der Prozess gestaltete sich allerdings zunächst schwierig, weil erst einmal bei den Beteiligten die Frage geklärt werden musste, ob diese Veränderung für sie vorteilhaft wäre oder nicht.

Inzwischen ist der Qualitätszirkel in Prenzlauer Berg bei der KV Berlin angemeldet und durch die Ärztekammer zertifiziert. Das Moderationsteam (ein Gynäkologe und eine Fachkraft der Jugendhilfe) wurde geschult, und die Runde ist recht paritätisch mit Fachkräften des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe aufgestellt. Dazu gehören je eine Kollegin der Erziehungs- und Familienberatungsstelle und des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in dieser Region, eine Familienhelferin von einem freien Träger, die gleichzeitig eine insoweit erfahrene Fachkraft nach § 8a SGB VIII ist, das heißt, in einem Kinderschutzfall werden alle Kolleginnen und Kollegen gleich fachgerecht beraten. Eine Ergotherapeutin, eine Physiotherapeutin, drei Kinderärzte, ein Gynäkologen und eine niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin sind ebenfalls mit dabei.

Wichtig ist das Vorhandensein eines Zeitfensters für informelle Vernetzung. Hier werden Fragen geklärt wie: Was ist los in der Region? Wer ist mit seiner Praxis wohin gezogen? Wo kann ich jemanden unterbringen, der sich in einer akuten psychischen Krise befin-

det? Solche „warmen“ Kontakte, bei denen man sich von Angesicht zu Angesicht kennt, begünstigen die Zusammenarbeit und Vernetzung in hohem Maße.

Die Treffen des IQZ Prenzlauer Berg finden viermal pro Jahr (einmal pro Quartal) statt. In der Regel findet eine gemeinsame Fallreflexion und kollegiale Beratung statt. Die Fallreflexion muss keineswegs eine vorbereitete Ausarbeitung sein, sondern kann auch eine einfache Schilderung dessen sein, was in der Kinderarztpraxis an einem Kind ganz aktuell aufgefallen ist.

Wie schon erwähnt, gibt es mit dem Moderationsteam eine feste Verantwortlichkeit für die Runde sowie einen Mailverteiler für wichtige Netzwerk-Informationen zwischen Treffen und zur Aufrechterhaltung des Kontakts

Aufbau des interdisziplinären Austauschs in den Regionen Pankow/Weißensee/Buch

Im Bezirk Pankow wird zurzeit daran gearbeitet, auch in anderen Regionen den interdisziplinären Austausch von Fachkräften aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu fördern. Schlüsselpersonen der Frühen Hilfen werden gefragt, ob sie daran interessiert sind, in einem interdisziplinären Qualitätszirkel mitzuarbeiten. Die meisten reagieren erst einmal positiv.

Ein wichtiger Grund, weshalb Ärzte zunächst nicht in die Vernetzungsrunden kommen konnten, lag im Zeitpunkt der Treffen (z. B. vormittags zwischen 9 und 11 Uhr). Die Treffen lagen somit genau in der Sprechstundenzeit der Ärzte.

Fachliche Vernetzung ist für die Mitarbeiter der Jugendhilfe in der Regel eher Bestandteil der Arbeitszeit bzw. des fachlichen Handelns, da immer wieder Fälle beraten und Teamentscheidungen getroffen werden müssen. Ärzte können sich jedoch erst nach ihrer Sprechzeit in Form von Qualitätszirkeln vernetzen. Daher kann man das jetzige Format als große Anpassungsleistung bezeichnen, aber auch als eine Art „Paartherapie“. Man lernt sich kennen, man kann seine gegenseitigen Vorurteile loswerden. Als Moderator/in lernt man, mit den unterschiedlichen Befindlichkeiten, mit gegenseitigen Vorwürfen und mit den Grenzen jedes Systems klarzukommen, diese offen zu thematisieren und eine gegenseitige Annäherung bzw. Zusammenarbeit zu fördern.

Die oben erwähnten Schlüsselpersonen, in der Regel fünf bis sechs, bilden eine Vorbereitungsgruppe für den Qualitätszirkel der jeweiligen Region. In den Planungstreffen geht es um die Fragen: „Wer kennt interessierte Ärzte und andere „fehlende“ Professionen in dieser Region?“ / „Wer hat mit wem positive Erfahrungen gemacht?“ / „Hat jemand vielleicht gehört, dass sich Klient/innen positiv über einen Kinderarzt äußern?“ / „Wo treffen wir uns?“ / „Wer kann wen einladen?“ ... Dabei funktioniert es am besten, direkte, „warme“ Kontakte zu nutzen. Es ist in der Regel nicht hilfreich, alle Praxen aufzusuchen und um Vorstellungsgespräche zu bitten. Meist reicht aus, was sich bereits in alltäglichen Arbeitszusammenhängen gezeigt hat. Die Personen, die mitmachen wollen, sind auch die Richtigen, während es sehr schwer ist, jemanden von außen einbinden zu wollen, wenn kein eigenes Interesse vorhanden ist. Im Moment geben in Berlin-Pankow viele alteingesessene Ärzte ihre Praxen auf und junge Ärzte mit einem großen Interesse und Vernetzungsbedarf rücken nach. Diese Chance gilt es zu nutzen.

Der nächste Schritt im Gründungsprozess eines IQZ ist die Durchführung einer „Kick-Off-Veranstaltung“ mit allen Teilnehmern – zum gegenseitigen Kennenlernen, zur Erläuterung der Idee, zum Abklären von Erwartungshaltungen und Festlegen einer Geschäftsordnung, die das Setting, den Rahmen, Teilnehmer/innen und Terminplanung usw. enthält. Natürlich kann es passieren, dass bei einer solchen Veranstaltung letztlich nur die fünf Personen aus der Vorbereitungsgruppe zusammenkommen. Auch mit einem solchen Phänomen muss man leben. Der Aufbau eines Qualitätszirkels kostet u. U. viel Zeit.

Die Einbindung der interdisziplinären Qualitätszirkel in das Gesamt-Netzwerk Frühe Hilfen Pankow wird in **Abbildung 3** dargestellt:

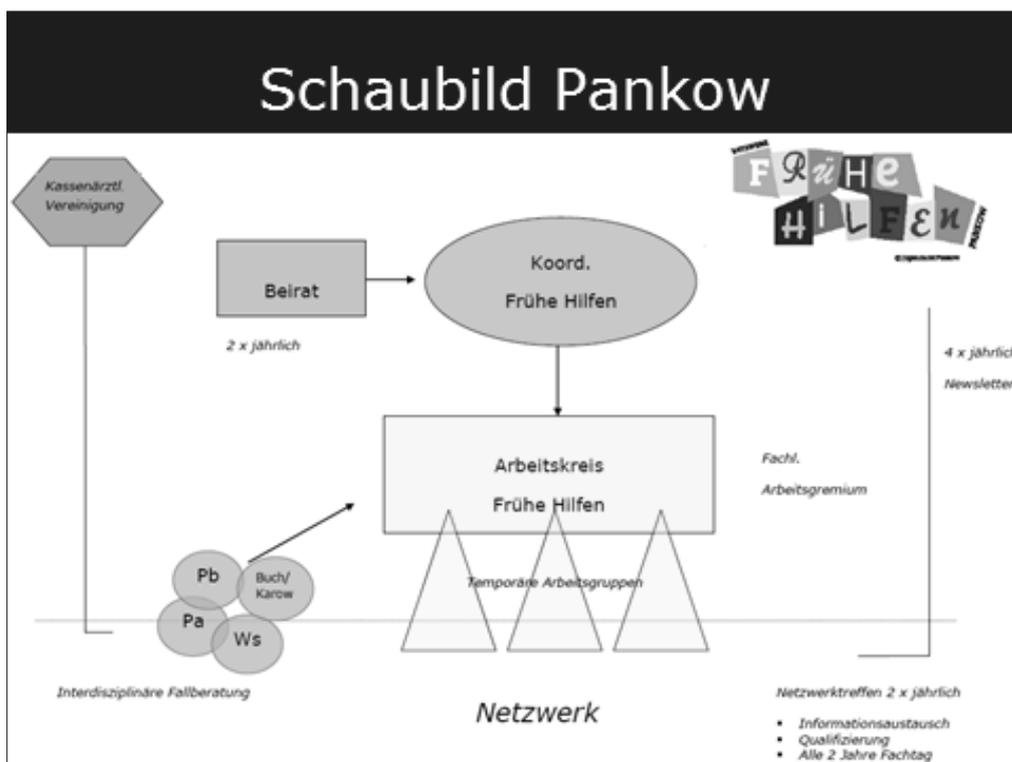


Abbildung 3

Die interdisziplinäre Fallberatung bzw. die interdisziplinären Qualitätszirkel sind inzwischen ein wichtiger Bestandteil unseres Netzwerkes, sodass an der weiteren Etablierung und Verstetigung intensiv gearbeitet wird.

Erfolgsfaktoren und Stolpersteine

- „warme Kontakte“ geben Starthilfe,
- Kinderwagenradius: Sehr wichtig sind kurze Wege für alle! Es gibt Runden, die sich immer am selben Ort treffen, andere wechseln ihre Treffpunkte, auch ein Treffen im Jugendamt kann gerade für die Ärzte einen guten Kennenlern-Effekt haben.
- Unterschiedlichkeit der Arbeitswelten sind zu berücksichtigen,
- knappe zeitliche/personelle Ressourcen sind ein wesentlicher Stolperstein, helfen aber auch dabei, fokussiert und zeiteffizient die ermöglichten Treffen zu nutzen.

- Datenschutz ist ein immer wieder diskutiertes Thema und v. a. zu Beginn ein „gefühlter Stolperstein“. Aber: Vertraulichkeit/Verschwiegenheit als Basis des Austausches schafft Vertrauen, auch schwierige Fallverläufe zu thematisieren und aus ihnen gemeinsam zu lernen. Gerade zum Thema „Datenschutz“ empfinden wir uns als eine lernende Einheit.

Vorhaben in Pankow 2016/2017

Der IQZ Region Prenzlauer Berg ist mit seinem ausgebildeten Moderationsteam angemeldet und zertifiziert. In der nächsten Zeit streben wir die Zertifizierung der IQZ in den Regionen Pankow und Weißensee an. In diesen Regionen besteht jedoch noch kein Moderationsteam. Lediglich die Moderatoren für die Seite der Jugendhilfe stehen inzwischen fest, interessierte Ärzte fehlen uns leider noch. Wir können die IQZ jedoch nur zur Zertifizierung anmelden, wenn wir über Moderationsteams aus beiden Systemen verfügen.

Zurzeit etablieren wir Fallrunden in Buch/Karow. Außerdem wird im Jahr 2017 ein großer Fachtag zur Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe stattfinden.

Vorhaben in Berlin 2016/2017

An der Basis der Jugendhilfe ist bereits eine Entwicklung zur Etablierung weiterer IQZ zu verzeichnen. In den meisten Gruppen, die sich dazu gefunden haben, sind Ärzte zwar beteiligt, sie scheuen jedoch aus verschiedenen Gründen noch davor zurück, eine Moderatorenausbildung zu absolvieren und sich als Moderatoren zur Verfügung zu stellen. Die beiden bereits zertifizierten IQZ (Prenzlauer Berg und Lichtenberg) werden in nächster Zeit stabilisiert und begleitend evaluiert.

Auf Landesebene besteht die Idee, eine Projektsteuerungsgruppe (u. a. Landeskoordinierungs- und Servicestelle Netzwerke Frühe Hilfen (LKS)/Senatsverwaltung Jugend/Senatsverwaltung Gesundheit/Kassenärztliche Vereinigung Berlin/Tandemmoderator/innen) zu gründen.

Vor allem die beteiligten Ärzte sowie die KV als deren Interessenvertretung plädieren für ein politisches Positionspapier, das gemeinsam von den beiden Senatsverwaltungen erarbeitet werden könnte. Aus ihm sollte hervorgehen, dass die politischen Entscheidungsträger das Vorhaben, gemeinsame Qualitätszirkel zu bilden, unterstützen und mittragen.

Im Land Berlin soll im 3./4. Quartal 2017 möglicherweise eine erste Trainertandem-Schulung für weitere Zirkel-Moderatoren durchgeführt werden.

Existierende Strukturen sinnvoll mit Neuem verbinden!

Wenn es in Kommunen oder Stadtteilen um die Kooperation von Fachkräften verschiedener Ressorts geht, stellen sich verschiedene Fragen: Welche Vernetzungsstrukturen existieren bereits? Was hat sich bewährt? Welche Netzwerkpartner fehlen? Warum? Wie können den „fehlenden Fachbereichen“ Zugänge in die Netzwerkstrukturen erleichtert werden? Es geht also nun darum, wie man den Schritt vom Modellprojekt zur Multiplika-

tion und parallel von guten, lokalen Beispielen zu einem gemeinsamen „Nenner“ schaffen kann.

Interdisziplinäre Qualitätszirkel stellen EINE Möglichkeit zur Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte (sowie ggf. Psychotherapeut/innen) dar. Das Format der Qualitätszirkel ist den Ärzten aus den von der KV geförderten vertragsärztlichen Qualitätszirkeln bekannt. Das klare Format der IQZ erleichtert daher sicherlich den Zugang zur Ärzteschaft, aber auch zu anderen Berufsgruppen, die in die kommunalen Netzwerkstrukturen der Frühen Hilfen noch eingebunden werden sollen.

Umsetzungsmöglichkeiten sind auf lokaler Ebene zu überprüfen. Es ist nicht einfach, unter den vorhandenen Bedingungen des Föderalismus eine bundesweite Entwicklung anzustoßen. Jede Kassenärztliche Vereinigung und jede LKS ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich organisiert. Interessierte Teilnehmer/innen der Tagung können sich Unterstützung bei der jeweiligen Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung des Landes suchen.

Inzwischen funktioniert die Zusammenarbeit im IQZ in Prenzlauer Berg bzw. in der sozialräumlichen Versorgung der hier lebenden Familien recht gut. Vorurteile bzw. Befindlichkeiten gegenüber der jeweils anderen Berufsgruppe konnten abgebaut werden, und ein offener Austausch auf Augenhöhe ist möglich und wird von allen Beteiligten geschätzt (**Abbildung 4**).



Abbildung 4

Insofern kann ein großer Entwicklungsschwung von einer Bewegung, wie wir sie vollzogen haben, ausgehen und echte Verantwortungsgemeinschaften im Sinne der gemeinsamen Zielgruppe der Familien ermöglichen.

Vielen Dank!

Prävention als gemeinsame Vorsorge von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Vorstellung von Kooperationsmodellen

Arbeitsgruppe „Das Projekt ‚Chancenreich‘ – Hilfen für eine erfolgreiche Erziehung“

DR. CHRISTOF KLINKERT
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Herford

ANNE-CATHERINE NEUHAUS
Vorstand der Carina-Stiftung, Herford

Entwicklung eines durchgängigen Fördersystems für Kinder und Jugendliche in der Region Herford

Die Carina-Stiftung ist seit 2004/2005 im Bereich der frühen Bildung tätig und begann mit dem Projekt „Kita & Co.“ – in Anlehnung an den Titel „Schule & Co.“ von der Bertelsmann-Stiftung. Inzwischen bietet die Carina-Stiftung innerhalb der Region Herford eine Reihe von Projekten, die Kinder und Jugendliche anhand der Lebenslinie von der Geburt bis zum Erwachsenwerden gut ins Leben begleiten (**Abbildung 1**):

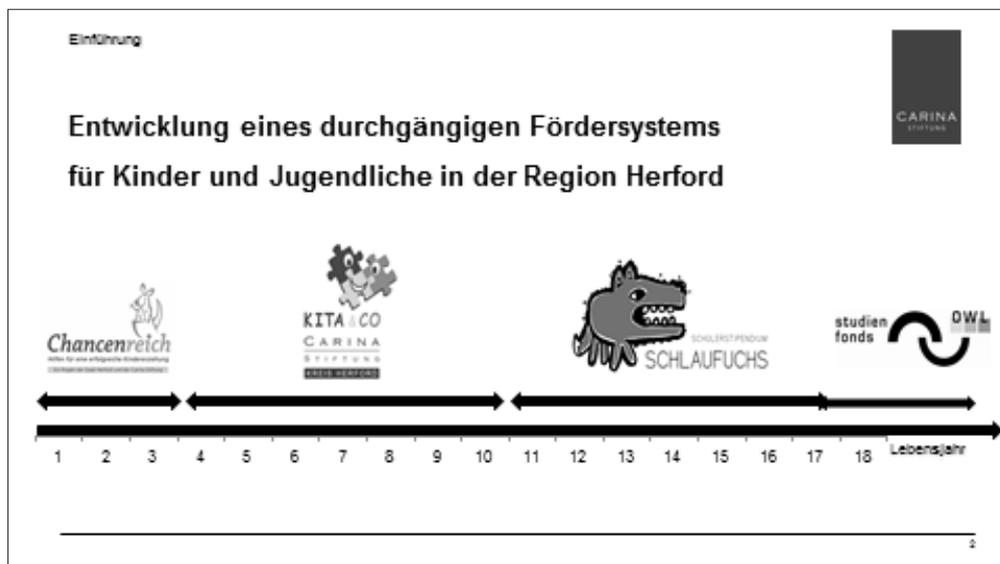


Abbildung 1

Unser Schwerpunkt liegt jedoch weiterhin auf der frühen Bildung. Das größte Projekt in diesem Bereich ist „Chancenreich“. Es existiert seit dem Herbst 2009. Im Projekt „Kita & Co.“ geht es vor allem um die Verbesserung der frühen Bildungsarbeit in den Kitas und die Optimierung des Übergangs von der Kita in die Grundschule. Dieses Projekt läuft weiterhin sehr erfolgreich. Wir merken, dass in den Kitas in Bezug auf die frühe Bildungsarbeit eine Menge geschieht, dass es aber noch etliche Kinder gibt, die erst in der Grundschule im öffentlichen System ankommen und für deren Entwicklung ein früherer

Zugang und frühere Bildungsangebote besser gewesen wären. Bei der Suche nach einer Lösung entwickelten wir das Projekt „Chancenreich“ als Angebot für die Altersklasse 0 bis 3 Jahre. Mit diesem Projekt wollen wir erreichen:

- eine Verbesserung der Erziehungskompetenz der Eltern durch ein evaluiertes, qualitätsgesichertes Erziehungstraining (kostenfrei, wohnortnah),
- die Errichtung eines zuverlässigen Frühwarnsystems: Besuch aller am Projekt teilnehmenden Eltern von Neugeborenen durch speziell ausgebildete Familienbesucherinnen, Einsatz eines Screening-Modells zur Identifikation der Familien, die besondere Hilfen benötigen,
- einen durchgängigen Kita-Besuch aller Kinder ab dem 3. Lebensjahr.

Das Angebot richtet sich an alle Eltern von Neugeborenen in der Stadt Herford. Wir erreichen ca. 60 Prozent dieser Zielgruppe. Die Stadt Herford als Partner koordiniert das Projekt und stellt Personalbudgets zur Verfügung. Angestellte der Stadt werden für die Arbeit in dem Projekt freigestellt. Das Projekt tritt unter seinem eigenen Namen bei den Familien auf, nicht unter dem Namen „Jugendamt“. Das Projekt erfährt von der Stadt die Adressen der Familien, in denen ein Kind geboren wurde. Ein Anreiz dafür, sich an diesem Projekt über die drei ersten Lebensjahre des Kindes zu beteiligen, bietet das Bonus-system für alle teilnehmenden Familien. Diese erhalten 500 Euro einkommensunabhängig und ohne Verwendungsnachweis. Dies führte im Vorfeld des Projektes zu erheblichen Debatten mit der Verwaltung und vor allem mit der Politik. Zusammen mit der damaligen Dezernentin haben wir es jedoch durchsetzen können. Somit bekamen wir erstens viel leichter einen Zugang zu den Familien und ersparten uns zweitens einen sehr hohen bürokratischen Aufwand, indem wir nicht den Bonus nach dem Einkommen berechnen und Verwendungsnachweise prüfen mussten. Die Offenlegung des Einkommens hätte zudem eine Barriere geschaffen und eine stigmatisierende Wirkung verursacht. Dieser Bonus ist nicht nur ein verlockendes Geschenk, sondern auch ein ernst gemeintes Dankeschön an die Eltern, dass sie sich auf den Weg und sich diese Mühe machen. Er wird in zwei Raten ausgezahlt: Den ersten Betrag gibt es nach dem 1. Geburtstag, wenn alle Vorsorgeuntersuchungen bis zur U6 durchgeführt wurden und das Elterntaining absolviert worden ist. Ist das Kind zum 3. Geburtstag im Kindergarten angemeldet, gibt es den zweiten Bonusbetrag.

„Chancenreich“ befindet sich in der zweiten Projektphase (2014 bis 2019) und steht vor einer weiteren Verlängerungsoption. Es wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Yvonne Anders, FU Berlin, evaluiert: 2014 durch eine Querschnittsstudie, 2016 durch eine Längsschnittstudie. Wir verfolgten von Beginn an den Ansatz, das Projekt wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten, um daraus zu lernen, es weiterentwickeln und vielleicht auch als wertvolles Modell für die Jugendhilfe weiterverbreiten zu können.

Bausteine des Projekts „Chancenreich“ sind:

1. Familienbesuch: Alle Familien der Stadt Herford werden besucht, das heißt, mit allen Familien wird durch ein Infoschreiben des Bürgermeisters Kontakt aufgenommen und es wird versucht, einen Besuchstermin zu finden. Die teilnehmenden Eltern werden in den drei Jahren drei- bis viermal besucht, bei besonderem Bedarf der Eltern aber auch häufiger.

2. Elternhandbuch: Alle relevanten Informationen zur Erziehung,
3. Voraussetzungen für den Bonus:
 - nachweisliche Teilnahme an allen ärztlichen U-Untersuchungen, die durch die neuen Kinderschutzrichtlinien mit einer deutlichen Erweiterung der Leistungen stark aufgewertet worden sind, inkl. der U7a plus, die das Projekt initiiert hatte, um die vorhandene Lücke für die Dreijährigen zu füllen, weil genau diese Zeit mit dem Besuch der Kita im Einklang stand. (Die Kinderärzte haben seit vielen Jahren die U7a als freiwillige Vorsorge durchgeführt. Das Projekt ist inzwischen von der Politik eingeholt worden, da die U7a für alle verpflichtend eingeführt worden ist. Seitdem gibt es die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6, die das erste Lebensjahr abdecken, und bis zur Einschulung die weiteren Vorsorgeuntersuchungen.)
 - Teilnahme an einem kostenlosen Erziehungskurs, zum Beispiel PEKiP, „Starke Eltern – Starke Kinder“, „Fun-Baby“, „Spielend lernen“, „Triple P“ und „Kess erziehen“, außerdem „Elternstart NRW“,
 - Anmeldung in der Kita ab dem 3. Lebensjahr,
 - Bereitschaft zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation.
4. Datenbank zur Dokumentation aller Besuche (strukturiertes Interview) mit automatisierter Bewertung von Risikofaktoren nach dem Ampel-System, die wiederum mit den Bewertungen der Familienbesucherinnen abgeglichen werden. Unterscheiden sich diese Bewertungen, wird dies in den Teambesprechungen erörtert. Das Ampel-system bedeutet im Einzelnen, dass die Familien im grünen Bereich keinen Hilfebedarf aufweisen und meist Spaß daran haben, sich am Projekt zu beteiligen. Bei den Familien im roten Bereich ist i. d. R. bereits das Jugendamt tätig. Bei den Familien im gelben Bereich ist ein Hilfebedarf zu verzeichnen, aber das Jugendamt ist noch nicht mit dieser Familie befasst. Hier werden wir präventiv tätig, indem wir diese Familien identifizieren und frühzeitig Hilfen anbieten, bevor sie in den roten Bereich kommen.

Der Ansatz des Projektes ist es, frühe Hilfen einzusetzen. Das heißt, wo keine Hilfen gebraucht werden, müssen wir auch keine Hilfe aufdrängen. Es geht uns in erster Linie um die Familien im gelben Bereich, die sich noch nicht im Hilfesystem befinden – sei es durch ältere Geschwisterkinder, über Drogenberatungsstellen oder andere Einrichtungen, die bereits viele Hilfestellungen bieten.

Das Projekt „Chancenreich“ hält verschiedene **präventive Angebote** vor:

1. Familienhebamme: Unterstützung von Eltern bei gesundheitlichen Problemen bis zum 6. Lebensmonat (eine Familienhebamme arbeitet bei uns im Verein und kooperiert mit den anderen Familienhebammen in der Stadt),
2. Familiencoach: Begleitung von Familien im sozial belasteten Bezirk Nordstadt (Dauer: bis zu acht Monate) – diese Kollegin ist russischstämmig, ein großer Teil der Einwohner mit Migrationshintergrund in diesem Stadtteil stammen aus dem

Gebiet der ehemaligen UdSSR, daher ist russisch dort eine wichtige Sprache, um mit den Familien in Kontakt zu treten,

3. Opstapje: Aufsuchende Begleitung und Unterstützung von Familien über einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten,
4. Familienpatinnen: Kooperation mit dem Kinderschutzbund zur Begleitung von Familien,
5. Treffpunkte: Etablierung von Stadtteiltreffs zur sozialen Vernetzung mit Gruppenangeboten,
6. Elternbriefe: Lebensalter-bezogene Informationen zur Kindesentwicklung als Bestandteil des Elternhandbuches,
7. Muttersprachliche Assistentinnen: Unterstützung der Familienbesuche als Dolmetscherinnen.

Wenn im Einzelfall besondere Bedarfe bestehen, können wir die Angebotspalette noch ergänzen. Dabei stimmen wir uns mit dem Jugendamt ab, das an dem Projekt beteiligt ist. Bereits vorhandene Strukturen der Frühen Hilfen werden weiterhin intensiv genutzt. Auch wenn die Teilnahme am Projekt freiwillig erfolgt, informieren wir die Eltern bei Feststellung eines Kinderschutzelfalles darüber, dass dies an das Jugendamt weitergegeben werden muss, wenn sie den Hilfebedarf selbst nicht erkennen (wollen). Vorher werden verschiedene Akteure zu Rate gezogen, wie die Kinderärzte oder Pädagogen. Der Zugang zu dem System wird erleichtert, wenn ein positives Verhältnis zur Familienhebamme besteht, die der Familie sagen kann, dass sie in dieser Familie ein so großes Problem sieht, dass sie es nicht allein tragen kann und daher weitergeben muss. Das führt mitunter zu Ärger, aber nicht in derart weitreichendem Maße, dass das Projekt in seinen Grundfesten erschüttert würde – auch nicht im Sinne des Datenschutzes.

Projektorganisation

Träger des Projekts „Chancenreich“ ist der Chancenreich Herford e. V. in Partnerschaft mit dem Sozialdezernat und Jugendamt der Stadt Herford.

Ein Lenkungsausschuss, bestehend aus Vertretern der Stadt und der Stiftung, tagt offiziell zweimal im Jahr. Wir treffen uns allerdings de facto häufiger. Der Vorteil der Kleinstadt besteht darin, dass man sich auf „Zuruf“ relativ spontan zusammenfinden kann. Die Zusammenarbeit zwischen Stadt und Stiftung funktioniert sehr gut und auf Augenhöhe.

Die Projektleitung liegt bei der Stadt. Das ist auch völlig richtig, weil die über das Know-how verfügt. Der Geschäftsführer des Chancenreich Herford e. V. ist ein mit einer halben Stelle, inzwischen sogar mit einer Zwei-Drittel-Stelle freigestellter Mitarbeiter der Stadt.

Im Projekt sind sechs Familienbesucherinnen inkl. Familienhebamme in 2,8 Vollzeitäquivalenten und eine Sekretärin mit einer halben Stelle tätig (Stand: 6/2016).

Auswertung Datenbank (8/2009 – 8/2016)

Die Grundgesamtheit der Auswertung (= 100 Prozent) ist die Gesamtzahl der in der Stadt Herford lebenden Familien mit einem Neugeborenen (ca. 600 pro Jahr). Bislang fanden über 8.100 Besuche in ca. 4.300 Familien statt. Die Zugangsquote – Gespräche mit den Familien bei einem ersten Besuch – liegt bei 80,8 Prozent. Die anderen 20 Prozent stimmen aus unterschiedlichen Gründen einem Besuch nicht zu. Es nehmen aktuell 57,3 Prozent der Familien an dem Projekt teil, die auch tatsächlich über drei Jahre dabei bleiben. Auch der Kontakt mit der muslimischen Gemeinde in Herford ist seit Jahren sehr positiv. Dort gibt es eine starke Frauengruppe, die Elterntraining in der Moschee anbietet. Auch aus verschiedenen anderen Gemeinden und Gruppierungen steigen Familien in das Projekt ein. Die Teilnehmergruppe ist dadurch bunt gemischt. Zwei von drei Kindern in Herford haben einen Migrationshintergrund, mindestens durch ein Elternteil. Es waren etwa 1.950 Kursteilnahmen zu verzeichnen.

37,5 Prozent der Familien, die wir angesprochen haben, nehmen nicht teil. Zudem gibt es sogenannte „Verweigerer“, das sind 2,77 Prozent, die wir überhaupt nicht erreichen, weder telefonisch noch direkt an der Haustür. Hier versuchen wir immer wieder, den Kontakt herzustellen. Vor allem der Vereinsvorsitzende, der Sozialpfarrer im Kreis Herford, ist sehr rührig und bemüht sich hartnäckig um einen Zugang zu den Familien. Insbesondere mit der großen mennonitischen Gemeinde in Herford, deren Familien sehr stark unter sich bleiben wollen, bemühen wir uns vergebens um einen Kontakt. 2,42 Prozent erreichen wir aufgrund eines Wegzugs aus dem Stadtgebiet nicht.

Vernetzung

Die strategische Arbeitsgruppe trifft zweimal im Jahr zusammen, unter Beteiligung von:

- Freie Träger (VAB, AWO, DRK etc.),
- Jugendamt (Geschäftsführer des Vereins),
- Qualitätszirkel der Frauenärzte,
- Qualitätszirkel der Kinderärzte,
- Gesundheitsamt des Kreises,
- Kinderklinik (Klinikum),
- Frauenklinik (Klinikum),
- Frauenklinik (Mathilden Krankenhaus),
- Diakonie,
- Kinderschutzbund,
- Psychologischer Dienst der Kinderklinik.

Das bedeutet, dass wir es in dem Projekt „Chancenreich“ geschafft haben, eine interdisziplinäre Kinderschutzgruppe mit verschiedenen Trägern zusammenzustellen. Das Projekt läuft seit 2009, im Jahr 2007 begannen die Vorbereitungen dazu. Da das Projekt inzwischen gut etabliert ist und im Jahr 2012 das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getre-

ten ist, hat sich die Gruppe der Koordination und dem Auftrag der Vernetzung im Kinderschutz verschrieben, wobei das Jugendamt weiterhin seine originären, eigenen Aufgaben vollständig übernimmt und das Projekt mit dem Verein zusammen koordiniert. Der Sozialpfarrer leitet und moderiert als Vorsitzender die Arbeitsgruppe.

Die Evaluation

Wir verfügen noch nicht über valide Daten darüber, dass durch das Projekt am Ende die Jugendhilfekosten sinken und um wie viel billiger das Sozialsystem wird, weil Frühe Hilfen effektiv sind. Das Jugendamt erkennt zumindest erste Indizien dafür, dass in der betroffenen Gruppe andere Fördermaßnahmen zurückgehen, weil die Frühen Hilfen positive Effekte zeigen.

Das Projekt „Chancenreich“ ist wissenschaftlich begleitet und bewertet worden. Den Ansatz dafür lieferte die Studie „AquaFam: Ansätze zur Erhöhung der familialen Anregungsqualität von Kindern aus bildungsfernen Familien. Welche Auswirkungen hat ein niedrigschwelliger, modularer Ansatz mit monetärem Anreiz auf teilnehmende Familien und Kinder?“ geleitet von Prof. Dr. Yvonne Anders, Freie Universität Berlin. Sie erklärte sich auch dazu bereit, unser Projekt zu evaluieren und mit wissenschaftlich greifbaren Daten zu unterfüttern¹.

Ziel ist es, die Interventionsgruppe von „Chancenreich“, die mit 240 Familien mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr angesetzt ist (Ist: 180) für die AquaFam-Studie zu gewinnen. Das heißt, nicht alle Teilnehmer am Projekt sind Teilnehmer an der Studie. Die Vergleichsgruppe kommt aus der benachbarten Stadt Bielefeld, die 15 bis 20 km von Herford entfernt liegt und etwas großstädtischer ist. Dort existiert kein vergleichbares Projekt. Die Vergleichsgruppe besteht aus Familien, die an eine Familienbildungsstätte, die in der Nähe der Universität liegt, angeknüpft sind. Somit gestaltete sich der Zugang unproblematisch. Kontrollvariablen waren: Bildungsstand, Migrationshintergrund, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Familienstruktur, Entwicklungsprobleme etc.

Es wurden folgende **Zielindikatoren** festgelegt:

1. Verbesserung der Erziehungskompetenz (Kursystem),
2. Verbesserung des Gesundheits- und Vorsorgeverhaltens (U-Untersuchungen),
3. Auswirkungen auf die sprachliche Entwicklung (Testverfahren),
4. Auswirkungen auf das Sozialverhalten der Kinder (Testverfahren),
5. Auswirkungen einzelner Bausteine des Modellprojekts (Best-Practice-Ansätze),
6. **NEU:** Auswirkungen der Kita-Qualität auf die Kindesentwicklung.

¹ Abschlussbericht zum Download unter <http://www.chancenreich-herford.de/news/details/aquafam-studie.html>

„**Familiale Anregungsqualität**“ als ein komplexes Konstrukt wird durch das in **Abbildung 2** gezeigte Modell beschrieben. Als wesentliche Einflussfaktoren der Prozessqualität gelten hiernach zum einen die Lebensumstände einer Familie (= Strukturqualität), zum anderen die elterlichen Vorstellungen von Erziehung und Bildung. Letztgenannte können durch Projekte wie Chancenreich gezielt beeinflusst werden und führen damit zu einer besseren sozial-emotionalen und einer besseren sprachlichen Entwicklung (= Prozessqualität) der Kinder.

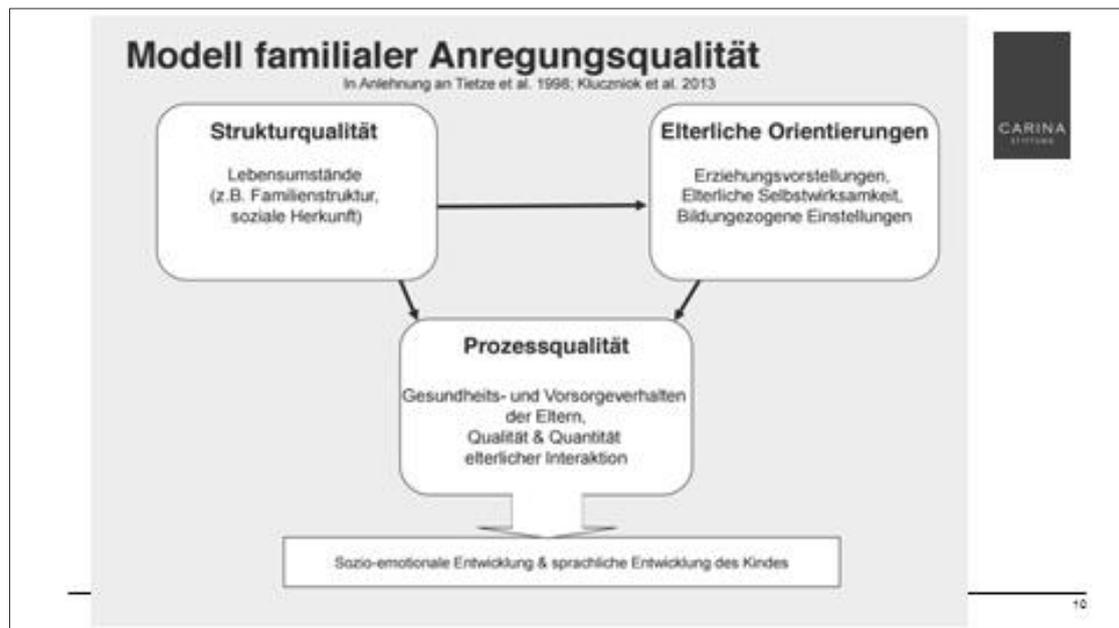


Abbildung 2

Anhand verschiedener Variablen lassen sich die Strukturqualität, die elterlichen Orientierungen und die Prozessqualität messen (**Abbildung 3**). Ein Kriterium für die Strukturqualität ist beispielsweise die Anzahl der Bücher im Haushalt, außerdem die Familiensprache. Die elterliche Orientierung wurde anhand der Eigenwirksamkeit, das heißt, wie die Eltern ihre eigene Wirksamkeit in der Familie erleben, bewertet. Dabei wurden die drei Dimensionen Ernährung, Bewegung und Medien (z. B. Zahl der Stunden des Fernsehkonsums) betrachtet.

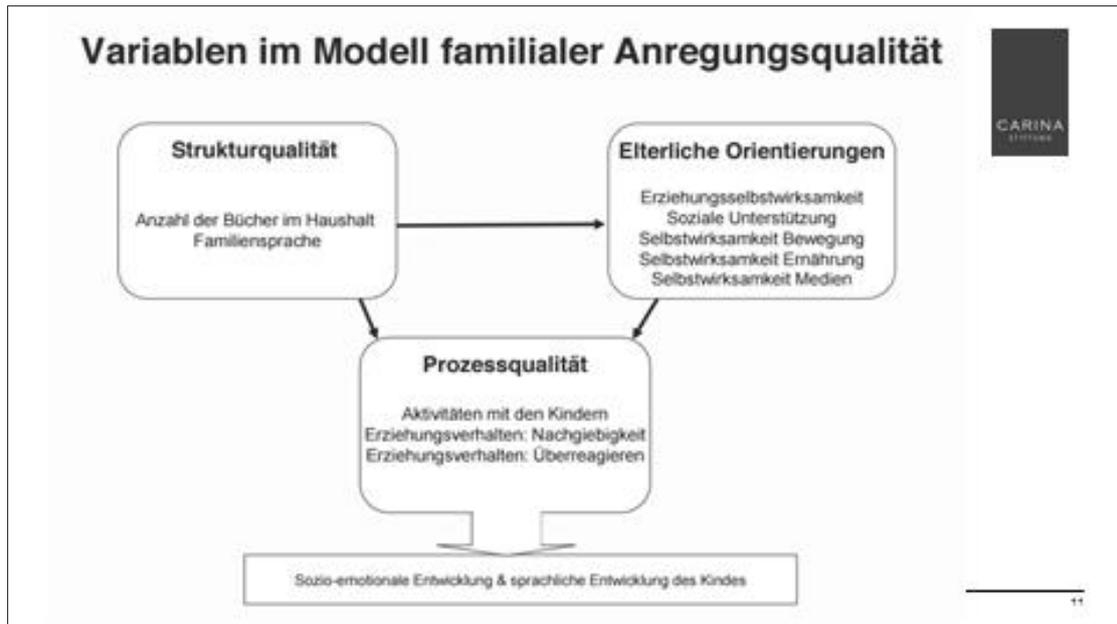


Abbildung 3

Diese Kriterien sind gut messbar. Der Prozess ist mit den Merkmalen beschrieben worden, wie viel Aktivität zwischen Eltern und Kindern stattfindet und wie die Eltern ihr Erziehungsverhalten in Bezug auf Nachgiebigkeit und Überreaktion einschätzen.

Die Gruppe der Teilnehmer am Projekt „Chancenreich“ setzt sich wie folgt zusammen (Abbildung 4):

Welche Familien nehmen an Chancenreich teil?

Monitoring Daten	Teilnehmer	Nicht-Teilnehmer	sign.
	N=1252	N=749	
	M(SD) / %	M(SD) / %	
Alter der Mütter	30,29 (5,46)	27,79 (6,10)	*
Alter der Väter	33,40 (6,82)	31,55 (8,17)	*
Familienstand verheiratet/zusammenlebend	91%	88%	*
Alleinerziehende Mutter	9%	10%	*
Einzelkinder	50%	83%	*
Migrationshintergrund (Mutter)	47%	44%	n.s.
Bildungsabschluss der Mutter Hochschulabschluss	21%	14%	*
Kein Bildungsabschluss	5%	11%	*
Elternzeit der Mutter	95%	84%	*
Arbeitslosengeldbezug der Familie	21%	5%	*

Anmerkung: *p<.10 **p<.05 ***p<.001

CARINA
Studien

12

Abbildung 4

Die Teilnehmer sind im Durchschnitt etwas älter als die Nicht-Teilnehmer. Die Teilnehmenden sind eher die größeren Familien. Die Familien mit einem Einzelkind haben offenbar weniger Interesse daran, am Projekt teilzunehmen. Der Migrationshintergrund spielt eine untergeordnete Rolle. Der Bildungsabschluss ist bei den Teilnehmern etwas höher, der Anteil derjenigen ohne Bildungsabschluss ist bei den Nicht-Teilnehmern höher. Über die Gründe kann man nur Vermutungen anstellen. Der Arbeitslosengeldbezug ist wiederum bei den teilnehmenden Familien häufiger anzutreffen. Daher spielt vielleicht der finanzielle Anreiz zur Teilnahme bei diesen Familien eine Rolle.

An der Studie waren 184 Familien beteiligt, die am Projekt „Chancenreich“ teilnehmen, während die beteiligte Vergleichsgruppe aus 58 Familien bestand (**Abbildung 5**).

Welche Familien haben an AQuaFam teilgenommen?			
AQuaFam-Daten	Chancenreich N=184	Vergleichsgruppe N=58	sign.
	M(SD) / %	M(SD) / %	
Alter der Mutter aus der Datenerhebung	34.16 (4.88)	35.03 (4.78)	n.s.
Alter des Vaters aus der Datenerhebung	36.98 (5.96)	38.07 (5.35)	n.s.
Anzahl der Kinder pro Familie	0.83 (0.70)	0.66 (0.72)	n.s.
Erstgeborene	55%	76%	*
Migrationshintergrund	35%	19%	*
Bildungsabschluss der Mutter Hochschulabschluss	33%	57%	*
Kein Schulabschluss	1%	0%	*
Elternzeit (Mutter)	89%	91%	n.s.
Haushaltsnettoeinkommen	1462 (544)	1685 (456)	*
Armutsgrenze (<990,-€)	25%	9%	*

Anmerkung: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Abbildung 5

Diese Gruppen unterscheiden sich etwas deutlicher voneinander, zum Beispiel in der Anzahl der Kinder pro Familie. In der Vergleichsgruppe gibt es mehr Einzelkind-Familien. Der Anteil der Familien mit Migrationshintergrund ist in der „Chancenreich“-Gruppe deutlich höher als in der Vergleichsgruppe, wobei in Herford ungefähr 45 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufweist. In der Vergleichsgruppe aus der Bielefelder Elternbildungseinrichtung haben fast 60 Prozent der Mütter einen Hochschulabschluss, in der Herforder Gruppe hingegen ein Drittel der Mütter. Das spiegelt sich in den durchschnittlichen Haushaltseinkommen wider. Die „Chancenreich“-Familien sind etwas ärmer als die Familien der Vergleichsgruppe und damit eher von Armut bedroht. Die Kontrollgruppe entspricht in der Grundzusammensetzung nicht der „Chancenreich“-Gruppe. Daher lassen die Ergebnisse einen gewissen Interpretationsspielraum offen.

Etwa zwei Drittel der Fragebögen sind vollständig auswertbar zurückgekommen. Das ist für Studien dieser Größenordnung eine recht gute Quote.

Die Evaluation kommt in Bezug zu der Frage, welche Familien an dem Projekt „Chancenreich“ teilnehmen, zu der Feststellung:

„Chancenreich“ gelingt es, auch benachteiligte Familien zu erreichen, z. B.:

- hoher Anteil (48,8 Prozent) von Familien mit Migrationshintergrund (Anteil Herford: 45,6 Prozent), dieser definiert sich dadurch, dass mindestens ein Elternteil nicht-deutscher Herkunft ist,
- hoher Anteil (19,3 Prozent) an Eltern, die Arbeitslosengeld beziehen (Anteil Herford: 11 Prozent).

Unsicherheit und Wunsch nach sozialer Unterstützung sind in diesen Zielgruppen relevant. Der am häufigsten genannte Teilnahmegrund ist der Bonus.

Fragt man die Familien, wie sie die Effekte des Projektes sehen, zeigt sich:

Die Eltern der Chancenreich-Familien zeigen, ...

- ... eine bessere gefühlte soziale Unterstützung,
- ... eine höhere Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen,
- ... positivere Einstellungen zu Vorsorgeuntersuchungen.

In Chancenreich-Familien schätzen Familien mit höherem und niedrigerem Bildungsstand die Vorsorgeuntersuchungen als gleichermaßen positiv ein.

Die Angebote des „Chancenreich“-Projektes werden sehr unterschiedlich in Anspruch genommen (**Abbildung 6**).

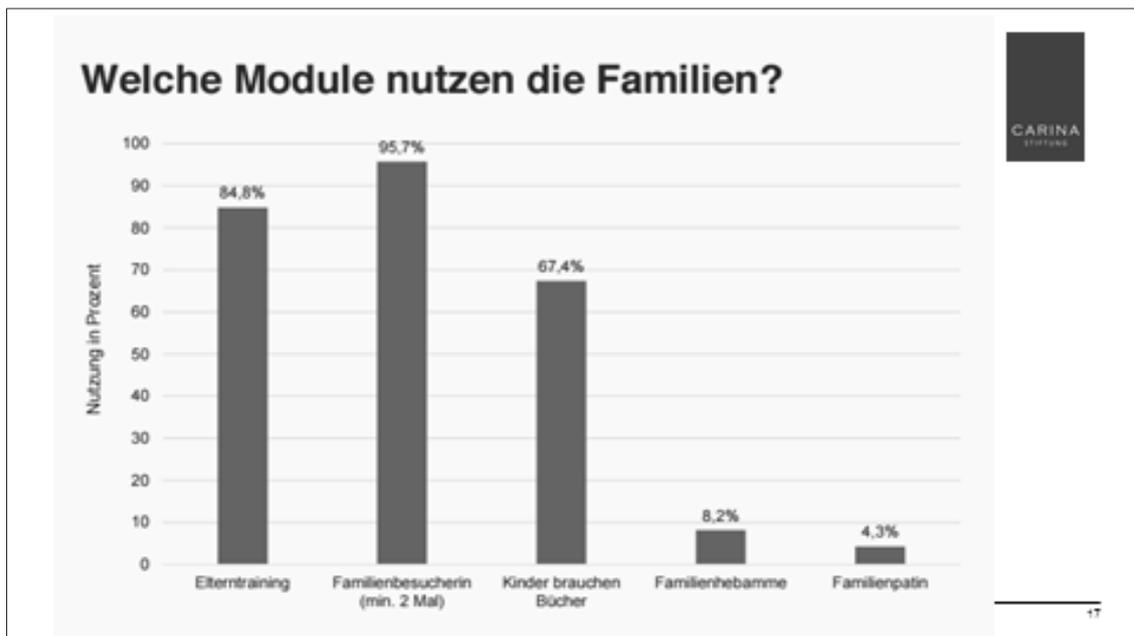


Abbildung 6

Das Elternt raining wird weitgehend genutzt, weil dieses Modul die Voraussetzung dafür ist, den ersten Teil des Bonus-Betrages zu erhalten. Das Elternt raining ist bis zum Erhebungszeitpunkt noch nicht zu 100 Prozent absolviert worden, da sich viele Kinder noch im ersten Lebensjahr befinden und der Nachweis über die Teilnahme erst am 1. Geburtstag erfolgen muss. Die Familienbesuche werden fast zu 100 Prozent in Anspruch genommen, bis auf die wenigen Familien, bei denen sich bis dahin noch kein Termin gefunden hat. „Kinder brauchen Bücher“ ist ein Projekt, das gut angenommen wird. Beim zweiten Hausbesuch wird ein Buchgeschenk mitgebracht und das Thema „Bücher und Vorlesen“ ist Gegenstand des Gesprächs. Die weiteren Angebote werden deutlich weniger genutzt.

Die verschiedenen Kurse des Elternt rainings erfahren eine unterschiedliche Akzeptanz (**Abbildung 7**). Auf der linken Seite sind die erziehungsorientierten Kurse und auf der rechten Seite die eher beziehungsorientierten Kurse aufgeführt. Der etwas dunklere Balken kennzeichnet die „Chancenreich“-Gruppe. Bei der Annahme der Kurse ist natürlich das jeweilige Angebot in Herford und Bielefeld steuernd wirksam. „Familienstart NRW“ haben wir nicht im Angebot. PEKiP wird von der Vergleichsgruppe bevorzugt, „Fun Baby“ hingegen von der „Chancenreich“-Gruppe.

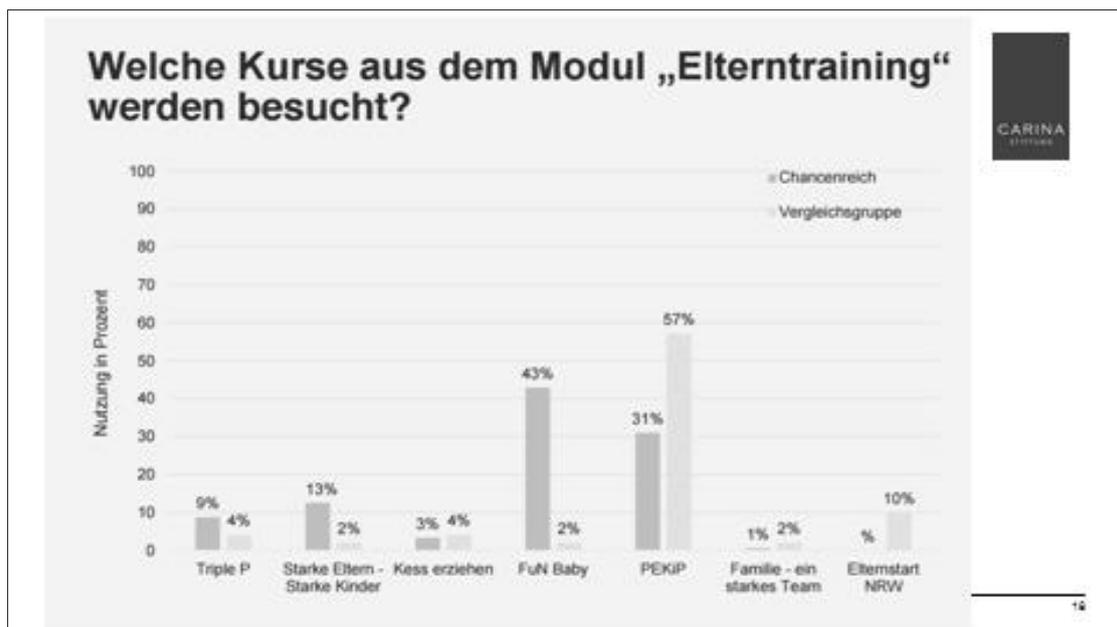


Abbildung 7

Die beziehungsorientierten Kurse werden weitaus mehr frequentiert als die Erziehungskurse. Es wurde untersucht, welche Familien an den erziehungsorientierten Kursen teilnehmen (**Abbildung 8**).

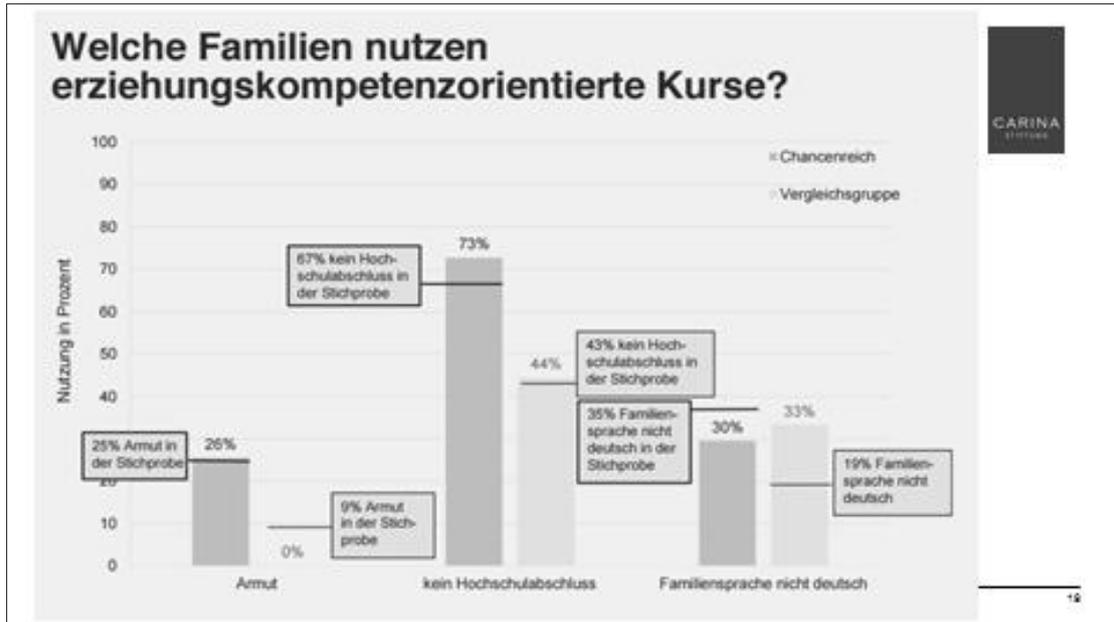


Abbildung 8

Der Kreis der Teilnehmer an erziehungskompetenzorientierten Kursen ist aus allen Schichten bunt gemischt. Es sind sowohl Hochschulabsolventen als auch Eltern ohne Hochschulabschluss dabei, deutschsprachige und nicht-deutschsprachige Eltern, Familien, die von Armut bedroht sind, ebenso Familien, die davon nicht bedroht sind.

Die an der Evaluation teilnehmenden Eltern wurden gefragt, von welchem Modul sie am meisten profitierten (**Abbildung 9**):

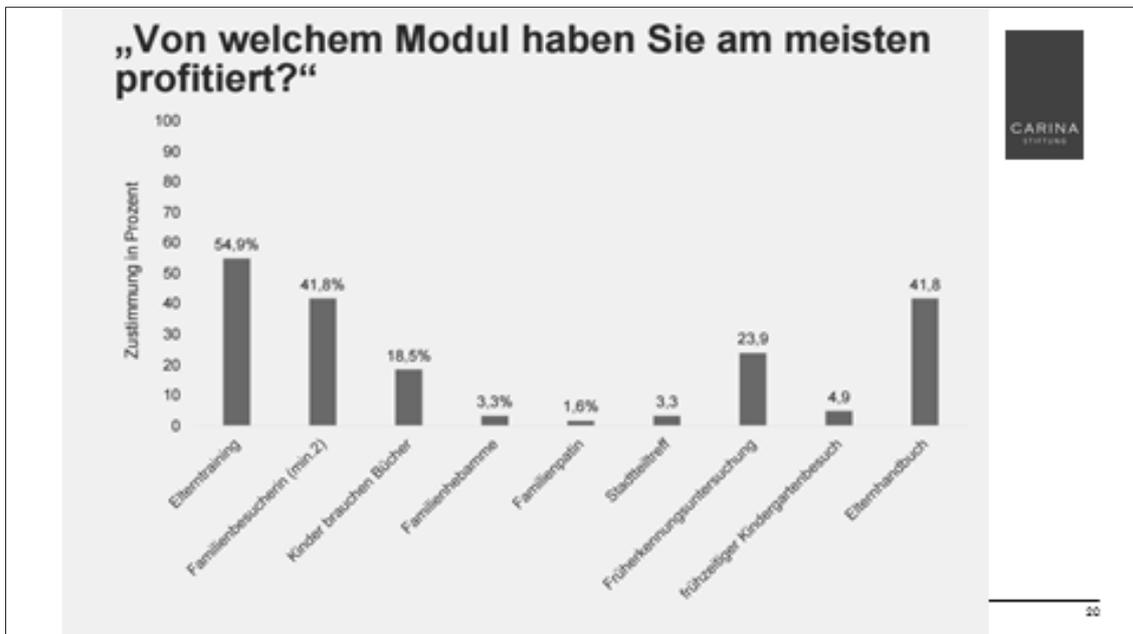


Abbildung 9

Vor allem die Kurse des Elterntrainings und der persönliche Kontakt durch die Familienbesuche werden als sehr hilfreich und wichtig angesehen. Beim Handbuch sind die Meinungen zwiespältig. Die meisten besitzen es, bei vielen steht es beim letzten Familienbesuch noch immer ungenutzt im Regal. Trotzdem wird es als recht positiv eingeschätzt. Die anderen Module werden weniger genutzt und daher als weniger gewinnbringend gesehen. Allerdings wird die Pflicht zur Vorsorgeuntersuchung zu 100 Prozent erfüllt. Familienhebammen gehen nur im Bedarfsfall in die Familien, daher können nur wenige Familien dieses Modul bewerten.

Die Familienbesucherinnen berichteten über ihre Erfahrungen in Bezug auf die Themen, die mit den Familien besprochen und ausgetauscht wurden (**Abbildung 10**). Der Erfahrungsaustausch wurde von allen Beteiligten als sehr wichtig eingeschätzt. Der persönliche Kontakt ist der große Schlüssel dafür, dass man jede Familie anspricht, ohne Ansehen der Person, des sozialen Status, des Bildungsstandes etc. Die in der Abbildung aufgeführten Themen sind von den Familien am häufigsten angesprochen worden: Gesundheit, die Krankengeschichte, spezielle Familiensituationen, Zugang zu einem Kindergartenplatz, Umgang der Geschwister usw.



Abbildung 10

Auch wenn viele – auch organisatorische – Probleme im Elternhandbuch abgehandelt werden – wie zum Beispiel der Zugang zu einem Kindergartenplatz –, wird das persönliche Gespräch darüber häufig bevorzugt. Das Familienhandbuch ist inzwischen auch online abrufbar und wird immer wieder aktualisiert.

Worin unterscheiden sich „Chancenreich“- und Vergleichsgruppen-Familien?

Aus Sicht der Erzieherinnen in den Kindergärten zeigen die Kinder aus „Chancenreich“-Familien ein geringeres Problemverhalten als andere Kinder. Aus Sicht der Eltern haben die Kinder bessere Alltagsfertigkeiten. Die Eltern fühlen sich in ihrer Erziehungskompe-

tenz gestärkt und können den Kindern mehr Fertigkeiten mitgeben. Der Wortschatz der Kinder aus den von „Chancenreich“ geförderten Familien ist insgesamt größer als der der Kinder im Projekt „Frühe Chancen“, einem Projekt, an dessen Evaluation Frau Prof. Anders mitgearbeitet hatte und daher über die entsprechenden Daten verfügt.

Wie schätzen Eltern die Wirkung von „Chancenreich“ ein?

Die Familien fühlen sich insgesamt besser informiert und die Familienbesucherinnen haben einen sehr hohen Stellenwert. „Wissen um die kindliche Entwicklung“ ist das von den Eltern am meisten geschätzte Thema und wird mit den Familienbesucherinnen am häufigsten besprochen. Die Eltern geben an, am meisten von Gesprächen zu diesem Thema profitiert zu haben. Die Familienbesucherinnen bilden den ersten Kontakt zu den Familien und auch den erfolgreichsten. Andere Ansprechpartner stehen bei Bedarf zur Verfügung.

Was hat den Familien an „Chancenreich“ besonders gefallen?

Einige Aussagen, die die Eltern im Rahmen der Studie dazu trafen (**Abbildungen 11 und 12**), beziehen sich vor allem auf den finanziellen Bonus und auf die Verbesserung der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen. Der Kindergartenbesuch wird immer selbstverständlicher, auch schon vor dem 3. Geburtstag, aber bei den Dreijährigen sind wir nahe an 100 Prozent. Die Familienbesucherinnen versuchen, den U3-Kindergartenbesuch zu vermitteln, wenn sie ihn für erforderlich halten, damit das Kind zumindest stundenweise in ein anregenderes Umfeld kommt.

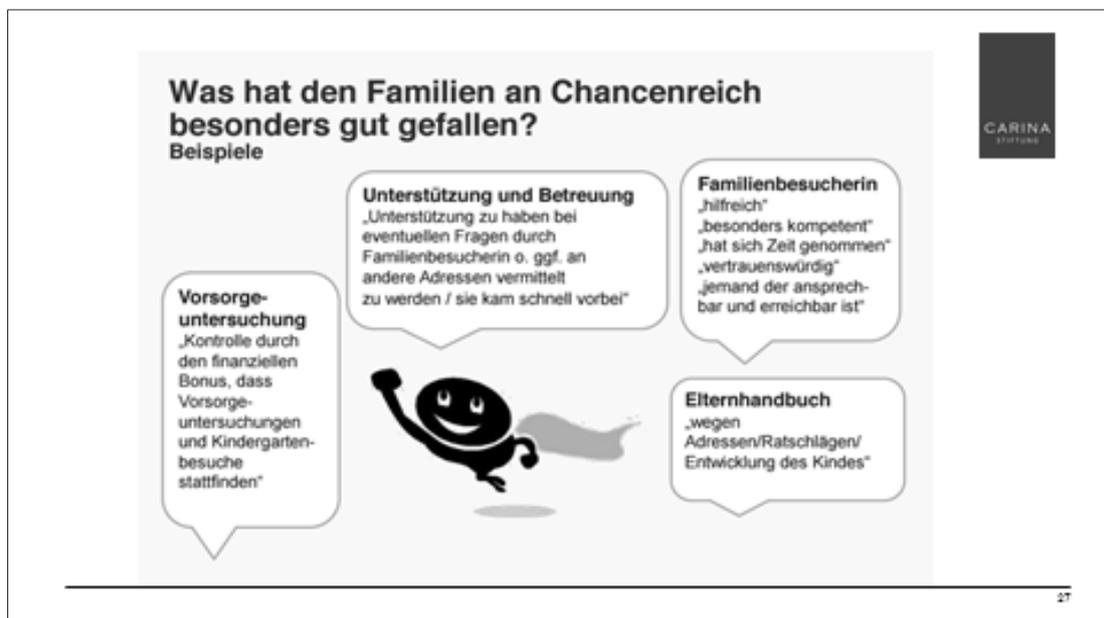


Abbildung 11

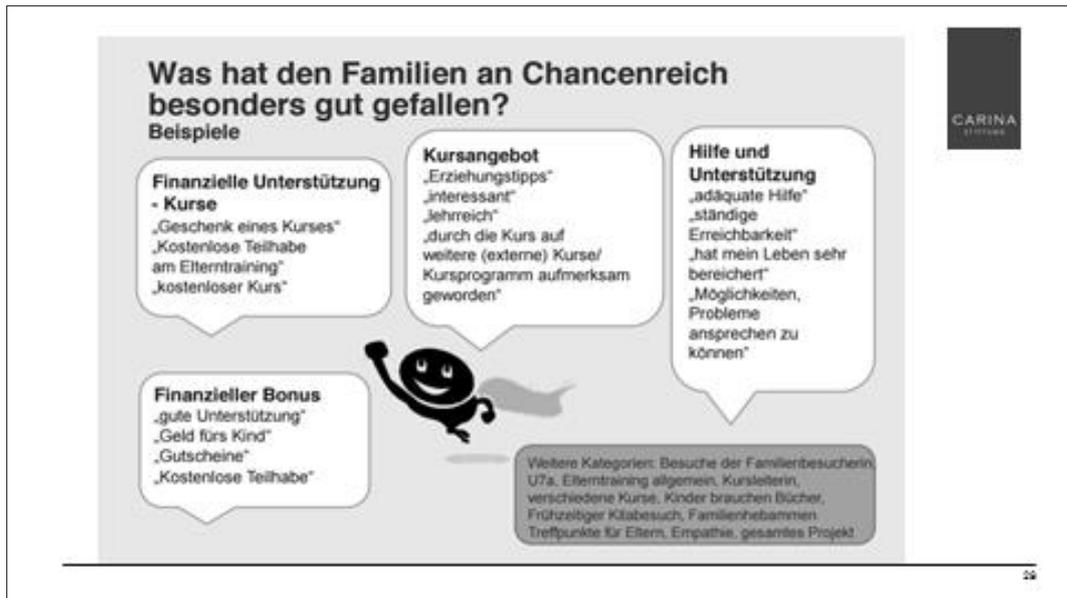


Abbildung 12

Die Unterstützungsangebote werden sehr geschätzt, auch die ständige Erreichbarkeit eines Ansprechpartners über eine bekannte Telefonnummer. Den Eltern gefällt, dass sie Dinge geschenkt bekommen. Es wird als sehr positiv bewertet, dass die Eltern eine Kompetenzsteigerung durch die Kurse erfahren. Ihnen gefällt, dass Unterstützung und Hilfestellungen tatsächlich umgesetzt werden.

Folgestudie 2016

Das Projekt „Chancenreich“ und auch die wissenschaftliche Begleitung laufen weiter. Es wird versucht, die Daten immer ausführlicher mit validen Zahlen zu erfassen, um die Langzeiteffekte besser messen und darstellen zu können.

Dazu wurde die Querschnitts- zur Längsschnittstudie unter Einbezug der kompletten Stichprobe der 1. Evaluation (= Panel-Studie) erweitert. Es werden externe Referenzdaten (KIDZ, CARE, BiKS, NEPS etc.) genutzt und neuerdings die Einflüsse der Kita-Qualität (SOEP-Daten) und die Synergie zu „Kita & Co.“ einbezogen.

Ziele sind die

- Stabilität langfristiger Effekte,
- Optimierung und Zugangssteuerung der Kursangebote,
- Implementierung und Evaluation neuer Schwerpunkte (bspw. Ernährung).

Projektkosten

Wir betreiben einen relativ hohen Dokumentationsaufwand, das betrifft selbstverständlich auch die Zahlen. Auf Basis dieser Zahlen (**Abbildung 13**) stellten wir die Kosten über einen mehrjährigen Zeitraum zusammen. Die angegebenen Zahlen sind valide und belastbar. Insgesamt ergibt sich ein Aufwand von 2,5 Millionen Euro, das sind im Schnitt im

Jahr 420.000 Euro, in denen die Kategorien Bonus, Personalkosten, Kurse und Sonstiges enthalten sind.

Projektkosten			
Kosten	Aufwand (T €)		
	Zeitraum	2010 - 2015	Ø p.a.
Bonus		592	99
Personalkosten		987	165
Kurse		223	37
Sonstiges		720	120
Summe		2.522	420
Carina Stiftung:			80 %
Stadt Herford:			20 %



Durchschnittliche Kosten pro Familie (bzw. pro Kind):
ca. 1.200,- €

Abbildung 13

Die Aufteilung der Kosten zwischen Stiftung und Stadt Herford beträgt 80:20. Die Stadt hat damit zu kämpfen, diese 20 Prozent zu erbringen, da zwar eine formale Haushaltssicherung bislang vermieden werden konnte, aber strukturelle Defizite die Stadt belasten. Da die Verwaltung aber sehr an diesem Programm interessiert ist, besteht eine hohe Bereitschaft, dies weiterhin zu unterstützen. Die durchschnittlichen Kosten betragen für jede teilnehmende Familie 1.200 Euro über einen Zeitraum von drei Jahren, inklusive Bonuszahlung. Das ist nicht viel für das, was die Familien dafür an Unterstützung bekommen. Das sind Tatsachen, die man politischen Entscheidungsträgern, Unternehmen und Mitbürgern erklären kann und sie davon überzeugen kann, dass diese Investition überschaubar ist und eine gute Wirksamkeit erzielt. Seit einiger Zeit versuchen wir, auch den Kreis Herford in unser Projekt einzubinden und somit auch an der Finanzierung zu beteiligen.

Hohe Wirksamkeit durch hohe regionale Durchdringung

Die Erfolgsfaktoren für das Projekt sind:

- Kooperation von Kommune und Stiftung,
- keine Stigmatisierung,
- Bonussystem als wirksamer Teilnahme-Anreiz,
- langer Atem (Bildungsprojekte brauchen Zeit).

Die Besonderheit des Projekts besteht in der breiten Angebotspalette und in einer SQL-Datenbank mit automatischer Auswertung. Die Bedeutung der Evaluation liegt darin, dass das Projekt dauerhaft wissenschaftlich begleitet wird und die Wirksamkeit eindeutig nachgewiesen werden kann. Zur 1. Studie erfolgte eine Datenerhebung im Querschnitt, mehrere Wirkfaktoren wurden erhoben und eine Kontrollgruppe zum Vergleich herangezogen. Es gibt keine vergleichbare Studie in Deutschland. Die Folgestudie beinhaltet eine Datenerhebung im Längsschnitt (Panel-Studie).

Prävention als gemeinsame Vorsorge von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Vorstellung von Kooperationsmodellen

Arbeitsgruppe „Kooperationsnetzwerk im Kinderschutz“

BRITTA DISCHER

Lebenszentrum Königsborn, Unna

ANTJE WÖSTMANN

Leiterin der Sozialpädagogischen Abteilung, Sozialpädiatrisches Zentrum Königsborn, Unna

BRITTA DISCHER: Das Lebenszentrum Königsborn ist ein Dach für viele unterschiedliche Einrichtungen. An dieser Stelle steht das Sozialpädiatrische Zentrum im Mittelpunkt - mit einer dazugehörigen Fachklinik für Kinder mit neurologischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Pro Jahr werden etwa 6.000 Kinder dort vorgestellt. Mit Unterstützung der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Dank wurde im Lebenszentrum Königsborn ein Modellprojekt „Konzepte für Kinder“ ins Leben gerufen, dessen wesentliche Aufgabe darin besteht, die Jugendhilfe mit der Gesundheitshilfe in Einzelfällen, insbesondere bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, in Form einer interdisziplinären Fallverständigung zusammenzubringen.

Wir sprechen nicht von einer „Großen Lösung“, sondern uns geht es um „gute Lösungen“ oder „inklusive Lösungen“ und Konzepte für Kinder, die durch eine mangelhafte Zusammenarbeit unterschiedlicher Systeme mit ihren Belangen aus dem Blick oder zwischen die „Fronten“ geraten.

Im Augenblick liest man in der derzeitigen Fassung des Referentenentwurfs zur der SGB VIII-Reform:

Auszug aus der Begründung des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein reformiertes SGB VIII (1. Entwurfsfassung vom 07.06.2016), ohne Seite

„Im Mittelpunkt der Gestaltung eines Individualleistungssystems stehen das Kind oder der Jugendliche und die Sicherstellung seiner Teilhabe an der Gesellschaft.

Es muss daher in den gesetzlichen Grundlagen klar zum Ausdruck kommen, dass alle auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen und seine soziale Teilhabe einwirkenden Leistungsangebote bzw. Systeme einschließlich seiner Familie sich letztlich an der Sicherstellung eines gedeihlichen Aufwachsens des jungen Menschen auszurichten haben.“

Dem können wir durchaus zustimmen, wissen aber aus der Praxis, dass in Bezug auf die Zuständigkeitsproblematik noch sehr viel zu tun ist.

Das Modellprojekt „Konzepte für Kinder“

- bietet eine Plattform für **interdisziplinäre „Fallverständigung“**,
- dient der **Erprobung integrativer** – verbindlicher – **Hilfeplanung**, an der Sozialamt, Jugendamt, Ärzte, Frühförderstellen, Schule, Kindergarten – alle Institutionen, die einen Blick auf das betroffene Kind haben – beteiligt sind.
- Ziel ist die **Ermittlung passgenauer Hilfen** für Kinder, die in ihrer Entwicklung bedroht sind (auch psychosozial).
- Die **Bereitstellung** von Raum, Zeit und **Moderation** für eine strukturierte Zusammenarbeit der Hilfesysteme ist durch die Finanzierung über die Stiftung Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen gewährleistet.

Die ersten Erfahrungen im Modellprojekt zeigen:

Wir können eine Bewegung der Systeme aufeinander zu feststellen. Wie bereits in den Vorträgen heute konstatiert wurde, brauchen wir einander. Die Jugendhilfe braucht die Gesundheitshilfe für bestimmte Diagnostiken und umgekehrt braucht die Gesundheitshilfe die Jugendhilfe zur Umsetzung der Arbeit in den Familien und mit den Kindern.

In der Praxis jedoch stehen sich nicht selten „rivalisierende“ Hilfesysteme im Streit um die „richtige“ Sichtweise und mit dem Ziel der Durchsetzung ihrer Handlungslogik gegenüber.

Die „Fallverständigung“ ist deshalb von hoher Dynamik und nicht selten durch (manchmal verhärtete) Konflikte gekennzeichnet. Trotzdem darf man nicht aufgeben, sondern sollte guten Mutes an die Arbeit gehen und versuchen, einen gleichgesinnten Partner im anderen System zu finden.

In der Arbeit stellen wir uns gemeinsam **Fragen zur Reflexion im professionellen Handeln**:

- Unterstützt und fördert unsere Entscheidung und unser Handeln die Entwicklung des Kindes?
- Können wir sicherstellen, dass das Kind durch unser Handeln nicht Schaden nimmt?
- Steht das Wohl des Kindes bei unserer Entscheidung und im Handeln tatsächlich im Zentrum?
- Werden unsere Entscheidung und unser Handeln der Situation des betroffenen Kindes gerecht?
- Kann sich das Kind an unserer Entscheidung und in Bezug auf unser Handeln alters- und entwicklungsgemäß beteiligen?

Diese Fragen müssen wir uns alle miteinander stellen. Wenn man den Fokus nicht auf die eigene Zuständigkeit legt, sondern auf das gemeinsame Ziel, stellen sie einen guten Leitfaden für die gemeinsame Arbeit dar.

Die „Große Lösung“ am Fallbeispiel mit ungewöhnlichen Betrachtungsrichtungen

ANTJE WÖSTMANN: Während der ersten Gespräche über die große Gesetzesreform stellen wir uns die Frage, wie man Menschen aus den unterschiedlichen Systemen verdeutlichen kann, welche neuen Aufgaben der Bereich der körperlichen und geistigen Behinderung von Kindern erfordert und wie man andere Bearbeitungszeiten hervorrufen kann. Die Erfahrungen aus dem Frühförderbereich zeigen, dass mitunter die Zeit für die Kinder davonläuft. Gerade wenn es um Behinderungen geht, ist oftmals schnelles Handeln notwendig. Der Gesetzgeber überträgt der Jugendhilfe zukünftig eine Aufgabe, mit der sie bisher nichts zu tun hatte. Wie schwierig sich die Zusammenarbeit der Systeme gestaltet, soll ein Fallbeispiel zeigen.

Karl ist 17 Jahre alt und ist durch viele Systeme gereicht worden. Inzwischen sind um ihn herum viele Beteiligte, die nicht immer gut miteinander zusammenarbeiten (**Abbildung 1**):

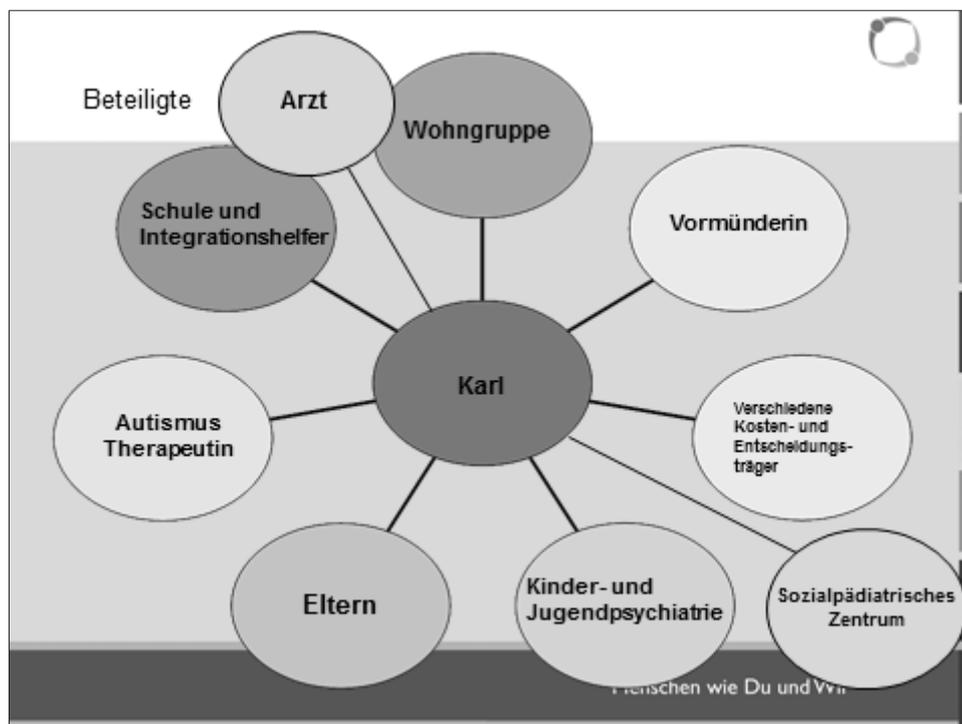


Abbildung 1

© Antje Wöstmann

Karl wurde am 23.12.1999 als erstes Kind der Eltern geboren. Die Mutter war gerade 18 Jahre alt und hatte keinen Schulabschluss, der Vater war 20 Jahre und Dachdecker. Die Eltern trennten sich im Jahr 2001.

Während der kinderärztlichen Betreuung von Dezember 1999 bis 2001 zeigten sich bereits Auffälligkeiten in der Entwicklung. Im Kontaktverhalten wurden zunächst keine Auffälligkeiten festgestellt – allerdings spätes Lautieren, ab dem 9. Lebensmonat kein Lautieren mehr. Der damalige Arzt verordnete Frühförderung und Krankengymnastik (Kostenträger waren Krankenkasse und Sozialamt).

Als Karl 3,6 Jahre alt war, stellte sich heraus, dass die Frühförderung und die Physiotherapie nicht zur normalen und gesunden Entwicklung ausgereicht hatten. Der Junge wurde im Juli 2003 in einer Klinik vorgestellt, weil er keine Sprachentwicklung zeigte (außer Quieken, Schnalzen, Lachen und Knurren). Stattdessen zeigte er stark stereotypes Spielverhalten (Belecken, Klopfen, Kratzen...), gleichgültiges Verhalten gegenüber anderen Personen, keine Reaktion auf Ansprache, kein Interesse an angebotenen Spielmaterial etc. Zu dieser Zeit war bereits eine Hilfe zur Erziehung in Form von SPFH etabliert. Heute ist nicht mehr nachvollziehbar, wie diese zum Frühförder- und Physiotherapiekonzept in die Familie gelangt ist. Kurz vor Karls Vorstellung in der Klinik war sein Halbbruder im Juli 2003 im Alter von 6 Wochen nach Sturzgeburt und ausgeprägter Gehirnfunktionsstörung verstorben.

Die Interpretation des beschriebenen Verhaltens von Karl kann anhand verschiedener Fragen erfolgen: Hat die familiäre Situation (Tod eines Säuglings) oder das Verhalten der Eltern (Hilfen zur Erziehung gibt es bereits) Einfluss auf das Verhalten? Liegt eine Bindungsstörung oder eine tiefgreifende Entwicklungsstörung vor? Mit solchen Fragen wird man sich vor dem Hintergrund der veränderten Gesetzeslage innerhalb der Jugendhilfe beschäftigen müssen. Die Klinik kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei Karl um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (frühkindlicher Autismus) und keine Bindungsstörung handelt, und empfahl Autismus-Therapie mit Anleitung der Eltern. Die Therapie begann im Oktober 2003, Kostenträger war ab diesem Zeitpunkt das Sozialamt. Die Frühförderung und Physiotherapie wurden beendet.

In den Jahren 2003 bis 2006, Karl war 4 bis 7 Jahre alt, gab es aus heute nicht mehr nachvollziehbaren Gründen einen Wechsel des Lebensmittelpunktes in eine Wohngruppe für beeinträchtigte Kinder (Kostenträger war das überörtliche Sozialamt). In den Unterlagen, die uns vorliegen, ist nicht dokumentiert worden, wer diesen Wechsel initiierte. Es wurde offensichtlich aufgrund vermuteter Vernachlässigung entschieden. Den Eltern wurde 2003 das Sorgerecht entzogen und eine Vormundschaft über das Familiengericht eingerichtet. Aus dieser Zeit liegen uns lediglich medizinische Briefe vor, die darüber keine nähere Auskunft geben. Ich habe auch keine Aufzeichnung darüber gefunden, wer die Entwicklung von Karl derzeit überprüft hatte. Karl besuchte eine Kindertagesstätte und wechselte in eine Förderschule mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung, es kam außerdem zu einem Umzug der Wohngruppe von Karl.

2007 wurde Karl mit 7 Jahren von Seiten der Wohngruppe in einer neuen Klinik vorgestellt und erhielt dort zusätzlich eine ambulante Betreuung in einem SPZ. In der Klinik bestätigte sich die Diagnose des frühkindlichen Autismus bei zusätzlich vorliegender deutlicher geistiger Behinderung mit einem kognitiven Entwicklungsstand unter 2,6 Jahren. Die Wohngruppe hatte bis dahin versucht, den Jungen im Hinblick auf seine Sauberkeitsentwicklung zu unterstützen. Karl war fast 8 Jahre alt.

Die weitere Begleitung durch das Autismus-Therapie-Zentrum, die seit 2003 erfolgt, wurde von klinischer Seite empfohlen, ohne nach den genauen Zielen und den bisher erreichten Veränderungen zu fragen. Außerdem wurde die Beantragung eines Integrationshelfers für die Schule vorgeschlagen. Zudem wurde die Möglichkeit eines vorliegenden FAS (Fetales Alkohol Syndrom) diskutiert. Mit den Eltern wurde überhaupt nicht gesprochen.

Bei der Durchsicht der zur Verfügung stehenden Unterlagen stellten sich in der Rückschau verschiedene Fragen:

- Das Toilettentraining der Wohngruppe sollte zurückgestellt werden wegen des Entwicklungsstands von unter 2,6 Jahren.
- Die Übertragung der Kommunikationshilfen aus der Therapie des ATZ in die Wohngruppe gelang kaum bis gar nicht. Warum hat niemand danach geschaut, was im Alltag mit dem passiert, was Karl in der Autismus-Therapie gelernt hat?
- War die Therapie dem Entwicklungsstand angemessen? Wie arbeiten die professionellen Helfer mit dem ATZ zusammen?
- Die psychische Erkrankung der Mutter wurde erstmalig dokumentiert. Warum ist das vorher nie berücksichtigt worden oder hat niemand danach gefragt?
- Es war eine Brillenversorgung empfohlen worden – wieso war dies bisher in der Wohngruppe niemandem aufgefallen und daher nicht erfolgt?
- Karies wurde dokumentiert – bei Wohnen in einer stationären Wohngruppe seit vier Jahren? Das deutet darauf hin, dass dort nicht genügend Sorge um die Gesundheit betrieben wurde.

Auf diese Tatsachen hat niemand reagiert, sie sind lediglich dokumentiert worden. Auch das Jugendamt tauchte nirgendwo in den Unterlagen auf, obwohl ein Vormund tätig war. Ich habe mir erklären lassen, dass keine Hilfeplangespräche stattfinden, wenn ein Kind oder Jugendlicher geistig behindert ist und die Wohngruppe über einen anderen Kostenträger finanziert wird. Kostenträger sind bei Karl die Krankenkasse und das überörtliche Sozialamt.

2011 war Karl fast 12 Jahre alt. Im SPZ wurde dokumentiert: Seit 2010 wird keine ATZ Therapie mehr durchgeführt – nach sieben Jahren Therapie! Er hat in der Wohngruppe einige Fortschritte in der Entwicklung erlangt: Sauberkeit wurde am Tag erreicht, eigenständiges Brot schmieren wurde erreicht, selbstständiges An- und Auskleiden war möglich, Besuch der Förderschule mit Integrationshelfer erfolgte. Ergotherapie und Behindertensport fanden einmal wöchentlich statt (es findet sich jedoch nichts darüber, warum Karl Ergotherapie bekam und ob die Ziele hin und wieder überprüft wurden). Es erfolgten Besuchskontakte zu den Eltern.

Die Ärztin im SPZ empfahl der Wohngruppe, den Grad der Behinderung feststellen zu lassen und die Beantragung einer Pflegestufe vorzunehmen, da Karl nachts weiterhin nicht trocken war.

Karl war im Jahr 2013 14 Jahre alt. In diesem Jahr fand ein Wechsel der Vormundschaft statt. Man sollte meinen, dass sich nun jemand genauer mit den Vorgängen befasst. Das ist jedoch nicht festzustellen. In der SPZ-Akte wurde lediglich die Bestallung einer neuen Person vermerkt, der künftig die Arztbriefe zugesandt werden müssten.

Die betreuende Ärztin im SPZ empfahl die erneute Aufnahme der Autismus-Therapie und erneut die Beantragung einer Pflegestufe. Ziele der Autismus Therapie wurden allerdings nicht benannt. Warum nicht? Warum fragt auch die neue Vormünderin nicht danach?

Im Jahr 2014, Karl war fast 15 Jahre alt, erfolgte die erneute Aufnahme einer Autismus-Therapie bis August 2016. Ich selbst war an der Eröffnung des neuen Autismus-Therapie-Zentrums (ATZ) beteiligt und konnte daher die Kollegin nach dem aktuellen Stand und nach dem Sinn einer weiteren Autismus-Therapie befragen. Die Therapeutin hatte anhand der Befunde aus den vorangegangenen sieben Jahren der Autismus-Therapie festgestellt, dass stets daran gearbeitet worden war, dass der Junge kommunizieren lernt. Da dies nicht erreicht worden war, hatte sie nun andere Methoden ausprobiert, die zum Erfolg führten.

Danach hatte sich aber weder die Ärztin noch die Vormünderin erkundigt. Die Wohngruppe hatte jedoch gut mit dem ATZ kooperiert. Die Kooperation mit der Schule gestaltete sich schwieriger. Das neue ATZ kam auf den Gedanken, auch die Eltern anzusprechen, ob sie nicht in die Therapie eingebunden werden wollen. In den alten Berichten las ich, dass keine Zusammenarbeit mit den Eltern möglich gewesen wäre. In der neuen Einrichtung, die einen anderen Fokus gesetzt und andere Methoden angewandt hatte, nahm zumindest die Mutter an allen Methodentrainings und allen psycho-edukativen Angeboten teil und war vereinzelt mit in den Therapiestunden.

Die Therapieziele wurden weitgehend erreicht. Im Verlauf der Therapie war Karl in der Lage, 90 Minuten am Tisch fremdbestimmte Anforderungen zu erledigen. Mit Hilfe von Piktogrammen konnten ihm bestimmte Abläufe strukturiert werden, an die er sich hielt (**Abbildung 2**):

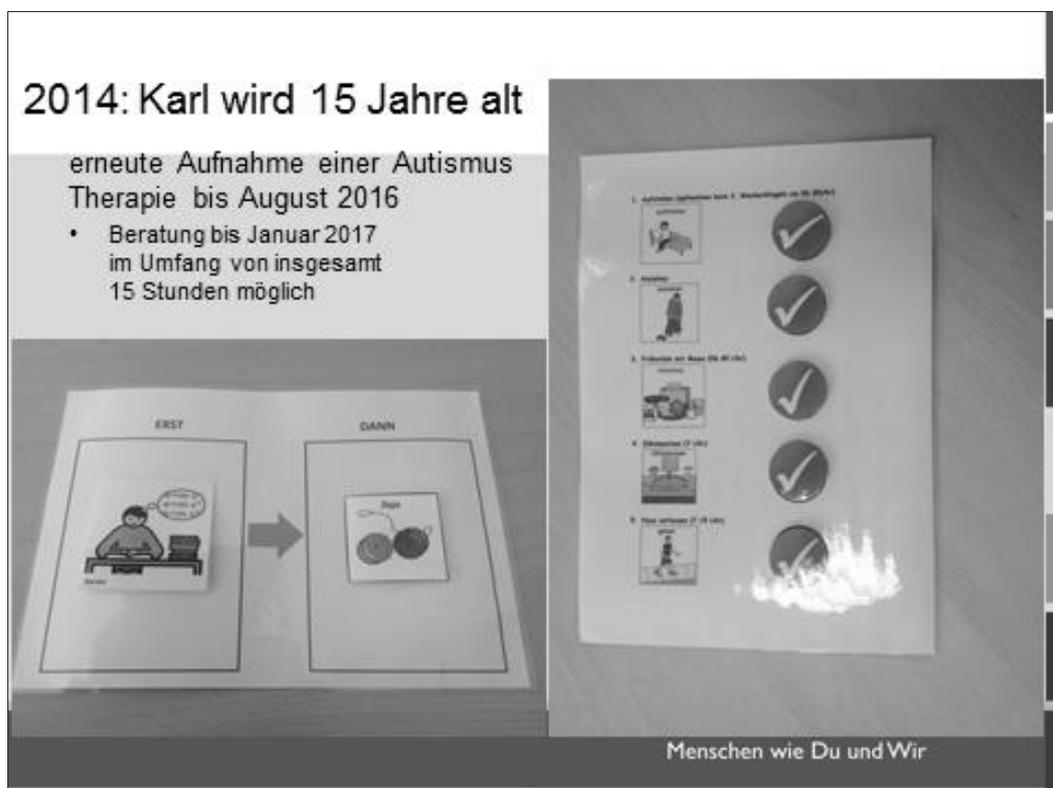


Abbildung 2

© Antje Wöstmann

Karl wählte sich selbstständig verschiedene Verstärker aus (Ball spielen, Massagekäfer, iPad, selten Süßigkeiten), wenn er gearbeitet hatte. Die Verbesserung der Kommunikation wurde mit Hilfe von Bildkarten erreicht, mit denen er Drei-Wort-Sätze bildete. Das hat ihm sowohl im Kontakt in der Schule und in der Wohngruppe geholfen, auch wurde er in seinen Interessen vielfältiger.

Ich fand es sehr anrührend und erschreckend, dass man fast 16 Jahre brauchte, bis man einem geistig behinderten Autisten so eine Tür öffnet, damit er sich mit anderen Menschen verständigen kann. Obwohl er in der Wohngruppe gewohnt hat und so viele Menschen beteiligt waren, hatte sich vorher niemand zuständig gefühlt.

Bei dem Gedanken, dass wir demnächst mit der Gesetzesänderung auch die geistig und körperlich Behinderten und frühkindlichen Autisten im Hilfeplanprozess in der Jugendhilfe betreuen, kann ich mir angesichts solcher Beispiele nicht vorstellen, dass sich damit etwas verbessert. Mein Anliegen ist es, dass Sie diese Sorge aus dem Workshop mitnehmen, dass wir uns auch für die, die keine Stimme haben, nicht sprechen oder sich merkwürdig verhalten, Zeit nehmen und versuchen, mit ihnen zu kommunizieren bzw. sie zu verstehen und ihnen Teilhabe ermöglichen.

Mit 16 Jahren, im Jahr 2016, sollten die Kommunikationsbildkarten (PECS) in der WG umgesetzt werden, da sie Karl helfen, im Hinblick auf Essen, Hygiene oder Beschäftigung zu kommunizieren. Er benutzt weiterhin keine aktive Sprache.

Karl zog in eine neue WG, gemeinsam mit normal entwickelten Bewohnern, weil der Träger gewechselt hatte. Dort waren Mitarbeiter/innen tätig, die sich mit autistischen oder geistig behinderten Jugendlichen nicht auskennen. In der Wohngruppe waren lernbehinderte oder sozio-emotional auffällige Jugendliche zwischen 14 und 24 Jahren untergebracht, die zum Teil sehr erfahren darin sind, in einer Jugendwohngruppe zu leben. Außerdem wechselte erneut die Vormundschaft. Der Umzug bewirkte bei Karl eine zunehmende Unruhe, geringere Frustrationstoleranz, vermehrtes Selbstverletzen (Beißen in die Hand, Zähne schlagen in Wände und Gegenstände u. a.). Er begann, Menschen zu attackieren und war nicht mehr so ausgeglichen und zufrieden, wie man ihn in den eineinhalb Jahren der Therapie kennengelernt hatte. Die Therapeutin schlug eine ärztliche Vorstellung vor.

Es folgte eine akute ärztliche Vorstellung im SPZ wegen auto- und fremdaggressiven Verhaltens in der Schule, in der Wohngruppe und in der ATZ Therapie. Die Ärztin stellte fest, dass der Junge sich nur sehr schwer untersuchen und auch kein Blut abnehmen ließ. In ihrer Not stellte die Wohngruppe Karl außerdem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verordnete eine Medikation mit Dipiperon bis zu dreimal täglich, nach Bedarf der betreuenden Personen.

Angesichts der beschriebenen Vorgänge beschäftigt mich die Frage, warum ein geistig behinderter Jugendlicher Psychopharmaka nehmen muss, damit er in eine unpassende WG passt! Wo lagen die Kommunikationsprobleme zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe? Was war mit dem Vormund?

Wie geht es weiter?

Derzeitige Kostenträger sind Sozialhilfe/Eingliederungshilfe/Krankenkasse/Pflegekasse. Die Jugendhilfe wird finanziell nicht belastet und ist im Hilfeplanprozess wahrscheinlich seit 2003 nicht mehr beteiligt gewesen! Viele Beteiligte verschiedener Profession haben per Aktenlage über Karl entschieden.

Im Dezember wird Karl 17 Jahre alt. Zunächst hatte die neue Vormünderin überlegt, erst zum 18. Geburtstag nach einer passenderen Einrichtung für den Jungen zu suchen. So lange wollten wir aber nicht warten. Inzwischen wurde das Projekt „Konzepte für Kinder“ zur Begleitung angefragt.

Ich habe die Hoffnung und den Wunsch, dass eine bessere und passgenaue Versorgung und Betreuung gelingen kann, wenn auch die Kinder mit anderen als sozialen oder emotionalen Einschränkungen tatsächlich in einen vernünftigen Hilfeplanprozess eingebunden werden können und wenn so viele Menschen, wie hier im Workshop sitzen, auch anderswo so professionell tätig sind. Es muss uns gemeinsam gelingen, dass sich solche missglückten Fälle, in denen niemand richtig und ausreichend auf Karl aufgepasst hat, nicht wiederholen.

BRITTA DISCHER: Unsere Erfahrung zeigt, dass Karl leider kein Einzelfall ist, wenn es auch nicht immer diese gravierenden Auswirkungen zur Folge hat. Um die bestehenden positiven Ressourcen zu bündeln, sind wir auf die Idee gekommen, unser Modellprojekt zu starten. Wir hoffen, dass ein neues Gesetz Verbesserungen mit sich bringt, mit denen ein konstruktiver Dialog und die Kooperation der Systeme den Kindern und Jugendlichen zu Gute kommt, die unsere Unterstützung für ein gesundes Aufwachsen benötigen. Darüber wird noch zu diskutieren sein.

Vielen Dank.

Prävention als gemeinsame Vorsorge von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Vorstellung von Kooperationsmodellen

Arbeitsgruppe „Babylotsen +“

DR. MED. CHRISTINE KLAPP

Oberärztin, Klinik für Geburtsmedizin, Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin

SUSANNE PREIßEL

Babylotsin, Sozialpädagogin, Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin

DR. MED. CHRISTINE KLAPP: Die Charité verfügt seit langem über einen sehr gut funktionierenden Sozialdienst. Im Umfeld der Charité haben wir eine bunte soziale Mischung, im Stadtgebiet Wedding sogar eine eher schwierige. Wir waren und sind froh, einen Sozialdienst für alle zu haben, von denen wir wissen, dass sie in schwierigen Lebenslagen sind, wie z. B.: Die Familien sind dem Jugendamt oft schon bekannt, die Mütter sind minderjährig, es herrscht häusliche Gewalt, es gibt psychiatrische Vorgeschichten usw. Mindestens einmal im Monat trafen sich Hebammen, Ärzte, Sozialdienst, Elternberatung zur Besprechung einzelner Fälle. Mein Aufgabenfeld in der Klinik umfasst u. a. psychosoziale, psychosomatische und psychiatrische Krisen. Irgendwann stellten wir fest, dass wir noch etwas anderes brauchen. Vor allem müssen wir uns auf den Graubereich (noch) nicht gesehener Not konzentrieren, die mitunter auch von den Eltern selbst nicht als solche wahrgenommen wird, weil sie es bisher geschafft haben, ihren schwierigen Alltag irgendwie zu managen, aber Hilfe brauchen. Wir müssen uns auch um die Familien sorgen, die über die offiziellen Stellen wie das Jugendamt nicht erreichbar sind, bei Ersthausbesuchen die Tür nicht öffnen und andere Angebote ablehnen. Dieses Problem trieb uns schon lange um und wir suchten nach einer Lösung.

Vor diesem Hintergrund entwickelten wir eine Art Filter, um zu erfassen, welche Menschen entsprechende Hilfen und Angebote wie Familienhebammen benötigen. Kurz vor der (Neu-)Erfindung der „Babylotsen“ stellten wir fest, dass der Name „Babylotsen“ bereits seit 2007 in Hamburg existierte und eine ganz ähnliche Idee der Prävention dahinter stand. Wir nahmen Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen in Hamburg auf und schauten uns das Programm an, um es für Berlin zu adaptieren und anzupassen.

Das Anliegen von „**Babylotsen an der Charité**“ lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Achtgeben, dass keiner strandet – wir unterstützen Mütter und Väter dabei, gute Eltern zu sein. Wir fühlen uns für alle Neugeborenen mitverantwortlich und wollen, dass sie den bestmöglichen Start ins Leben haben. Die Babylotsen vermitteln jungen Eltern deshalb bei Bedarf/auf Wunsch frühzeitige Hilfen, um sie in ihrer Verantwortung zu unterstützen und den Kindern einen behüteten und gesunden Start ins Leben zu ermöglichen.

Wir gehen davon aus, dass alle Eltern gute Eltern sein wollen. Diese Haltung und der Umstand, dass wir nicht „von Amts wegen“ auf die Eltern zugehen, sondern aus dem medizinischen Bereich kommen, erleichtern uns den Zugang. Die Zeiten, in denen die Verantwortung unserer Klinik für das Neugeborene mit der Entlassung endete, sind schon

lange vorbei. Unsere Kinderkrankenschwestern und Hebammen hatten immer wieder in einzelnen Fällen ihre Sorge um ein Kind oder eine Familie geäußert, allerdings gab es häufig keine eindeutigen Hinweise auf so große Schwierigkeiten, die eine Einschaltung des Sozialdienstes rechtfertigen, dessen Einbeziehung von Seiten der Eltern nicht freiwillig erfolgt.

Das Angebot der „Babylotsen“ hingegen sollte freiwillig sein. Dies sollte kein neuer Dienst mit zusätzlichen Angeboten werden, sondern durch eine Person vertreten werden, die den konkreten Bedarf mit erkennt und klärt und die Familien dorthin lotst, wo es entsprechende Hilfsangebote gibt. Damit stand der Begriff „Frühe Hilfen“ im Raum und es war klar, dass unser Projekt dort hinein passt. Das Projekt „Babylotse plus“ Charité ist daher ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in der geburtsmedizinischen Klinik der Charité. Allerdings wurde nicht die praktische Arbeit der Babylotsen gefördert, sondern die Forschung und Evaluation der Arbeit. Wir möchten die Eltern dahingehend unterstützen, dass dem Neugeborenen mehr als die medizinische Starthilfe gegeben wird.

Zur Vorstellung des Projekts waren alle leitenden Krankenschwestern und Hebammen, der Sozialdienst, der Verwaltungsdirektor und der Chef eingeladen, denn es muss von allen mitgetragen werden. Alle, auch der Verwaltungsdirektor, waren von der Idee sehr angetan und von der Sinnhaftigkeit überzeugt, letzterer stellte aber sofort die Frage nach der Finanzierung. Wir konnten glücklicherweise mit Hilfe einer Stiftung an den Start gehen. Das Projekt wurde inzwischen u. a. gefördert durch:

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH),
- Stiftung Leo, Berlin (live 4 each other),
- Ein Herz für Kinder,
- Deutsche Klassenlotterie Berlin.

Die Stiftung Leo machte es zu Beginn möglich, eine Sozialpädagogin als Babylotse für 30 Wochenstunden einzustellen. „Ein Herz für Kinder“ und die Deutsche Klassenlotterie Berlin unterstützten uns über einen gewissen Zeitraum hinweg. Das funktionierte immer nur punktuell und nur dann, wenn man die Förderer mit der Hoffnung auf Anschluss überzeugen konnte. Die Stiftungen können meist keine Personalkosten übernehmen, höchstens indirekt. Nach Beendigung der Förderung droht die Entlassung des Personals. Wenn man jedoch gar nicht erst damit anfängt, ist man nicht in der Lage, die Sinnhaftigkeit eines solchen Projekts zu beweisen.

Das Projekt „Babylotse + Charité“ steht in Kooperation mit:

- „Babylotse“/Stiftung „SeeYou“ in Hamburg,
- „Babylotse“/Vivantes Klinikum Neukölln,
- „Babylotse“/Waldkrankenhaus Spandau.

Die beiden Berliner Kliniken wurden mit Unterstützung des Berliner Senats für Bildung, Jugend, Wissenschaft (BJW) von uns vorbereitet und gecoacht. Wir werden in Berlin demnächst das St.-Joseph-Krankenhaus, das Klinikum Berlin-Buch sowie das Sana-Klini-

kum Lichtenberg einbeziehen. Damit decken wir mit dem Projekt „Babylotsen für Berlin“ schon fast 60 Prozent aller 30.000 Geburten in Berlin ab. Das ist ein schöner Erfolg.

Ziel der Babylotsen ist die Früherkennung von Unterstützungsbedarf. Das bedeutet im Detail:

- Entdecken von – bisher nicht bekannten – psychosozial besonders belasteten Familien,
- Ansatz, bevor konkrete Überforderung einsetzt,
- Ermittlung von „Risikoindikatoren“ und Ressourcen,
- Vermittlung in bestehende Hilfesysteme.

Überforderung ist ein hoher Risikofaktor, wobei objektive und subjektive Überforderung durchaus unterschiedlich sein können. Wir gehen mit unserem Ansatz **vom reaktiven in den präventiven Kinderschutz**. Mit diesem Schlagwort sind potenzielle Geldgeber gut zu überzeugen. Die Heranziehung einschlägiger Literatur und unserer eigenen Erfahrungen helfen bei der Ermittlung von Risikofaktoren. Die Risikofaktoren werden allerdings immer im Zusammenhang mit den vorhandenen Ressourcen gesehen. Um all dies herauszufinden, werden die Babylotsen gebraucht.

Als wir unsere Ideen vorstellten, lag unsere Betonung darauf, dass wir keinen neuen Dienst und keine neuen Angebote zu installieren beabsichtigen, sondern die Familien an die vorhandenen Hilfeangebote und -systeme, die sich ohnehin teilweise überlappen, vermitteln wollen. Kurz gesagt: Das Angebot dahin bringen, wo es wirklich gebraucht wird.

Der Zugang zu den (werdenden) Müttern wird dadurch erleichtert, dass dieser Kontakt Teil der geburtshilflichen Behandlung ist. Die entsprechenden Fragen gehören zur geburtshilflichen Anamnese, wenn eine Frau in die Schwangerenberatung oder zur Geburt kommt. Wir haben dazu lediglich die Fragen verdichtet, die ohnehin zur Standardanamnese gehören. Damit konnten wir diese auch in Bezug auf den Datenschutz mit einbinden und tatsächlich alle Frauen befragen. Wir erreichen zurzeit etwa 80 Prozent. Wir erreichen nicht die Mütter, die am Freitagabend zur Entbindung eintreffen und am Montag bereits wieder entlassen worden sind. Mitunter versuchen wir, die Familien danach noch zu erreichen. Zu Beginn hatten wir damit zu kämpfen, dass einige Hebammen für ihre „gehobene“ Klientel psychosoziale Probleme gänzlich ausschlossen. Uns geht es jedoch um wirklich alle Neugeborenen. Wir wissen, dass auch in gut situierten Familien psychosoziale, psychosomatische oder psychiatrische Krisen auftreten können.

Frühe Hilfen durch Babylotsen

SUSANNE PREIBEL: Seit 2012 gibt es das Babylotsen Projekt an der Charité. Erst gab es eine Babylotsin, dann zwei, seit Sommer 2016 sind wir nun zu dritt. Zusammen mit einer Kollegin bin ich mit 35 Wochenstunden im Virchow-Klinikum tätig. Das Virchow-Klinikum hat jährlich etwa 3.500 Geburten. Die dritte Kollegin ist mit 20 Wochenstunden am Campus Mitte – mit 1.500 Geburten im Jahr – beschäftigt. Zu dritt können wir die Arbeit recht gut bewältigen.

Das Praxisprojekt ist ein Angebot an alle Familien, deren Kinder in der Charité zur Welt kommen, möglichst schon vor der Geburt oder mit Geburt des Kindes. Wir beraten aber auch Familien, deren Kinder in einem anderen Krankenhaus geboren werden, die aber in die Charité verlegt werden. Da etwa 98 Prozent aller Geburten in Deutschland in Kliniken stattfinden, könnte man so über den systematischen Ansatz fast alle erfassen.

Es gibt für die Eltern Flyer, auf denen unsere Arbeit vorgestellt und über unsere Kontaktdaten informiert wird, sodass sie sich selbst bei uns melden können. Mitunter werden die Frauen von den Ärzten auf unser Projekt hingewiesen. Unabhängig davon nehmen wir systematisch Kontakt zu Familien auf – möglichst vor der Geburt, spätestens kurz nach der Geburt in der Klinik –, um über das Projekt aufzuklären, Fragen zu klären sowie Probleme, Sorgen und Unterstützungsbedarf zu erkennen. Das geschieht in der Schwangerenberatung bei uns oder auf der Entbindungsstation. Ich selbst habe es noch nie erlebt, dass ein Gespräch abgelehnt wurde. Auch nach Entlassung aus der Klinik ist es möglich, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Wir vermitteln unbürokratisch passgenaue, professionelle, präventive Unterstützung. Dafür stehen wir mit bereits bestehenden Hilfsstrukturen und Netzwerken im Kontakt. Den Familien entstehen keine Kosten.

Wesentlicher Teil des Projekts ist der Aufbau eines Netzes von Kooperationspartnern und Optimierung der Zusammenarbeit. Vierteljährlich findet ein Netzwerktreffen des Stadtbezirks Mitte statt. Daran nehmen alle Kooperationspartner teil: der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Familienhebammen, Aufsuchende Elternhilfe, Babylotsen u. a. Dort lernen sich die Akteure kennen, werden Projekte vorgestellt und Erfahrungen ausgetauscht. Man bekommt einen Überblick über die Angebote im Bezirk und in Berlin, dies erleichtert die Weitervermittlung der Familien. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als unserem wichtigsten Kooperationspartner beginnen wir zurzeit mit einer gegenseitigen Hospitation. Den regelmäßigen Austausch halten wir für sehr wichtig.

Den Babylotsen steht ein umfangreiches **Netzwerk von Unterstützern innerhalb der Klinik** zur Seite:

- Elternberatung: für Eltern mit zu früh geborenen oder kranken Kindern, bei drohender Frühgeburt,
- Sozialdienst: u. a. für Mütter unter 18 Jahren, Nicht-Versicherte, bereits bestehender Jugendamtskontakt oder Drogenproblematik,
- Sucht- und Infektambulanz: für Schwangere/Wöchnerinnen mit schweren Infektionen (HIV, Hepatitis etc.) sowie Drogenabhängigkeit,
- Familien- und Perinatalzentrum: für Geburtsvorbereitung, Elternkurse,
- Psychosomatik/Psychologie: für Schwangere/Wöchnerinnen mit psychischen Belastungen und/oder Erkrankungen,
- Charité gegen Gewalt: für das Erkennen von Gewalt, Schutz und Therapie bei physischer und psychischer Gewalt, Prävention.

Wir Babylotsen betreuen Familien mit reifgeborenen und gesunden Kindern. Die Elternberatung an unserer Klinik betreut Familien mit frühgeborenen Kindern sowie Kindern mit

komplexen Erkrankungen. Die Zuständigkeiten zwischen Babylotsen, Elternberatung und Sozialdienst sind klar abgegrenzt. Allerdings stehen wir im engen Kontakt und ständigen Austausch.

Wir beraten und unterstützen außerdem Eltern mit solchen Erkrankungen, die die Betreuung des Kindes erschweren, Familien mit besonderen sozialen und wirtschaftlichen Belastungen und die ambulant betreuten Schwangeren. Einen weiteren Schwerpunkt bilden seit Monaten die geflüchteten Familien.

Der **Anhaltsbogen** (Screeningbogen) ist unser wichtigstes Instrument, um einen Unterstützungsbedarf festzustellen. Dieser wird vom medizinischen Personal ausgefüllt und von uns Babylotsen mit Hilfe der Score-Tabelle, den Bewertungskriterien, ausgewertet. Wenn wir dort einen bestimmten Score haben, d. h. einen bestimmten Bedarf sehen, führen wir ein diagnostisches Interview und lernen die Mutter in einem ersten ausführlichen Gespräch kennen. Es gibt aber auch Mütter auf der Wochenstation, die von den Babylotsen erfahren haben und selbst um ein Gespräch bitten, auch wenn der Screeningbogen keinen Bedarf erkennen lässt. Auch mit diesen Müttern sprechen wir. Wenn die Schwester oder der Arzt die Vermutung äußern, dass es Belastungen in einer Familie gibt, werden wir ebenfalls tätig. Das heißt, wir bieten Unterstützung für **alle** Familien, aber niemand muss diese annehmen.

Bei diesen ersten Gesprächen gehen wir zunächst auf die Fragen der Mutter ein. Fast jede Mutter eines Neugeborenen hat verschiedene Fragen, sei es das Prozedere für die Ausstellung der Geburtsurkunde. Das bildet einen guten Einstieg in das Gespräch, ehe man auf die eventuell bestehenden Probleme und die konkreten Bedarfslagen zu sprechen kommt. Wenn nötig, wird ein Dolmetscher hinzugezogen.

Sofern im diagnostischen Interview ein Unterstützungsbedarf erkennbar und notwendig ist, schauen wir gemeinsam mit den Eltern bzw. mit der Mutter nach einer passenden Hilfe. Dies kann zum Beispiel eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung oder die Anbindung an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder eine Beratungsstelle sein. Dorthin wird die Familie durch die Babylotsin vermittelt.

Ein Bestandteil unseres Projektes ist das Monitoring. Bei vielen genügen das erste Gespräch und die erste Beratung, um die Fragen zu klären. Für die Fälle der Vermittlung und Überleitung führen wir ein Monitoring durch. Wir rufen die Frauen drei bis vier Wochen nach der Entlassung und ein zweites Mal drei bis vier Monate später an, um zu erfragen, wie es ihnen geht, ob sie gut in die Hilfe gekommen sind, ob die Überleitung funktioniert hat, ob die Hilfe ausreicht oder ein weiterer Bedarf besteht. Häufig rufen die Frauen uns an.

Der Anhaltsbogen

Den Anhaltsbogen (Screening) haben die Hebamme oder der/die Arzt/Ärztin bei der Anamnese vor sich liegen (**Abbildung 1**). Die (werdende) Mutter bekommt keinen Einblick in diesen Bogen. Der Anhaltsbogen enthält 27 biologische und psychosoziale Risikofaktoren zur psychosozialen und physischen Gesundheit der Mutter und zum sozialen Umfeld des Kindes.

	BABYLOTSE PLUS Charité Geburtsmedizin ANHALTSBOGEN 16.2.2016	
Geburtsnummer	Patientenetikett	Wo wurde der Bogen zuerst ausgefüllt? Kreißsaal <input type="checkbox"/> Schwangerenberatung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kind	Geburtsgewicht < 3. Perzentile	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Mehrlingsgeburt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Frühgeburt < 37. SSW	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Schwere Erkrankung beim Kind:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Alter der Mutter Jahre	
Leben 2 oder mehr Kinder unter 5 Jahren im Haushalt? (inklusive des Neugeborenen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Leben mehr als 4 Kinder im Haushalt? (inklusive des Neugeborenen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen nach der 20. SSW:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Weniger als 5 durchgeführte Untersuchungen bei Geburt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hat die Mutter Alkohol und/oder andere Drogen konsumiert? Art der Drogen:	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hat die Mutter eine bekannte psychiatrische Diagnose? Depression <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ist die Mutter oder ein Familienmitglied, von einer schweren Erkrankung/Behinderung betroffen? (ohne das Neugeborene) Art der Erkrankung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ist sich die Mutter zurzeit besonders belastet? durch ungewollte/ verdrängte Schwangerschaft <input type="checkbox"/> durch Probleme in der Partnerschaft <input type="checkbox"/> sonstiges:	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Gibt es besondere soziale / wirtschaftliche Belastungen? (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation)	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ist die Mutter alleinerziehend?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ist die Mutter/Familie aus ihrem Heimatland geflüchtet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Kann man sich mit den Eltern auf Deutsch verständigen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Gibt es Hinweise auf Gewalt?	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Gibt es zurzeit oder gab es früher Anbindungen an unterstützende Institutionen? (z.B. Jugendamt, gesetzlicher Betreuer) (ohne Arbeitsamt)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Babylotsengespräch mit der Mutter gewünscht wegen Hinweis von Mitarbeitern/-innen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Der Anhaltsbogen wurde ausgefüllt von:		
Unterschrift	Stempel	
Zuständige Babylotsin: <input type="checkbox"/> M. Mertgen /CVK <input type="checkbox"/> S. Preißel /CVK-CCM <input type="checkbox"/> J. Lüdke /CCM Tel.: 450 664 407 Tel. 450 664 387 Tel. 450 664 660	Score:	

Abbildung 1

Im günstigsten Fall wird der Bogen bereits während der Schwangerschaftsberatung von den Ärzten oder Arzthelferinnen ausgefüllt, ansonsten von den Hebammen während der Aufnahme zur Entbindung. Wenn der Bogen nicht sorgfältig ausgefüllt ist, können wir nicht gut weiterarbeiten. Daher muss das medizinische Personal regelmäßig geschult werden, zumal das Personal an der Charité relativ häufig fluktuiert. Wir stellen zum Beispiel halbjährlich das Projekt in der Hebammenschule vor, damit auch die künftigen Hebammen damit vertraut sind.

DR. MED. CHRISTINE KLAPP: Generell funktioniert das Projekt nur, wenn es von allen mitgetragen wird, vor allem auch von der Leitung.

Risikoindikatoren

Wir untersuchten die unterschiedliche Wertigkeit der verschiedenen Risikoindikatoren (Abbildung 2).

Klinisch relevante Risikoindikatoren



Risikoindikator	Odds Ratio	95 %-KI	p-Wert
Hinweise der Klinikmitarbeiter	3,1	1,6 – 6,2	0,001
Alter der Mutter < 21 Jahren	3,1	1,5 – 6,7	0,003
Frühgeburt / Komplikation	2,3	1,1 – 4,8	0,031
Rauchen in der Schwangerschaft	1,8	1,0 – 3,2	0,044
Partnerschaftsprobleme	9,3	2,9 – 29,5	0,001
Probleme bei Alltagsbewältigung	3,4	1,5 – 7,6	0,003
Wirtschaftliche Probleme	3,5	1,8 – 6,7	< 0,001
Psychiatrische Erkrankung	3,3	1,1 – 9,8	0,033



Abbildung 2

Ein Punkt ist „Hinweise der Klinikmitarbeiter“. Wir durften es nicht „Bauchgefühl“ nennen, weil der Datenschutz das für unwissenschaftlich hielt, obwohl es das ganz genau beschreibt. Allerdings klingt „Hinweise der Mitarbeiter“ wiederum nach Kontrolle und Meldung.

„Alter der Mutter unter 21 Jahren“ stellt auch ein Risikokriterium dar. Für Mütter unter 18 Jahren ist der Sozialdienst zuständig. Das Risiko ist bei unter 21-Jährigen ebenfalls dreimal höher als bei älteren Müttern. Den höchsten Wert bilden die Partnerschaftsprobleme.

Partnerschaftsprobleme tragen eine neunfache Risikobelastung in sich. Dazu gehört auch die Situation einer Alleinerziehenden. Das haben wir nicht voneinander getrennt.

Auch wirtschaftliche Probleme, die zurzeit – auch durch die Situation mit vielen geflüchteten Familien – stark zunehmen, tragen im relativ hohen Maße zu Belastungen in der Familie bei. Psychische Erkrankungen sind häufig vorher nicht bekannt, weil viele Frauen das von sich aus nicht unbedingt angeben. Erst bei der Befragung wird dies mitgeteilt. Risikofaktoren wie Drogen- und Alkoholmissbrauch gehören in die Zuständigkeit des Sozialdienstes. Wenn sie bei der Befragung bekannt werden, wird das an den Sozialdienst übergeben.

Ergibt der Score einen Wert von unter 3, gilt der Bogen als unauffällig. Bei einem Score von mindestens 3 nimmt die Babylotsin Kontakt zur Familie auf und ermittelt in einem Erstgespräch den Unterstützungsbedarf und vermittelt mit Einverständnis der Familien Hilfen.

2015 wurden für das Virchow-Klinikum und den Campus Mitte von knapp 5.000 Geburten und einer Screeningrate von 80,2 Prozent folgende Zahlen ermittelt:

- 1.463 Familien mit entsprechender erhöhter Punktzahl,
- 1.059 diagnostische Interviews mit der Babylotsin – davon:
 - 651 Beratungen im Gespräch,
 - 408 Weiterleitungen (intern/extern) – also mehr als ein Drittel Frauen aus dem Interview.

Der Bogen ist recht niedrigschwellig gehalten, sodass man schnell drei Punkte erreicht. Daraus ergibt sich die hohe Zahl der diagnostischen Interviews. Nach unserer Erfahrung ist es sinnvoll, den Bogen so niedrigschwellig zu halten, weil man auch den wenigen Punkten nachgeht, die nur oberflächlich Probleme aufzeigen, denn mitunter stellt sich im Gespräch heraus, dass die Familie eine hohe Belastung zu tragen hat – die Dank der persönlichen Zuwendung und des entstandenen Vertrauens in dem Gespräch benannt wird. Die Differenz der geführten Interviews zu den Familien mit erhöhter Punktzahl erklärt sich dahingehend, dass sich in einigen Fällen eine Zuständigkeit des Sozialdienstes herausstellt. Durch die systematische Identifizierung von Problemen stellten wir fest, dass das, was man in der oberflächlichen Anamnese erfährt, sich von dem, was bei näherer Zuwendung erfragt wird, mitunter erheblich unterscheidet. Der Sozialdienst wird jedoch mit wesentlich höherer Bereitschaft angenommen, wenn vorher der Kontakt zur Babylotsin vorhanden war. Mitunter geht die Babylotsin gemeinsam mit dem Sozialdienst in das zweite Gespräch. Außerdem stehen wir in enger Kooperation mit der Elternberatung der Frühgeborenenstation.

162 Familien haben wir aus verschiedenen Gründen nicht erreicht. In einer ersten Studie werteten wir die ersten zwei Jahre aus. Darin vermerkten wir nur maximal 2 Prozent Ablehnung des Gesprächs. Allerdings gehen wir einem Fall trotzdem nach, wenn ein hoher Risikoscore vorliegt, und nutzen die Möglichkeiten aus, die das Kinderschutzgesetz bietet. Die Familien werden darüber informiert.

Die Weiterleitung erfolgt in Abstimmung mit den Eltern/der Mutter. Die Angebote werden vorgestellt und nicht von uns bestimmt. So wichtig der Screeningbogen für unsere Arbeit auch ist, der darauf folgende persönliche Kontakt, die persönliche Ansprache ist unerlässlich.

Diagnostisches Interview (Erstgespräch)

SUSANNE PREIBEL: Nachdem geklärt wurde, ob die Mutter Zeit für ein Gespräch hat und dazu bereit ist, wird zunächst das Projekt vorgestellt. Die ersten Fragen beziehen sich auf das allgemeine Befinden von Mutter und Kind.

Erst dann wird ein ausführliches Gespräch zu den verschiedenen Bereichen geführt:

- Basisdaten,
- Situation des Kindes und der Kinder der Familie,
- Situation der Mutter/Situation des Vaters,
- Beziehung und Elternschaft,
- Sozioökonomische Situation der Familie.

Dabei geht es um Fragen wie: Hat die Mutter einen Partner, der sie unterstützt? Gibt es bereits Erfahrungen mit vorher geborenen Kindern? Was macht die Mutter/der Vater beruflich? Ist die Familie in ein soziales Netzwerk eingebunden? Hat sie Freunde? Gibt es eine Hebamme für die Nachsorge? Diese Fragen werden nicht systematisch abgehandelt, sondern es entwickelt sich ein ganz normales Gespräch, in dem die Babylotsin auf diese Punkte eingeht. In den meisten Fällen müssen bestimmte Themen erst angesprochen werden, ehe die Mütter Fragen stellen. Ist gerade der Partner anwesend, wird dieser selbstverständlich in das Gespräch einbezogen.

Die sozioökonomische Situation betrifft nicht nur die Frage, ob die Eltern berufstätig sind, sondern auch die Frage nach Einteilung der Elternzeit, nach den Wohnverhältnissen, ob die Wohnung für die Ankunft des Babys vorbereitet ist, nach der finanziellen Absicherung usw. Anhand der Antworten erkennt man, welche Probleme es gibt und welche Unterstützungsmöglichkeiten man der Familie anbieten könnte. Die Familie wird dementsprechend beraten und nach Abstimmung an die passenden Angebote vermittelt.

Fallvarianten

DR. MED. CHRISTINE KLAPP: Anhand eines Falles werden drei verschiedene Varianten vorgestellt.

Fallvariante 1 – Kurzfall:

Eine 20-jährige alleinerziehende Schwangere erwartet ihr erstes Kind, der Kindsvater hat sich von ihr getrennt, ihre Ausbildung ist noch nicht abgeschlossen, sie hat finanzielle Sorgen. Screeningscore: 7

Ressourcen (im Erstgespräch geklärt): Sie bekommt in Kürze eine eigene kleine Wohnung im gleichen Haus, in dem ihre Mutter wohnt. Die Beziehung zur Mutter ist unterstützend

und liebevoll, diese hat wegen Frühberentung Zeit und wird sich mit kümmern. Die Mutter kommt auf Wunsch der jungen Frau zu dem Gespräch hinzu. Die junge Mutter kann in etwa einem halben Jahr ihre Ausbildung fortsetzen.

Hier sind offenbar genügend Ressourcen vorhanden, sodass die Fragen, die sich aus dem Screening ergaben, im Erstgespräch gelöst werden konnten. Eine Wiedervorstellung bei Bedarf wird angeboten.

Fallvariante 2 – Kurzfall mit interner Weiterleitung:

Eine 20-jährige alleinerziehende Schwangere erwartet ihr erstes Kind, der Kindsvater hat sich von ihr getrennt, ihre Ausbildung ist noch nicht abgeschlossen, sie hat finanzielle Sorgen. Screeningscore: 7

Sie bot während des Aufenthaltes auf der Wochenbettstation Zeichen einer beginnenden Depression (verstärkter Babyblues).

Ressourcen sind vorhanden (s. Beispiel 1). Sie wird damit zur Abklärung intern weitergeleitet an unsere Psychosomatische Sprechstunde oder zum psychiatrischen Konsil und erhält anschließend ggf. sozialdienstlicher Unterstützung.

Oder: wenn z. B. das Kind stationär behandlungsbedürftig auf der Neugeborenen-Intensivstation hätte aufgenommen werden müssen, erfolgt eine Weiterleitung an die Elternberatung.

Fallvariante 3 – Intensivfall:

Eine 20-jährige alleinerziehende Schwangere erwartet ihr erstes Kind, der Kindsvater hat sich von ihr getrennt, ihre Ausbildung ist noch nicht abgeschlossen, sie hat finanzielle Sorgen. Screeningscore: 7

Es gibt keine oder wenige Ressourcen.

Die Babylotsin wird hier z. B. eine Familienhebamme für ein Jahr zur Begleitung implementieren und bei Verschuldung eine Schuldnerberatung initiieren. Zusätzlich werden hier nach drei bis vier Wochen und nach drei bis vier Monaten Nachsorge-Telefonate durchgeführt, bei denen eruiert wird, ob die Vermittlung geklappt hat und ob das Problem gelöst werden konnte – im Sinne eines „Monitoring“.

Hausbesuche führen die Babylotsen nicht durch, das können sie nicht leisten. Vor allem durch die geflüchteten Familien haben sie wesentlich mehr und auch mit mehr intensiven Fällen zu tun.

Die Babylotsen sind aus unserem Klinikalltag nicht mehr weg zu denken. Mit Hilfe unseres Anhaltsbogens („screening“) werden Hinweise auf psychosoziale Nöte deutlich, im nachfolgenden Gespräch decken Babylotsinnen ggf. konkrete Nöte auf, geben Rat, schauen nach Ressourcen, stellen gemeinsam mit den Eltern einen Plan auf, vermitteln als Lotsen zu wohnortnaher passgenauer Unterstützung und schauen dann im Nachgang, ob die Hilfe angekommen ist und die Probleme gelöst sind.

Dies ist ein wichtiger Schritt vom reaktiven zum präventiven Kinderschutz.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prävention als gemeinsame Vorsorge von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Vorstellung von Kooperationsmodellen

Arbeitsgruppe „VerbundNetzwerkKinderschutz Landkreis Mecklenburgische Seenplatte“

MATTHIAS BRANDT

Direktor des Amtsgerichts Neubrandenburg,
Vorsitzender des „VerbundNetzwerkKinderschutz MSE“

DR. SIMONE HERRLICH

Sachgebietsleiterin Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt,
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, Waren (Müritz),
Mitwirkende im „VerbundNetzwerkKinderschutz MSE“

MARION SCHILD

Stellvertretende Jugendamtsleiterin, Sachgebietsleiterin Jugendförderung, Leiterin der
Koordinierungsstelle „Frühe Hilfen“, Jugendamt, Landkreis Mecklenburgische Seenplatte,
Neubrandenburg, stellv. Vorsitzende des „VerbundNetzwerkKinderschutz MSE“

MATTHIAS BRANDT: Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen stellt nur einen Teil der Arbeit unseres Verbundnetzwerks dar. Es sind wesentlich mehr Akteure und Professionen daran beteiligt.

DR. SIMONE HERRLICH: Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte ist im Hinblick auf seine Fläche der größte Landkreis in Mecklenburg-Vorpommern (**Abbildung 1**).



Abbildung 1

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Die Fläche beträgt knapp 5.500 km². Die Einwohnerzahl des Landkreises liegt bei ungefähr 260.000 (**Abbildung 2**).



Abbildung 2

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

In dieser großen Fläche ist die Bevölkerungsdichte mit 47 Einwohnern pro km² nur gering. Die Struktur des Landkreises stellt sich folgendermaßen dar: Im Landkreis sind 14 Ämter tätig, es gibt sechs amtsfreie und 150 amtsangehörige Gemeinden. Das Oberzentrum ist Neubrandenburg, die Mittelzentren sind Demmin, Neustrelitz und Waren (Müritz), die Grundzentren Altentreptow, Burg Stargard, Dargun, Feldberger Seenlandschaft, Friedland, Malchin, Malchow, Mirow, Penzlin, Rechlin, Reuterstadt Stavenhagen, Röbel/Müritz, Wesenberg, Woldegk.

MARION SCHILD: Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hatte aus Gründen der sogenannten Synergieeffekte, der demografischen Entwicklung und der Haushaltssituation eine Kreisgebietsreform beschlossen. Viele Landräte und Oberbürgermeister gingen damit vor das Verfassungsgericht und gaben viele Gutachten in Auftrag, um diese Reform aufzuhalten. Seit September 2011 gibt es in Mecklenburg-Vorpommern die im Abbildung 1 dargestellten neuen Kreise. Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte ist durch Zusammenlegung von drei Landkreisen und der kreisfreien Stadt Neubrandenburg entstanden. Die Auswahl der Landkreise erfolgte rein geografisch. Der ehemalige Landkreis Müritz hatte zuvor einen ausgeglichenen Haushalt und war überschaubar. Der große Landkreis Mecklenburgische Seenplatte hat ein exorbitantes Haushaltsloch. Die Idee des Landtages der Einsparung ist demnach nicht aufgegangen.

Wir als Akteure des Kinderschutzes im Landkreis Müritz hatten uns bereits 2010/2011 mit einem Kinderschutzzentrum ohne gesetzliche Normative auf den Weg gemacht, einfach aus dem Leidensdruck heraus. Zuvor fanden viele bilaterale Beratungen mit den verschiedenen Akteuren unterschiedlicher Professionen statt, bis wir auf die Idee kamen, ein

Gremium zu etablieren, in dem Multiplikatoren aus verschiedenen Berufsfeldern zusammenarbeiten. Eine Konsequenz aus der Arbeit in den vielen Jahren, die wir dann in den großen Kreis übertrugen, war: Das Gelingen steht und fällt trotz der wichtigen bundesrechtlichen Normativen mit Menschen, mit Personen, die gerade für so eine Arbeit „brennen“, die dafür emphatisch sind und andere mitreißen können. Diese habe ich in Herrn Brandt und Frau Dr. Herrlich gefunden.

MATTHIAS BRANDT: Es steht und fällt mit Menschen, aber auch mit Strukturen. Das Netzwerk soll auch noch funktionieren, wenn diese Menschen einmal gehen. Wir sind ein Verbund regionaler Netzwerke gem. Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG (Artikel 1 Bundeskinderschutzgesetz vom 22.12.2011) und schlossen uns am 20. März 2013 als Netzwerke Kinderschutz inkl. Frühe Hilfen der vormaligen Landkreise Demmin, Müritz – Waren (Müritz), der vormalig kreisfreien Stadt Neubrandenburg und des vormaligen Landkreises Mecklenburg-Strelitz – Neustrelitz – in einem Verbund-Netzwerk Kinderschutz für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte zusammen. Wir konnten darauf aufbauen, dass wir im Landkreis Müritz bereits vor Inkrafttreten des KKG ein solches Netzwerk installiert hatten. Wir bemühten uns, unsere Strukturen auch im neuen Landkreis wiederzufinden. Neubrandenburg als kreisfreie Stadt und kleinere, etwas dichtere Einheit hatte sich auf das Kinderschutzkonzept beschränkt. Demmin hatte einen ähnlichen Ansatz verfolgt wie wir, hatte eine Steuerungsgruppe eingerichtet, in der einige Professionen zusammensaßen und bestimmte Absprachen trafen. In Mecklenburg-Strelitz ist es bis zum Schluss bei einer bilateralen Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und verschiedenen Akteuren im Einzelfall geblieben.

MARION SCHILD: Bei der Zusammenführung ließen wir uns im Jugendamt von der Überzeugung leiten, dass Frühe Hilfen fachgebietsübergreifend und daher nicht beim ASD anzusiedeln, sondern eigenständig sind. Sie haben nicht nur mit dem Bereich der Hilfen zur Erziehung zu tun, sondern ebenso mit Kindertagesstätten, mit Unterhalt, mit Vormundschaft und Jugendförderung. Uns stehen im Jahr 174.000 Euro aus dem Bundesfonds Frühe Hilfen zur Verfügung. Daraus werden zwei Koordinatorinnen bezahlt, die bei uns im Jugendamt angestellt sind. Den Rest verwenden wir für Projekte an der Basis.

Die Besonderheit bestand darin, dass wir uns als Jugendamt erst einmal zusammenfinden mussten. Zu den neuen Anforderungen des KKG kam die Umstrukturierung des Landkreises hinzu. Das Jugendamt ist zwar zentralisiert, aber vor allem die Kinderschützer und der ASD arbeiten noch an vier weiteren Standorten. Das stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar.

In unserer Arbeit gehen wir von den Grundvoraussetzungen aus:

- Kinderschutz geht alle an,
- der Schutz unserer Kinder ist der Schutz unserer Zukunft,
- unserer Kinderschutzauftrag greift „von klein bis groß“, für Kinder und Jugendliche von (vor) der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- ein (erster) Schwerpunkt im Kinderschutz liegt in den Frühen Hilfen für Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren,
- Netzwerkkooperation ist ein freiwilliger, zeitaufwändiger und langfristiger Prozess, der sich für alle lohnt.

MATTHIAS BRANDT: Wir sind mit unserem Selbstverständnis eines einheitlichen Kinderschutzauftrages für alle Kinder und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren gestartet. Später kam das Bundeskinderschutzgesetz mit der Maßgabe der Frühen Hilfen für Kinder von 0 bis 3 Jahren. Diese haben wir integriert, sehen aber weiterhin unseren Auftrag darin, auch die älteren Kinder im Blick zu behalten.

Wir verfolgen mit unserer Kinderschutzarbeit den Anspruch gemäß §§ 1 - 3 KKG, wir:

- schützen das Wohl von Kindern und Jugendlichen und fördern ihre gewaltfreie körperliche, geistige und seelische Entwicklung,
- unterstützen Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung,
- beteiligen, beraten und informieren Eltern, Kinder und Jugendliche und helfen ihnen,
- bieten einen Überblick über kind- und elternbezogene Leistungsangebote zur Beratung und Hilfe im Landkreis,
- arbeiten als Kinderschutzakteure verbindlich und transparent mit aufeinander abgestimmten Kinderschutzverfahren zusammen.

Wir versuchen, auch Elternvertreter in unser Netzwerk einzubinden, was sich aber als schwierig erweist.

MARION SCHILD: Der Vorsitzende vom Kreiselterntat der Schulen und der Kreiselterntat der Kindertagesstätten waren am Netzwerk beteiligt. Allerdings finden in den Elternvertretungen häufige Wechsel der Personen statt. Über diese Elternvertretungen als Multiplikatoren erreicht man eine unmittelbare Verbindung zu den Familien und zur Elternschaft.

MATTHIAS BRANDT: Es kommt in hohem Maße auf die Personen an, auch wenn die Elternräte an den Schulen gut strukturiert und organisiert sind. Es ist aber nicht einfach, nach einem Wechsel die neuen Personen wieder zu begeistern und in das Netzwerk einzubinden. Im Kitabereich erreicht man die Eltern noch weitaus schlechter, weil dort die Elternräte nicht so gut organisiert sind und kein gesetzlicher Auftrag vorhanden ist.

Ziele und Aufgaben

MARION SCHILD: Unsere **Kinderschutzziele** haben wir in primäre und sekundäre Ziele eingeteilt. Diese sind verbindlich im Kinderschutzkonzept des Landkreises geregelt.

Primäre Kinderschutzziele sind aus unserer Sicht:

- Kinder und Jugendliche, die Gefährdungen und Misshandlungen erleben mussten und die bereits von der Jugendhilfe erreicht werden, einer Fortsetzung von Gefährdungserfahrungen entziehen,
- Kinder und Jugendliche erkennen, die unter kindeswohlgefährdenden Umständen leben müssen und die bisher von der Kinder- und Jugendhilfe nicht erreicht wurden,

- die Erziehung und Förderung der gefährdeten Kinder und Jugendlichen, wenn möglich in der Familie, unterstützen und zu einem, wenn realistisch, optimalen Ausgleich bereits eingetretener Schädigungen beitragen,
- das Entstehen von Kindeswohlgefährdungen durch eigene Abläufe und Maßnahmen verringern bzw. vermeiden.

Sekundäre Kinderschutzziele sind:

- die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Entwicklung Gefährdungen erleben müssen, möglichst verringern,
- Schaffen einer allgemeinen Kinderschutzatmosphäre,
- Schaffen eines allgemeinen Kinderschutzbewusstseins,
- Schaffen eines allgemeinen Kinderschutzselbstverständnisses,
- Schaffen einer allgemeinen Kinderschutz(selbst)verantwortung,
- Orientierung allein an der Zielrichtung Kinderschutz – ohne Feindbild,
- **Schaffen einer Struktur, die eine möglichst flächendeckende Wahrnehmbarkeit von Kindeswohlgefährdungen gewährleistet und so Kindeswohlgefährdungen vorbeugt.**

MATTHIAS BRANDT: Uns ist es wichtig, eine flächendeckende Kinderschutzatmosphäre zu schaffen, in der jeder professionelle Akteur bewusst die Verantwortung für den Kinderschutz im Landkreis trägt und sich jeder Bürger angesprochen fühlt, wenn er eine Kindeswohlgefährdung wahrnimmt, und wenn möglich unterstützend tätig wird. Wir selbst können nicht überall sein und werden daher nach wie vor nicht alles selbst bemerken. Das zu glauben, wäre illusorisch.

MARION SCHILD: Herr Brandt und ich luden zu unseren Netzwerktreffen stets die Medien ein. Zur Auftaktveranstaltung kamen sie, danach nicht mehr. Als Vertreterin der Jugendhilfe bin ich darüber enttäuscht, denn offensichtlich ist unsere Tätigkeit für die Medien nicht so interessant wie der akute Fall einer Kindeswohlgefährdung. Wir hatten bereits erwogen, die Presse als aktives Mitglied in unser Gremium aufzunehmen. Um ein Bewusstsein und ein Verständnis für den Kinderschutz zu etablieren, braucht man die Öffentlichkeit und daher auch die Medien. Nach unseren Erfahrungen ist dafür ein langer Atem nötig.

MATTHIAS BRANDT: Die Medienvertreter haben offenbar das Gefühl, in den Beratungen würde immer dasselbe passieren. Die strukturelle Arbeit interessiert die Öffentlichkeit nicht so sehr.

MARION SCHILD: Unser Netzwerk konzentriert sich im Wesentlichen auf die **Arbeitsschwerpunkte**:

- regelmäßige Netzwerktreffen: Verbund halbjährlich, Regionen vierteljährlich,
- innerhalb der Netzwerke: Themenbearbeitung in Arbeitsgruppen,
- gemeinsame (Verbund)Ziele und (regionale) Schwerpunkte,

- Standardbestimmungen für die Frühen Hilfen und den Kinderschutz im Landkreis,
- verbindliche Verständigung über Zuständigkeiten, Kompetenzen, Kinderschutzverfahren, Schnittstellen, aber auch Grenzen,
- gemeinsame Sprache sprechen (Begriffsbestimmungen), Informationen teilen,
- Instrumente der Zusammenarbeit und Kommunikationswege festlegen,
- Kontaktpersonen benennen und kennen,
- Wissensvermittlung und Fortbildung im Kinderschutz,
- Informationsaustausch und Öffentlichkeitsarbeit.

In diesen Arbeitsschwerpunkten werden die festen Strukturen des Netzwerkes deutlich. In dem Flächenkreis ist der Weg zu den Gremiensitzungen für einige Akteure etwas beschwerlich. Daran sind lange Wege, Fahrtkosten und Arbeitszeiten geknüpft. Für Träger der Jugendhilfe ist dies im Entgeltbudget enthalten, denn zu ihrer Tätigkeit gehört Netzwerk- und Gremienarbeit. Andere Professionen, wie Ärzte, Lehrer, Erzieherinnen, können nur außerhalb ihrer normalen Arbeitszeit teilnehmen. Daher einigten wir uns auf halbjährliche Treffen des großen Verbundes. Die Termine sind langfristig bekannt. Die vier Netzwerkregionen tagen in der Regel viermal jährlich. Innerhalb der Netzwerke werden zu bestimmten, festgelegten Themen Arbeitsgruppen benannt. Die Absprachen in den Gremien haben einen verbindlichen Charakter.

In der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Professionen stellten wir häufig fest, dass wir uns gegenseitig nicht verstehen, weil wir verschiedene Sprachen sprechen. Daher war das erste wichtige Anliegen, die Kontaktpersonen kennenzulernen und die jeweiligen Arbeitsnormativen einander gegenseitig vorzustellen, damit Grenzen, Schnittstellen und Möglichkeiten bekannt werden. Wir arbeiteten sehr lange daran, die andere Profession hinsichtlich ihres Auftrages und ihrer Sprache zu verstehen. Glücklicherweise wechselten nur wenige Akteure, sodass das gemeinsame Kommunizieren und Agieren wesentlich einfacher geworden ist. Gerade im Kinderschutz sind Beziehungsarbeit und kurze Wege wichtig.

MATTHIAS BRANDT: In einem regionalen Netzwerk wird die Herausgabe eines Kinderschutzwörterbuches beabsichtigt, in dem die Begriffe aus Sicht aller beteiligten Professionen erklärt werden. Damit kann jede Profession verstehen, was die jeweils andere mit einem bestimmten Begriff meint.

MARION SCHILD: Wir arbeiten außerdem mit Qualitätssicherungsmomenten. Unter Federführung des Jugendamtes und Einbeziehung der anderen Akteure führen wir regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen zu verschiedenen Themen durch.

Wir:

- arbeiten partnerschaftlich und vertrauensvoll zusammen mit Kindern und Jugendlichen, Eltern, Familien, Fachkräften und allen Akteuren im Kinderschutz inkl. Frühen Hilfen,
- integrieren alle im Landkreis mit Frühen Hilfen und Kinderschutz befassten Professionen ins Netzwerk,

- sind als Vertreter unserer jeweiligen Profession Ansprechpartner und Multiplikator für unsere Profession,
- ziehen aus der Zusammenarbeit im Netzwerk praktischen Nutzen für unsere jeweilige Kinderschutzarbeit.

MATTHIAS BRANDT: Es ist nicht immer für alle Akteure selbstverständlich, dass sie nicht nur Informationen bekommen, sondern auch als Multiplikator fungieren. Man kann aus jeder Profession nur eine bestimmte Anzahl von Menschen in das Netzwerk einbinden. Daher ist eine Auswahl zu treffen und dies auch zu kommunizieren. Die Personen, die im Netzwerk mitarbeiten, müssen wissen, dass sie die Multiplikatoren für alle anderen in ihrer Profession sind und wichtige Informationen und Themen weitervermitteln müssen.

Struktur und Aufbau

MARION SCHILD: Den § 3 KKG stellen wir einmal visuell dar (**Abbildung 3**), weil dort die Akteure des Netzwerkes für Kinderschutz dort direkt benannt und aufgezählt worden waren:

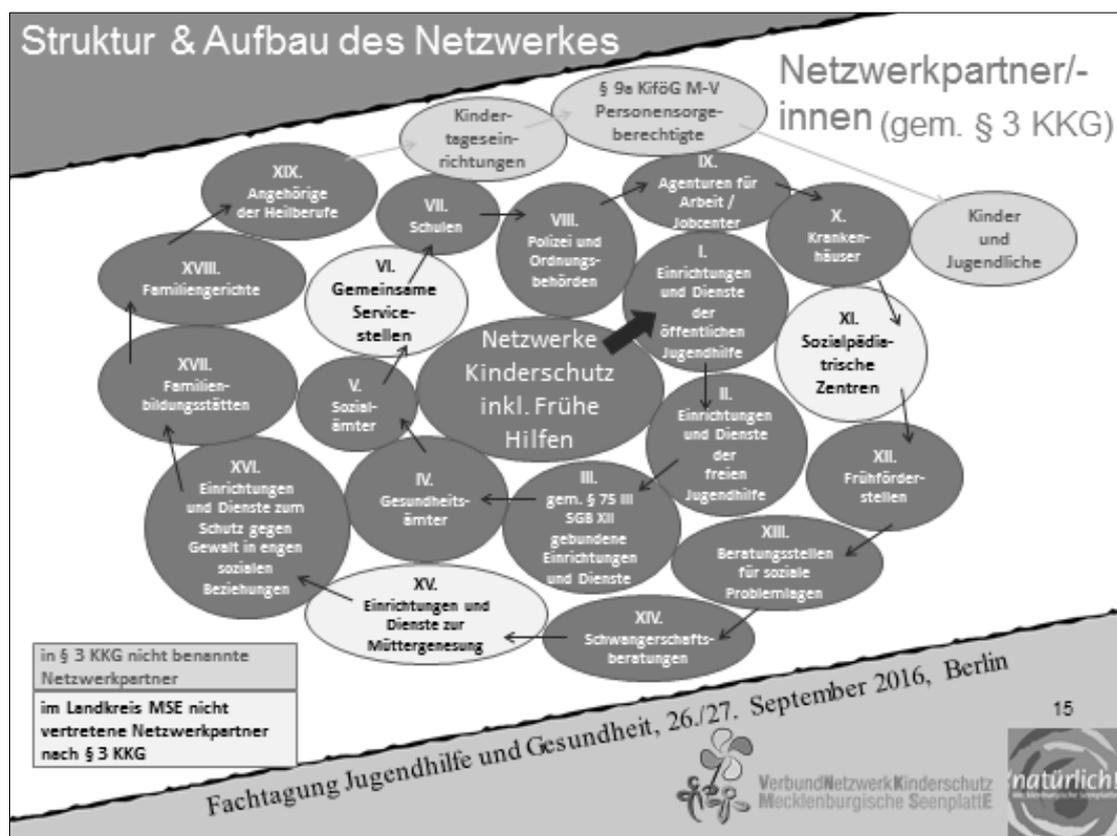


Abbildung 3

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Kinderschutz ist nicht nur eine Aufgabe des Jugendamtes, sondern umfasst eine große Breite von Professionen, Institutionen, Einrichtungen und Personen. In unser Netzwerk wurden einige Akteure aufgenommen, die nicht im § 3 KKG genannt werden, auf der anderen Seite fehlen uns einige der dort aufgeführten Akteure. Wir können Ihnen nur empfehlen, die Politik mit aufzunehmen. Im Müritzkreis war die Kreistagspräsidentin am

Netzwerk beteiligt. Für das derzeitige große Verbundnetzwerk konnten wir die Vorsitzende des Jugendhilfeausschusses gewinnen. Wenn es um Entscheidungen, um Finanzierungsfragen und weitreichende Beschlüsse zu Frühen Hilfen und zum Kinderschutz geht, sollte man die Politik mitnehmen. In jedem Verwaltungsbericht des Kreistages ist ein Absatz enthalten, in dem über die Aktivitäten der Gremienarbeit und der Frühen Hilfen berichtet wird. Außerdem führen wir „Aktuelle Stunden“ für den Jugendhilfeausschuss zum Thema „Frühe Hilfen“ durch.

MATTHIAS BRANDT: Im KKG sind die Personensorgeberechtigten nicht als Netzwerkpartner aufgeführt worden. Wir wollten sie jedoch unbedingt frühzeitig einbeziehen, insbesondere durch die Vertreter der Elternschaft. Dazu ist mit dem § 9a Kinderförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern eine landesgesetzliche Regelung geschaffen worden, in dem Personensorgeberechtigte ebenfalls Partner im Netzwerk sind und mit dem der Zugang zu den Netzwerken an den Orten erleichtert wird, an denen es nicht als selbstverständlich gesehen wird.

Das VerbundNetzwerkKinderschutz ist dergestalt aufgebaut, dass das Kreisjugendamt die Organisationsverantwortung trägt, so wie es das KKG vorsieht (**Abbildung 4**):

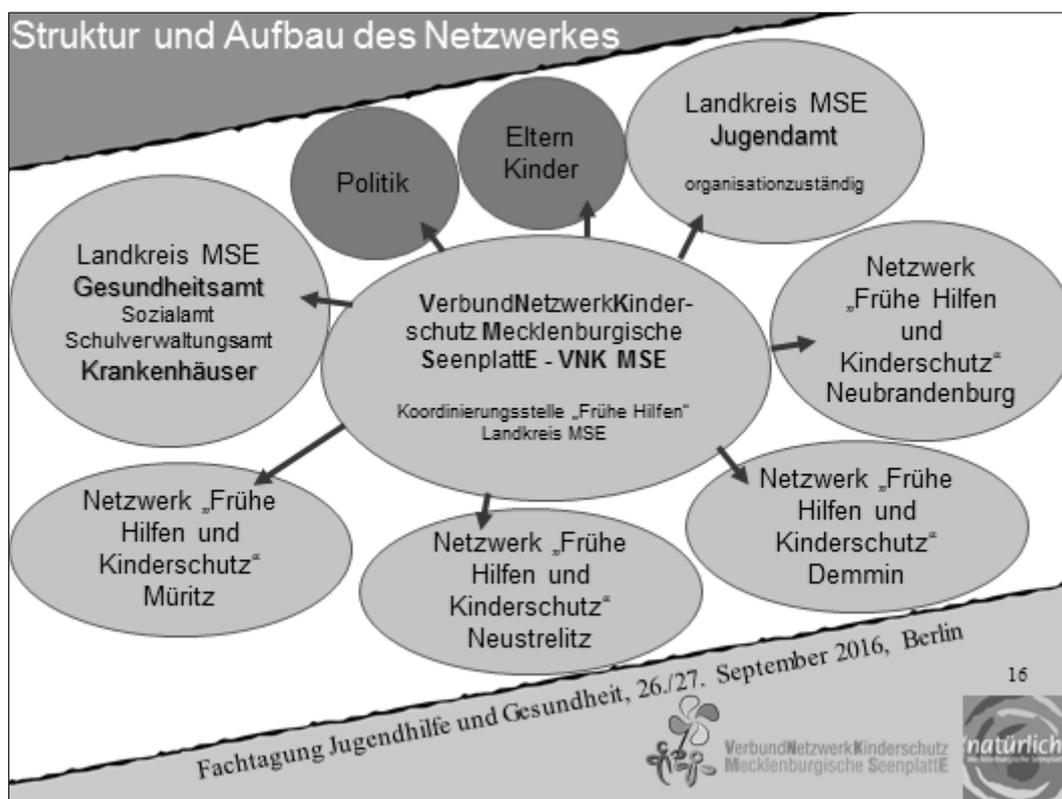


Abbildung 4

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Der Landkreis wird außerdem durch das Gesundheitsamt, durch die Krankenhäuser, das Sozialamt und Schulverwaltungsamt vertreten. Zum Verbund gehören zudem die vier regionalen Netzwerke Müritz, Neustrelitz, Demmin und Neubrandenburg und – so es uns gelingt – die Politik und die Eltern. Die Kinder einzubinden, ist noch eine Idee für die

Zukunft. Um diese umzusetzen, werden wir demnächst an die Schülervvertretungen herantreten.

MARION SCHILD: Die Organisation des Netzwerks unterliegt folgenden Grundsätzen: Die Organisationszuständigkeit liegt beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe im Landkreis, unter verantwortlicher Einbeziehung des Gesundheitsamtes, des Sozialamtes und des Schulverwaltungsamtes sowie des Jugendhilfeausschusses. Die regionale Zusammenarbeit im Kinderschutz bleibt erhalten und wird unter Netzwerkgesichtspunkten ausgebaut und gefestigt. Die zentrale Steuerung der regionalen Frühe Hilfen- und Kinderschutzarbeit im Landkreis wird über das VerbundNetzwerkKinderschutz realisiert. Uns gelingt es immer besser, Doppel- und Mehrfachstrukturen zu verhindern, weil das Netzwerk als einzige strategische Ebene fungiert und man uns im Landkreis durch unsere Öffentlichkeitsarbeit inzwischen gut kennt.

Aus den Mitteln für die Frühen Hilfen bezahlen wir einmal im Jahr ein Coaching für die Verantwortlichen der Gremien und die leitenden Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes. Dort wurde u. a. das Thema „Kooperationsvereinbarungen“ behandelt.

MATTHIAS BRANDT: Eine Arbeitsebene im Kinderschutz ist die Fallarbeit der zuständigen Akteure (u. a. mit Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft, § 4 Abs. 2 KKG). Das Hauptbetätigungsfeld ist die Zusammenarbeit einzelner (zuständiger) Akteure (auch auf Grundlage verbindlicher Vereinbarungen, z. B. § 8a SGB VIII-Vereinbarungen). Die dritte Ebene bildet die Zusammenarbeit aller Akteure im regionalen und zentralen Frühe Hilfen- und Kinderschutzsystem im Netzwerk.

MARION SCHILD: In den Gremien besprechen wir die Fälle selbstverständlich anonymisiert, um dem Datenschutz Rechnung zu tragen. Zur letzten großen Sitzung mit dem Thema „Kinderschutz vor Datenschutz“ luden wir den Datenschutzbeauftragten des Landkreises ein. Wir wollten deutlich machen, dass es nach § 34 StGb im Rahmen der Rechtsgüterabwägung Möglichkeiten gibt, den Kinderschutz vor den Datenschutz zu stellen. Im Allgemeinen Sozialdienst sind leider immer noch Bezirkssozialarbeiter tätig, die sich aus Unsicherheit, aber auch aufgrund von zu starker Belastung hinter dem Datenschutz verstecken. Datenschutz war in diesem Jahr ein großes Thema.

MATTHIAS BRANDT: Mit dem Datenschützer werde ich mich dahingehend verständigen, dass er zwar vielleicht „Kinderschutz vor Datenschutz“ nicht unterschreibt, aber „Datenschutz ermöglicht Kinderschutz“ akzeptiert.

MARION SCHILD: Außer den üblichen §-8a-Vereinbarungen wurden Kinderschutzvereinbarungen mit allen 110 Schulen des Landkreises geschlossen. Wir haben einen guten Zugang zum staatlichen Schulamt und zu den Schulräten. Im Schulgesetz Mecklenburg-Vorpommern ist der Kinderschutz im § 4 Absatz 5 verankert. In Zusammenarbeit mit den Schulleitern führen wir Veranstaltungen mit Lehrern und Schulsozialarbeitern durch. Der Kinderschutz wurde somit an den Schulen etabliert und wird durch uns begleitet.

DR. SIMONE HERRLICH: Das Jugendamt hat die Federführung im Netzwerk. Das Gesundheitsamt bringt sich mit ein und hat bestimmte direkte Berührungspunkte mit dem Jugendamt.

Das Jugendamt und das Gesundheitsamt gewährleisten gemeinsam u. a.:

- Einsatz von Familienhebammen:
 - vertragliche Bindung durch das Gesundheitsamt,
 - Fallzuweisung (überwiegend) durch das Jugendamt, wenn ein Bedarf erkannt wird (eigentlich ist das primäre Ziel der präventive Einsatz von Familienhebammen, bevor das Jugendamt Kenntnis von einer Familie bekommt, in der Praxis erleben wir das jedoch anders),
 - gemeinsame Fallbesprechungen Jugendamt – Gesundheitsamt.
- Sicherstellung von Vorsorgeuntersuchungen:
 - Meldepflicht gegenüber Landesamt für Gesundheit und Soziales,
 - Kontrolle der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen erfolgt durch das Gesundheitsamt,
 - Information des Jugendamtes durch das Gesundheitsamt bei Nichtwahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen. (Dabei sind jedoch strenge Richtlinien zu beachten. Eine Meldung erfolgt in erster Linie dann, wenn im Rahmen eines Hausbesuches eine mögliche Kindeswohlgefährdung festgestellt wird oder aber nach Anmeldung eines Hausbesuchs bei der Familie und der Einlass verwehrt wird.)

MARION SCHILD: Die Struktur der Gremienarbeit ist in **Abbildung 5** dargestellt:

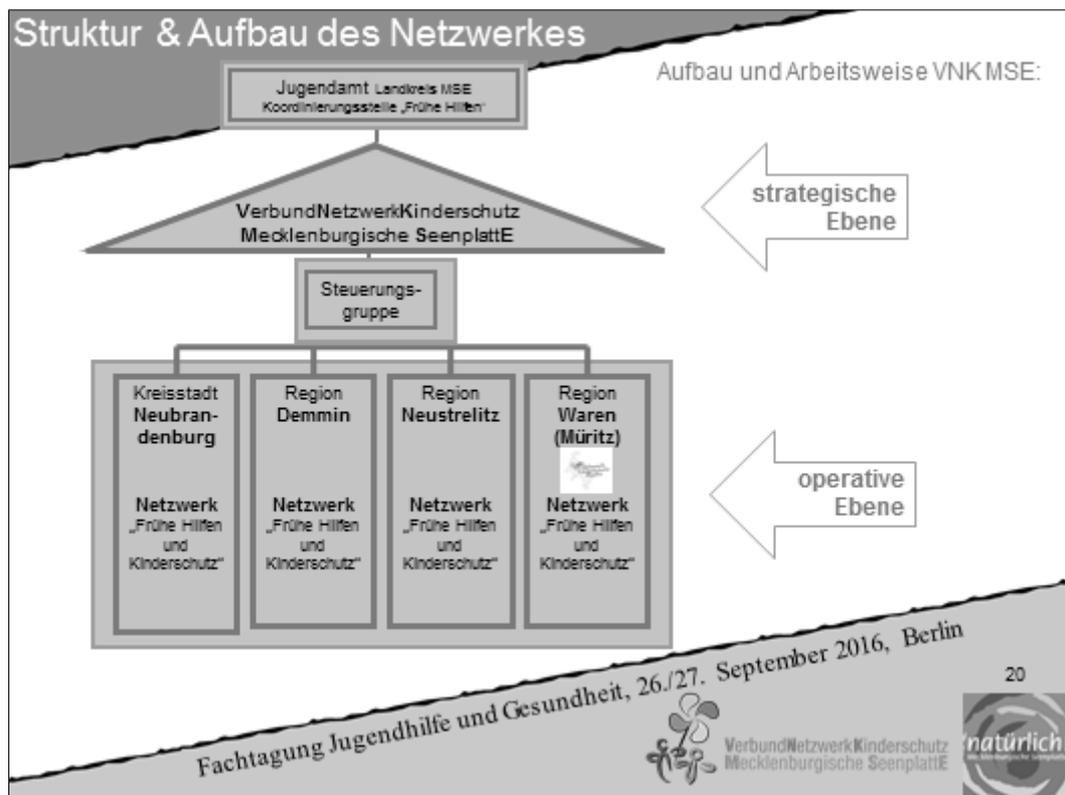


Abbildung 5

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Die ehemaligen Landkreise und die Stadt Neubrandenburg blieben als Planungsräume bestehen. In diesen vier Regionen wurden regionale Netzwerke „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ etabliert. Dort sind festgelegte Akteure mit jeweils einem Vorsitzenden, einem Stellvertreter und einem Sprecher tätig. Wir achten darauf, dass diese Personen keine Vertreter der Jugendhilfe sind. Die operative Ebene trifft sich viermal im Jahr.

MATTHIAS BRANDT: Wir wollten bewusst bei diesen Regionen bleiben, weil sich die Menschen zum größten Teil kannten und weil Netzwerkarbeit damit besser funktioniert. Die Arbeit in den Regionen sollte allerdings nicht dazu führen, dass jeder nur seine eigene Region im Blick hat, daher wurde eine strategische Ebene in Form des Verbundnetzwerkes aufgesetzt. Im Verbundnetz werden Schwerpunkte besprochen und klare Strukturen vorgegeben. Die regionalen Netzwerke betreiben die Arbeit vor Ort. Sie haben ihre eigenen Schwerpunkte und geben ihre Arbeitsergebnisse, wie zum Beispiel das Kinderschutz-Wörterbuch, in den Verbund.

MARION SCHILD: Die Leitung und Vertretung des Verbundnetzwerkes und der regionalen Netzwerke werden durch deren Vorsitzende und/oder deren Stellvertreter realisiert. Die Planung, Steuerung und Koordinierung der VerbundNetzwerkarbeit und der regionalen Netzwerkarbeit erfolgt durch die Mitarbeiter/innen der Koordinierungsstelle „Frühe Hilfen“.

MATTHIAS BRANDT: Die Einrichtung der Koordinierungsstelle stellte einen großen Vorteil für die Förderung der Frühen Hilfen dar, denn sie konnte in der schwierigen Aufbauphase des großen Landkreises sehr gute Arbeit leisten und den Verbund organisieren. In einem Verbund von vier Regionen ist es durchaus denkbar, dass sich nicht jeder nach seinen Vorstellungen Gehör verschaffen und durchsetzen kann. Aus diesem Grund richteten wir zwischen den regionalen Netzwerken und der strategischen Ebene noch eine Steuerungsgruppe ein. Dort können die strategischen Entscheidungen und wesentliche Angelegenheiten vorbesprochen werden, damit sich niemand bevormundet fühlt.

MARION SCHILD: Für die Sitzung des Verbundes laden wir den zuständigen Vertreter des Sozialministeriums von der Landeskoordinierungsstelle und Carsten Spies vom Deutschen Kinderschutzbund ein, außerdem verschiedene andere landesweite Koordinierungsstellen. Das heißt, die Landesebene ist zugegen, wenn wir die „Blitzlichter“ als festen Tagungsordnungspunkt abhandeln. So erfährt die Landesebene etwas über unsere Arbeit und wir bekommen neue Informationen von der Landesebene ...

MATTHIAS BRANDT: ... die wir an die Regionen weitergeben. Beschlüsse über wesentliche Angelegenheiten der Netzwerkarbeit werden durch Mehrheitsentscheidungen des VerbundNetzwerkes und der regionalen Netzwerke gefasst.

Jede Region richtet themenspezifische Arbeitsgruppen ein. Das Netzwerk Kinderschutz Neubrandenburg (NB) bildete die Arbeitsgruppen:

- AG 1 „Sensible Ansprache/sensibler Umgang mit Eltern“,
- AG 2 „Zusammenarbeit der Professionen“,
- AG 3 „Angebote in Neubrandenburg“,
- AG 4 „kindgerechte Informationsmaterialien“,
- AG 5 „Bindungen“.

Wir reden viel über Kinderschutz. Die Kinder sollen uns aber auch verstehen. Darum soll auch unser Informationsmaterial so aufbereitet werden, dass Kinder damit etwas anfangen können. Das Netzwerk Neubrandenburg entwickelte außerdem einen Leitfaden zur Gesprächsführung mit Eltern. Den Vorsitz hat ein Chefarzt der Kinderklinik im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg übernommen. Stellvertreter ist der Bereichsleiter AWO Kompetenzzentrum Neubrandenburg.

MARION SCHILD: Die Arbeitsgruppen treffen sich – je nach Themenschwerpunkt – vier- bis sechsmal jährlich.

In Demmin hat eine Schulleiterin den Vorsitz inne, ein Familienrichter aus Neubrandenburg hat die Funktion des Stellvertreters. Er war im ehemaligen Amtsgericht Demmin tätig, das durch die Verwaltungsreform nicht mehr existiert. Das Netzwerk Demmin rief sechs Arbeitsgemeinschaften ins Leben:

- AG 1 „Frühe Hilfen“,
- AG 2 „Kinder aus suchtbelasteten Familien“,
- AG 3 „Stark für Familie“,
- AG 4 „Kinderschutz – gemeinsam handeln im Gesundheitsbereich“,
- AG 5 „Kinderschutz – gemeinsam handeln im Bereich Justiz, Polizei und Jugendhilfe“,
- AG 6 „Kinderschutz – gemeinsam handeln im Bereich Schule“.

MATTHIAS BRANDT: Die Vorsitzende des Regionalnetzwerks Neustrelitz kommt von einem freien Träger, Stellvertretende ist eine Kita-Leiterin. Eine Arbeitsgruppe befasst sich mit dem wichtigen Thema der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt:

- AG 1 „Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Gesundheitsamt“,
- AG 2 „Gestaltung von verbindlichen Strukturen in der Zusammenarbeit“,
- AG 3 „Suizidprävention“.

Die Arbeitsgruppe 1 startete erst mit der Einrichtung des VerbundNetzwerkKinderschutz. Im Netzwerk Kinderschutz Müritz war ich selbst bis vor zwei Wochen Vorsitzender, ein Nachfolger wurde bisher noch nicht bestimmt. Die Stellvertretung hatte eine Vertreterin der Diakonie Mecklenburgische Seenplatte übernommen. Hier gibt es folgende Arbeitsgruppen:

- AG 1 „Kinderschutz in Einrichtungen“,
- AG 2 „(Kinder)Schutz der körperlichen, geistigen und seelischen Unversehrtheit“,
- AG 3 „Gesundheit ist Kinderschutz“.

Die Arbeitsgruppe 3 richteten wir vor allem auf Wunsch der Gesundheitspraxis ein. Sie zeigt uns aber auch, wie schwierig es häufig aus Zeitgründen ist, ein regelmäßiges Treffen tatsächlich durchzuführen und ein Selbstverständnis für so ein Forum zu entwickeln. In der Praxis trifft man sich eher im Bedarfsfall. Die praktische Arbeit verläuft demnach nicht immer reibungslos.

MARION SCHILD: In den Verbundsitzungen stellt jeder Netzwerk-Vorsitzende seinen aktuellen Arbeitsstand vor. Man hört voneinander und man lernt auch voneinander. Die Berichte regen die anderen dazu an, über den Tellerrand zu schauen.

Über die Frühen Hilfen werden seit 2014 und 2015 verschiedene Projekte gefördert, die vom Jugendhilfeausschuss beschlossen worden sind (**Abbildung 6**):

Förderung von Projekten 2014 / 2015			
Träger	Ort der Umsetzung	Projektname	Projekthinhalt
DRK KV Demmin e.V.	Regionen Altentreptow und Demmin	Frühe Hilfen „Beratungsstelle Nestbau“	Spezifische Beratung und Unterstützung zu Fragen vor, während und nach der Schwangerschaft
Diakonieverein Malchin e. V.	Waren	Themen-Café für Eltern	Niederschwelliges Angebot zum Austausch unter Anleitung pädagogischer Fachkräfte
AWO Mecklenburg Strelitz T.E.S.A. gGmbH	Regionen Neustrelitz, Neubrandenburg, Waren	BRÜCKEN BAUEN – für präventiven Kinderschutz	Zusammenarbeit mit Krankenhäusern NB, NZ und Waren/ Elternberatung /-begleitung
Institut für Sozialforschung Berufliche Weiterbildung gGmbH	Waren	Familienpaten für junge Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern	Implementierung eines ehrenamtlichen Angebotes zur Begleitung und Entlastung junger Familien
Sozialwerk der ev.-freikirchl. Gemeinde Malchin-Teterow e. V.	Stadt Dargun, Amt Stevenhagen, Amt Malchin am Kummerower See	Guter Start ins Leben	Elternkompetenz stärken, Erziehungsverantwortung fördern, präventiv Vernachlässigung und Misshandlung vorbeugen – Vernetzung von Hilfen und Angeboten
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg	Neubrandenburg	Sicherstellung der Versorgung fröhgeborener Patienten beim Übergang vom akutmedizinischen in ambulanten Bereich	Förderung d. Versorgungs- und Beziehungskompetenz von Eltern mit fröhgeborenen Säuglingen nach dem stationären Aufenthalt ↓ Erfolg: ab 2016 – Übernahme der Kosten über Krankenkassen

26

Abbildung 6

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Diese Projekte werden durch die Koordinierungsstelle begleitet.

DR. SIMONE HERRLICH: Das Projekt „Brücken bauen - für den präventiven Kinderschutz“ läuft bereits seit 2013. Darin geht es um Elternberatung und -begleitung. Die Unterstützung wird direkt auf der Entbindungsstation angeboten. Durch ausgelegte Flyer werden die Eltern über diese Möglichkeit informiert. Dabei besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Geburtsklinik in Waren und in Neustrelitz. Die Eltern können bei Bedarf den Elternbegleiter gleich vor Ort kennenlernen, bevor die Mutter und das Kind in ihr Zuhause entlassen werden. Der Elternberater würde, wenn ein Bedarf angezeigt ist, weitere Hilfsmaßnahmen empfehlen und auch vermitteln.

Richtschnur des VerbundNetzwerkKinderschutz

MATTHIAS BRANDT: Das **Konzept „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ Landkreis Mecklenburgische Seenplatte** bildet unsere erste Richtschnur. Mit dem Anspruch aus dem Grußwort des Landrates Heiko Kärger: „Kinder sind für unsere Gesellschaft ein ganz wertvolles ‚Gut‘. Sie vor Gewalt, Gefahren, Misshandlungen, Missbrauch und Demütigungen zu schützen, mit allen Mitteln, die einer Gesellschaft zur Verfügung stehen, ist selbstver-

ständig und höchstes Gebot für jeden von uns.“ beschreibt und definiert das Konzept verbindlich:

- Gesetzliche Grundlagen für Frühe Hilfen und den Kinderschutz,
- Kinderschutzbegriffe, die auch im Kinderschutz-Wörterbuch definiert werden,
- Ziele und Zielgruppen,
- die Ausgangssituation im Landkreis,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- Handlungsempfehlungen.

MARION SCHILD: Auf die Handlungsempfehlungen wurde sehr viel Wert gelegt, da wir in verschiedenen Projekten zusammenarbeiten und für alle Akteure auch das abrechenbare Handeln anhand konkreter kurz- und langfristiger Ziele darstellen wollten.

MATTHIAS BRANDT: Die zweite Richtschnur ist für uns das **Rahmen- und Umsetzungskonzept des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte zur Familienbildung**. Gemäß der Formulierung im Vorwort: „Familien sind Grundsäulen und unverzichtbare Leistungsträger unserer Gesellschaft. Der gesellschaftliche und soziale Wandel stellt Familien vor neue Aufgaben und Herausforderungen, die ihnen hohe Anpassungsleistungen abfordern. Vor diesem Hintergrund kommt der Familienbildung eine besondere präventive Bedeutung zu.“ wird dort verbindlich beschrieben und definiert:

- Rahmenbedingungen für die Familienbildung im Landkreis,
- eine Bestandsaufnahme über Angebote für Familienbildung im Landkreis,
- eine Bedarfsermittlung für Familienbildungsangebote im Landkreis,
- die künftige Ausrichtung der Familienbildung im Landkreis,
- Finanzierungsgrundsätze,
- die regionale Umsetzung.

Die dritte Richtschnur bildet die **KinderschutzNetzwerkPhilosophie**. Die KinderschutzNetzwerkPhilosophie vom 29.04.2015 definiert Grundsätze und Leitlinien für eine verbindliche Zusammenarbeit im Bereich der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes im größten Landkreis Deutschlands. Der Landrat, die Vorsitzende des Jugendhilfeausschusses und die Vorsitzenden der einzelnen Netzwerke stehen mit ihrem Namen dafür, dass wir auf diese Art zusammenarbeiten wollen.

Qualitätssicherung

Netzwerkarbeit ist gut für uns, wenn:

- Vernachlässigung und Gewalt gegenüber Kindern frühestmöglich erkannt werden,
- Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder frühestmöglich angeboten werden,
- alle Kinderschutzakteure verbindlich zusammenarbeiten und handlungssicher in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz sind,

- Kooperation und Fortbildung wesentliche Qualitätsstandards aller Kinderschutzak- teure sind,
- Kinderschutzakture ihre wechselseitigen Zuständigkeiten, Kompetenzen, Kinder- schutzverfahren, Schnittstellen und Grenzen kennen und Eltern, Kinder und Jugend- liche diese kennen können.

Öffentlichkeitsarbeit

Das VerbundNetzwerkKinderschutz veröffentlicht verschiedene Informationsmaterialien der einzelnen Arbeitsgruppen und Netzwerke der Regionen, die in einem einheitlichen Corporate-Design erstellt werden, um uns als VerbundNetzwerkKinderschutz zu identi- fizieren (**Abbildungen 7 bis 12**). Anhand dieser Flyer findet jeder Ansprechpartner, wenn eine Kindeswohlgefährdung bemerkt wird. Man bekommt Informationen darüber, wel- chen Anzeichen von Kindeswohlgefährdung und (sexueller) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche nachgegangen werden sollte und wo man Beratung einholen kann. Den Fa- milienratgeber des Netzwerks Demmin findet man jedoch nur online, um ihn ständig aktualisieren zu können.

MARION SCHILD: Die Kinderseite des Wegweisers in Neubrandenburg ist gemeinsam mit Kindern gestaltet worden. Denn nicht nur die Erwachsenen, sondern auch die Kinder als Teil unserer Zielgruppe sollen über Hilfsangebote und die entsprechenden Ansprechpart- ner informiert werden.

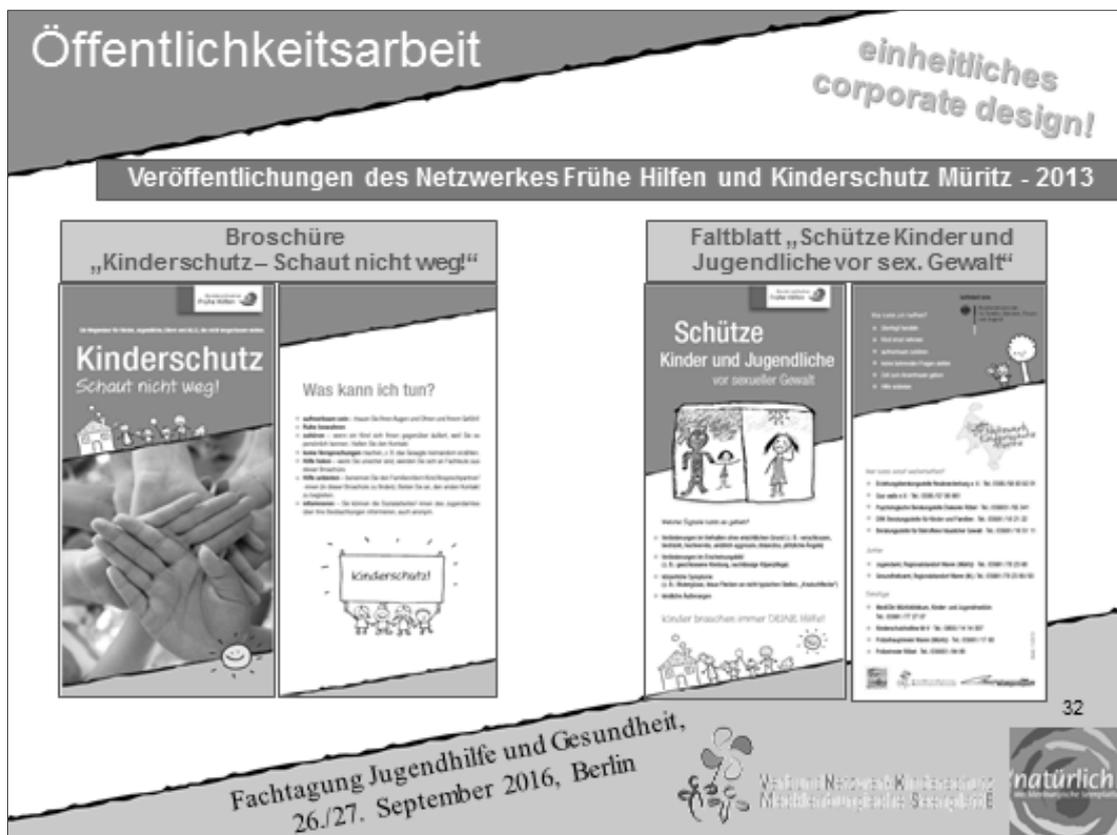


Abbildung 7

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Öffentlichkeitsarbeit **einheitliches corporate design!**

Veröffentlichungen der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen und Kinderschutz - 2015

mit klarer regionaler Farbzusammenhang!

März

Neubrandenburg

Demmin

Mecklenburg Stralitz

33

Fachtagung Jugendhilfe und Gesundheit, 26./27. September 2016, Berlin

Abbildung 8

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

Öffentlichkeitsarbeit **einheitliches corporate design!**

Veröffentlichungen des Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz Neustrelitz - 2015

Broschüre „Kinderschutz – Schaut nicht weg!“

Schwermetallbelastung Schwangerschafts-Überlebensberatung

0161 Neustrelitz - Mecklenburg-Zentrale
 Postfach 100101 • 17101 Neustrelitz
 03943433333

0161 Neustrelitz - Mecklenburg-Zentrale
 Postfach 100101 • 17101 Neustrelitz
 03943433333

0161 Neustrelitz - Mecklenburg-Zentrale
 Postfach 100101 • 17101 Neustrelitz
 03943433333

0161 Neustrelitz - Mecklenburg-Zentrale
 Postfach 100101 • 17101 Neustrelitz
 03943433333

0161 Neustrelitz - Mecklenburg-Zentrale
 Postfach 100101 • 17101 Neustrelitz
 03943433333

34

Fachtagung Jugendhilfe und Gesundheit, 26./27. September 2016, Berlin

Abbildung 9

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE



Abbildung 10

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE



Abbildung 11

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE



Abbildung 12

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

MARION SCHILD: Der Gesprächsleitfaden dient vor allem Erzieherinnen als Ratgeber für schwierige Gespräche mit Eltern über eine mögliche Kindeswohlgefährdung, neuerdings aber auch Ehrenamtlichen. Demnächst findet ein großer Fachtag für haupt- und ehrenamtliche Akteure zum Thema „Sexueller Missbrauch“ statt, u. a. für Ehrenamtliche im Kreissportbund. Das sind natürlich nicht die hauptamtlichen Akteure des Kinderschutzes. Durch solche Veranstaltungen und Informationsmaterialien sollen sie für den Kinderschutz sensibilisiert und über Handlungsmöglichkeiten informiert werden.

Die Koordinierungsstelle veröffentlicht ebenfalls verschiedene Materialien, um auf sich aufmerksam und sich in der Öffentlichkeit bekannt zu machen (**Abbildungen 13 bis 15**).

Um die Gestaltung der U-Heft-Hülle haben wir lange gerungen, denn jede junge Mutter/jeder junge Vater im Landkreis soll diese Hülle bekommen, ohne gleich dahingehend angesprochen zu werden, Kontakt zum Jugendamt aufzunehmen. Daher haben wir eher offene Formulierungen verwendet, um auf Kontaktdaten aufmerksam zu machen. Außerdem werden die Pflichtuntersuchungen aufgelistet.



Abbildung 13

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE



Abbildung 14

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

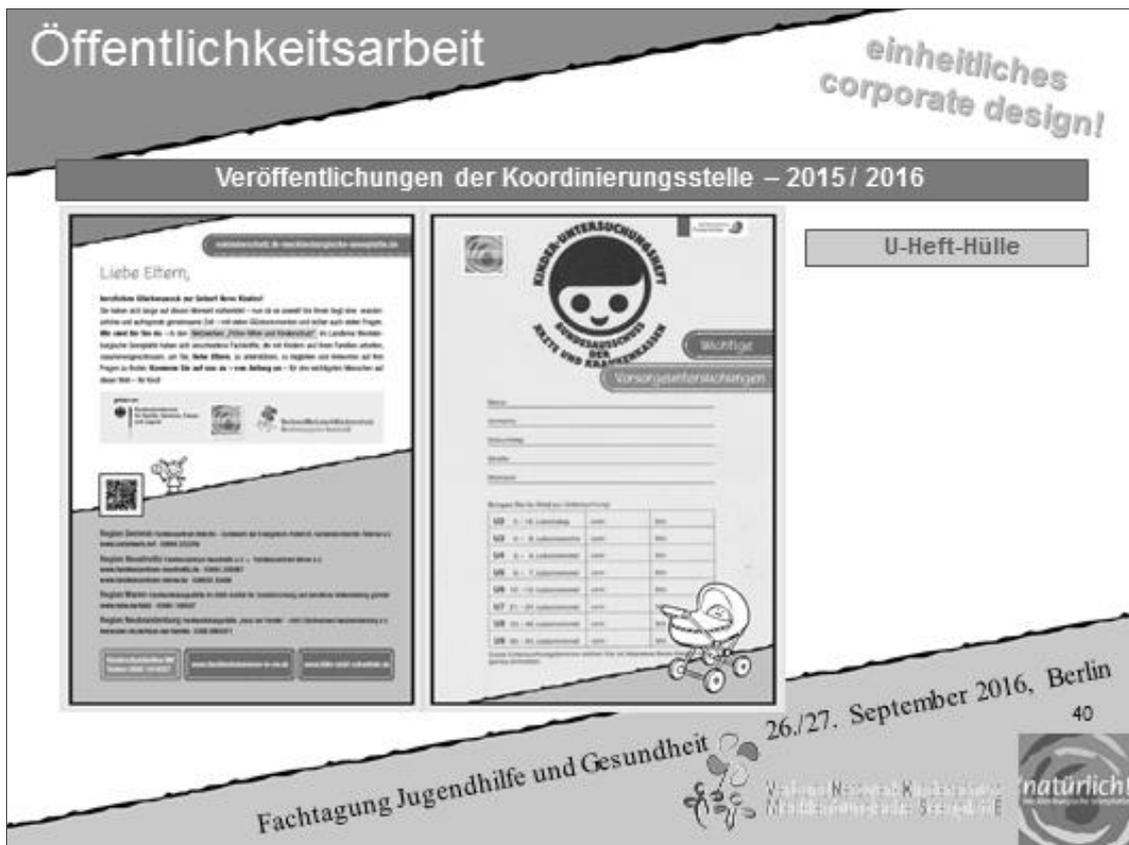


Abbildung 15

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

MATTHIAS BRANDT: In Neustrelitz wurden in diesem Jahr aus dem Arbeitskreis „Sexuelle Gewalt“ Plakate gegen das Wegschauen bei Gewalt gegen Kinder für jede Region in den jeweiligen Farben erstellt (**Abbildung 16**). Diese sollen flächendeckend verteilt und möglichst in vielen öffentlichen Institutionen aufgehängt werden.

MARION SCHILD: Die Plakate sind mit Kindern aus Kindergärten und Schulen gestaltet worden. Die Eltern wurden vorher gefragt, ob ihre Kinder daran mitwirken dürfen, und sie erklärten sich einverstanden. Auch die Busse sollen mit den Plakaten bestückt werden. Wenn wir im Rahmen der Anti-Gewalt-Woche im November 2016 unseren großen Fachtag „Sexueller Missbrauch“ durchführen, werden die Plakate ebenfalls Wirkung zeigen.

MATTHIAS BRANDT: Alle Informationen und Veröffentlichungen des VerbundNetzwerkes und der regionalen Netzwerke „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ findet man unter www.vnkinderschutz.lk-mecklenburgische-seenplatte.de.

Unter anderem sind dort Fortbildungen und Fachtagungen aufgeführt, zu denen man sich anmelden kann.



Abbildung 16

© VerbundNetzwerkKinderschutz MSE

MARION SCHILD: Zur Pflege und Aktualisierung dieser Internetseite hat eine Koordinatorin Stellenanteile. Es gibt eine interne Redaktionsgruppe aus Vertretern der jeweiligen Bereiche im Internet. Wir bitten auch unsere Akteure um die Pflege dieser Seiten, aber man braucht jemanden, der sich hauptamtlich damit befasst.

Mein Fazit gehört zu jeder Netzwerkarbeit und stellt unser begleitendes Bewusstsein für funktionierenden Netzwerk-Kinderschutz dar:

*„Zusammenkommen ist ein Beginn,
Zusammenbleiben ein Fortschritt,
Zusammenarbeiten ein Erfolg.“*
(Henry Ford).

Die inzwischen über vier Jahre bestehende verbindliche Zusammenarbeit ist tatsächlich ein Erfolg.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in verschiedenen Arbeitsfeldern

Arbeitsgruppe „Kooperative Arbeitsmodelle bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung (durch Misshandlung) in Lübeck – frühzeitige Verzahnung zwischen Kinderklinik und Kinderschutz-Zentrum“

DR. MED. DIPL.-PSYCH. INGO MENRATH

Assistenzarzt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

TERESA SIEFER

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Leiterin des Kinderschutz-Zentrums Lübeck und Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren

Das Kinderschutz-Zentrum in Lübeck hat sich aus einem Arbeitskreis „Kindesmisshandlung – Wer kann helfen?“ vor 26 Jahren gegründet. Dieser Arbeitskreis hat mit einer intensiven Kooperation zwischen Kinderklinik und Kinderschutz-Zentrum im Sinne eines Modellprojekts begonnen und wurde drei Jahre lang evaluiert. Insgesamt gibt es heute 28 Kinderschutz-Zentren in vielen großen bundesdeutschen Städten, einzelne Modelle auch im ländlichen Raum.

Der Hintergrund unserer Kooperation bildet sich auf dem gesetzlichen Rahmen ab. Die Kooperation mit der Kinderklinik hat eine lange Tradition und erstreckt sich über gemeinsame Kongresse u. a. auf Weiterbildung für die Mediziner in Bezug auf das Thema „Kinderschutz“.

1. Der gesetzliche Rahmen

Zum gesetzlichen Rahmen der Kooperation gehört zunächst das Bundeskinderschutzgesetz:

Artikel 1: Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz,

Artikel 2: Änderung des SGB VIII,

Artikel 3: Änderung anderer Gesetze,

Artikel 4: Evaluation,

Artikel 5: Neufassung des SGB VIII,

Artikel 6: Inkrafttreten.

Art. 1, KKG Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz:

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung,

§ 2 Information über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung,

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz,

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung.

Vor allem der Artikel 1 betrifft unsere strukturelle Ebene:

2. Struktureller Rahmen in Lübeck

Strukturelle Netzwerk-Angebote des Kinderschutz-Zentrums Lübeck im Auftrag der Hansestadt Lübeck gemäß BuKischUG Art 1 (KKG) §3 (1) u. (3)

Das Kinderschutz-Zentrum in Lübeck ist durch das Jugendamt beauftragt, den „**Kooperationskreis Kinderschutz**“ zu leiten. Der „Kooperationskreis Kinderschutz“ dient zur klaren Regelung professionen- und institutionenübergreifender Belange des Kinderschutzes innerhalb der Kommune. In diesem Kooperationskreis sitzen Vertreter unterschiedlicher Professionen, um die Struktur der Kooperation, insbesondere bei komplexeren Fällen zwischen öffentlicher und freier Jugendhilfe, Staatsanwaltschaft, Familiengericht, Polizei, usw. zu kommunizieren. Dabei bearbeiten wir zum Beispiel das Thema „Anzeige“.

Wir erleben immer wieder bei strafrelevantem Handlungsgeschehen, dass jede beteiligte Institution meint, der jeweils andere Akteur würde dies anzeigen – die Klinik denkt, das Jugendamt würde dies tun und umgekehrt, oder das Jugendamt glaubt, es sei Sache des Familiengerichts. Das Kinderschutzzentrum positioniert sich in dieser Hinsicht ganz klar: Wir selbst zeigen nicht an. Wir sprechen das Thema mit den Eltern an und raten häufig, wenn die Eltern die Verantwortung übernommen haben, zur Selbstanzeige. Wir haben uns im Kooperationskreis soweit verständigt, dass wir Anzeigen in den Helferkonferenzen thematisieren.

Andere Themen sind z. B. Umgang mit 13- bis 14-jährigen Mädchen, die als verheiratete Flüchtlinge und nicht „unbegleitet“ nach Deutschland kommen. Sind das automatisch Fälle, die in der Jugendhilfe landen? Damit hatte die Jugendhilfe bisher nichts zu tun. Dazu gibt es in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Handhabungen.

Die Teilnehmer des Kooperationskreises Kinderschutz sind:

- Öffentliche Jugendhilfe,
- Träger freier Jugendhilfe,
- Gesundheitsamt,
- Kliniken und Vertreter niedergelassener Kinderärzte,
- Schulen und Sozialarbeit,
- Polizei- und Ordnungsbehörden und Staatsanwaltschaften, Dezernat Kinderschutzverfahren,
- Familiengerichte,
- ggf. Gäste weiterer Institutionen.

Das **lokale Netzwerk Frühe Hilfen** ist ein weiteres, anders geartetes Gremium. Das lokale Netzwerk Früher Hilfen ist stadtübergreifend für alle Praktiker organisiert, die im Kontext von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern tätig sind. Hier treffen sich inzwischen über 40 Organisationen und Teilnehmer, mit dem Schwerpunkt des präventiven Bereichs und der Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Die Netzwerk-Koordinatorin Frühe

Hilfen ist am Kinderschutz-Zentrum angesiedelt. Das Netzwerk befasst sich außerdem mit der Gründung von **Qualitätszirkeln**.

Durch **§ 4: Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung** hat der Gesetzgeber Möglichkeiten geschaffen, externe Beratung in Anspruch zu nehmen:

Abs. 1: Geheimnisträger sollen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung erörtern und ggf. auf Hilfen hinweisen. (Ausweitung des Schutzauftrages der Kinder- und Jugendhilfe auf medizinische Bereich und Schule).

Abs. 2: Sie haben gegen den Träger der öffentlichen Jugendhilfe einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. (Fachberatung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft bei Anzeichen von Kindeswohlgefährdung).

Die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes hat ergeben, dass diese gesetzliche Regelung bei weitem nicht allen Ärzten bekannt ist und daher sehr unterschiedlich in Anspruch genommen wird. Die Ärzte haben häufig auch nicht die Zeit, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich ausführlich beraten zu lassen. Wir vom Kinderschutz-Zentrum in Lübeck gehen daher unsererseits in die Arztpraxen und mitunter wird in der Mittagspause ein Fall pseudonymisiert besprochen.

3. Fallbezogene Kooperation

Auf der **fallbezogenen Ebene** geht es in der Fachberatung letztlich immer wieder um die Erfassung folgender Dimensionen:

- das Ausmaß von Beeinträchtigungen oder Belastungen,
- Häufigkeit und Chronizität der Belastung – ist die Misshandlung nur ein einmaliges Ereignis oder ist das Schlagen des Kindes eher ein Erziehungsmittel, das immer wieder angewendet wird?
- die Verlässlichkeit der Versorgung,
- das Ausmaß und Qualität der Zuwendung der Elternteile zum Kind und dessen Annahme,
- die Qualität der Erziehungskompetenz sowie
- die Selbsthilfekompetenz des Kindes.

Bedingungsgefüge der Entstehung von Kindeswohlgefährdung

Die Ursachen für die Entstehung einer Kindeswohlgefährdung liegen in der Regel in einem Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren, das sind häufig bestimmte gesellschaftliche Faktoren im Wechselspiel mit spezifischen materiellen, sozialen, familiären und/oder individuellen Gegebenheiten (**Abbildung 1**).

Vieles spricht dafür, dass zum Beispiel das Entstehen des Schütteltraumas nicht allein aus einer aktuell sich zuspitzenden Beziehungsdynamik zwischen Säugling und Bezugsperson erklärbar ist. Dies zeigt sich darin, dass die Misshandlungen zumeist kein einmaliges

Ereignis darstellen, sondern mehrfach auftreten. Andererseits sind retrospektiv in der Regel Beeinträchtigungen und Störungen in der Erwachsenen-Kind-Beziehung sowie kumulative Belastungen im Umfeld (auf der Partnerebene, im weiteren familiären System und im psychosozialen Netzwerk) nachweisbar, die bereits vor der akuten Misshandlung auftraten. In diesem Sinne stellt das Schütteltrauma das schädigende Symptom einer eskalierenden Beziehungskrise dar, in deren Mittelpunkt die Interaktion zwischen Säugling und – meist – Mutter bzw. Vater steht.

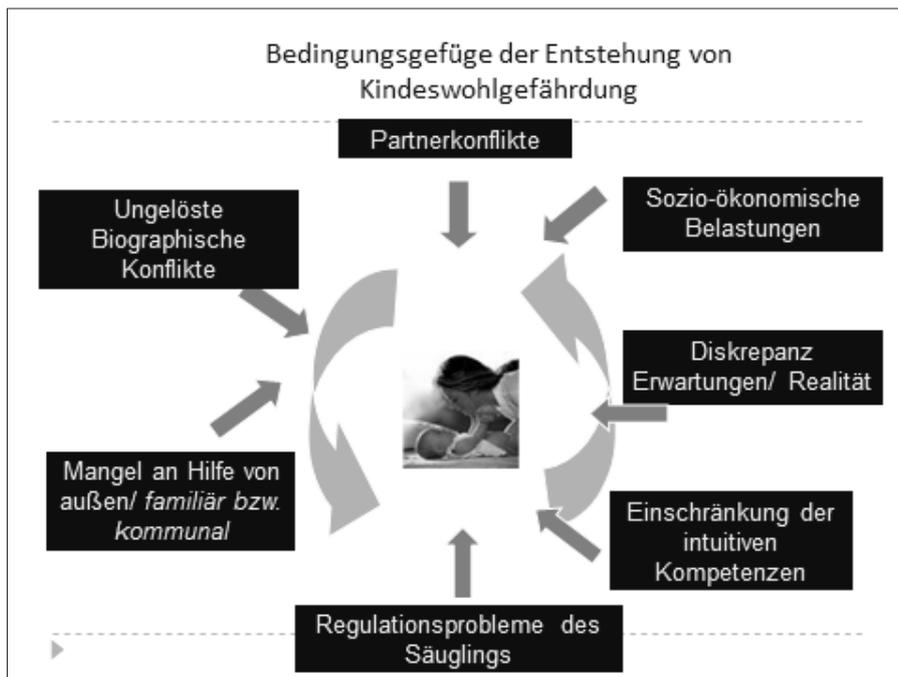


Abbildung 1

© Dr. Ingo Menrath, Teresa Siefer

1. Partnerkonflikte: Partnerkonflikte entstehen leicht durch unterschiedliche Erziehungshaltungen oder Vorstellungen des elterlichen Reagierens. Bei Säuglingen herrscht oft diskrepante Einstellung dazu vor, ob man ein Kind schreien lassen soll oder durch aktives Beruhigen eine Situation entspannen kann.

2. Sozio-ökonomische Belastung: Diese findet sich teilweise in prekären Verhältnissen durch Hartz IV-Bezug oder geringe Einkommensverhältnisse. Sie wirkt bei evtl. mehreren Kindern durchaus zusätzlich stressauslösend. Subjektiv kommt sie aber auch bei guter ökonomischer Ausgangssituation vor und ist bspw. durch Hauskauf, Mittelschichtorientierung und materielle Orientierung auch in wohlhabenden Familien ein Stressor.

3. Diskrepanz Erwartungen/Realität: Die Vorstellung des Lebens mit Säugling als die ultimative Glückserfüllung einer Partnerschaft, nachdem beruflich und materiell relative Absicherung vorhanden ist, wird oft enttäuscht hinsichtlich der Anerkennung des Tuns. Bei postpartaler Depression ist es oft ein großes Problem für die Mütter, sich nicht mit ihren depressiven Gefühlen jemandem von außen anzuvertrauen, da sie das Gefühl haben, von außen werden ihnen Vorwürfe für ihre Emotionen gemacht, zumal wenn das Baby eigentlich gesund ist und nicht besondere Anforderungen (behindert o. ä.) an sie stellt.

4. Einschränkung intuitiver Kompetenzen: Z. B. bei Übermüdung durch chronischen Schlafmangel, bei postpartaler Depression oder anderen psychischer Beeinträchtigungen wird oft nicht angemessen auf das Kind eingegangen, sodass Säuglinge mit vermehrter Dysregulation reagieren können.

5. Regulationsprobleme: Besonders Frühchen stellen erhöhte Anforderung an Eltern bzgl. ihrer Regulationsunterstützung (sind aber oft innerlich noch gar nicht ‚reif‘ für ihr Kind – Gefahr einer ungünstigen Kreislaufentwicklung), betrifft auch behinderte Kinder, Kind mit syndromalen Erkrankungen, deren Eltern in einem Annäherungs-/Vermeidungskonflikt stecken, gleichzeitig aber sichere Bindung entwickeln sollen.

6. Mangel an Hilfe von außen: Präventive Angebote der Frühen Hilfen sind nicht flächendeckend vorhanden. Durch zunehmende Flexibilität/Mobilität der Menschen sind familiäre Mehrgenerationenbezüge nicht immer wohnortnah realisierbar. Soziale Netzwerke müssen aufgebaut werden, das bedeutet zusätzlich für junge Eltern Stress – einigen gelingt dies gut, anderen bereitet dies Probleme.

7. Ungelöste biografische Konflikte: Bei ungelösten Traumata können insbesondere die frühen Sinne (Geruch, Geräusch, taktile Stimulation) als ‚Trigger‘ für diese fungieren und mit der aktuellen Situation unangemessene Reaktionsweisen (die der damaligen Traumasituation, meist aus einem Angst-, Hilflosigkeits- und Überforderungsgefühl durchaus angemessen waren) quasi am Säugling ausagiert werden. Affektsteuerung ist in der angemessenen Modulation nicht möglich. Dies erfordert bei aggressiven Durchbrüchen unbedingt Klärung der Situation in Form von Verantwortungsübernahme, Sicherstellung alternativer Reaktionen, ggf. vorübergehend Trennung und Aufsicht über das Kind durch andere Person).

Kindeswohlgefährdung ist

- eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen und/oder seelischen Wohls mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt,
- eine Schädigung des körperlichen, geistigen, seelischen Wohls muss sich mit hoher Wahrscheinlichkeit prognostizieren lassen.

Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht. Im Laufe ihrer Entwicklung sind schätzungsweise 10 bis 15 Prozent der Kinder von körperlicher oder sexueller Gewalt betroffen. Allerdings ist die Datenlage unzureichend und es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Die größte Gefahr besteht für Kinder in den ersten beiden Lebensjahren. Kindesmisshandlung betrifft alle sozialen Schichten, häufig jedoch in Kombination mit familiären Belastungssituationen.

Insgesamt unterliegt die Anzahl der bekannt gewordenen Tötungsdelikte an Kindern in Deutschland Schwankungen. Für die vergangenen Jahre weist die Kriminalstatistik folgende Zahlen für kindliche Tötungsopfer nach:

2012: 81 getötete Kinder unter 14 Jahren,
2011: 146 getötete Kinder unter 14 Jahren, darunter 114 unter 6 Jahren,
2010: 183 getötete Kinder unter 14 Jahren, darunter 129 unter 6 Jahren,
2009: 152 getötete Kinder unter 14 Jahren, darunter 123 unter 6 Jahren,
2008: 186 getötete Kinder unter 14 Jahren, darunter 137 unter 6 Jahren.¹

Für das Jahr 2014 sagt die Kriminalstatistik aus:

unter 6 Jahren 98 getötete Kinder,
zwischen 6 und 14 Jahren 38,
zwischen 14 und 18 Jahren 78.²

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1: Familie K./F. mit Janina

Es handelt sich um einen komplexen Kinderschutzfall mit Schütteltrauma an einem Säugling. In einer jungen, überforderte Patchwork-Familie mit zwei kleinen Kindern, fragiler Paarbeziehung, war es durch den Kindesvater (KV) zu einer Misshandlung gekommen, für die der KV in der Beratung im Kinderschutz-Zentrum Lübeck, das schon während des Klinikaufenthaltes des Kindes einbezogen worden war, die Verantwortung übernahm.

Im Workshop wird in Kleingruppen anhand der Fall-Vignette zu zwei Fragen gearbeitet:

- a) Welche Begleitung für die ausführlich skizzierte Situation einer Kindesmisshandlung durch den KV am Säugling – bei erfolgter Verantwortungsübernahme des Vaters – als sinnvoll erachtet wird?
- b) Unter welchen Voraussetzungen würde in dem jeweiligen kommunalen Arbeitskontext der Workshop-TN eine Rückführung des Säuglings nach kurzfristiger Inobhutnahme für möglich erachtet und wer in die Hilfeplanung ggf. einbezogen?

Eine lebhafte und zum Teil sehr kontroverse Diskussion zwischen den TN ließ erkennen, dass bei zahlreichen Teilnehmern der „Retter- Impuls“ mit einer eher straforientierten Haltung im Vordergrund stand und eine Rückführung des Säuglings – auch bei intensiven, flankierenden Maßnahmen durch Jugendhilfe und ärztliche Kontrollen – in die elterliche Obhut nicht befürwortet hätten.

Anders als im realen Verlauf, bei dem sich der Einstieg in die Hilfe zwar zunächst schwierig gestaltet hatte, da erhebliche psychosoziale Belastungen offenkundig wurden, dennoch eine positive Wendung durch intensiven, fachlichen Austausch aller beteiligten Akteure zu einer gemeinsamen Haltung erreicht werden konnte. Auf Seiten der Eltern

¹ http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/toetungsdelikte/informationen/HF_sections/content/ZZlIdTUMQZ85n8/ZZlIdUkQ96hrDf/Innerfamili%C3%A4re%20T%C3%B6tungsdelikte%20-%20Expos%C3%A9.pdf

² <http://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2014/2014Standardtabellen/pks2014StandardtabellenOpferUebersicht.html>

wurde ein Entwicklungsprozess möglich, der auf Seiten der Helfer zu folgenden Erkenntnissen führte:

1. Übernahme von Verantwortung braucht einen vertrauensvollen Rahmen, gelingt selten im Klinikalltag bei erster Konfrontation oder in großer Helferrunde.
2. Besonders bei schweren Misshandlungen/Missbrauchsgeschehen ist frühzeitige Einbeziehung, Transparenz im Informationsaustausch und Kommunikation aller beteiligten Helfer und ein abgestimmter, engmaschig überprüfter Hilfeplan unerlässlich – sonst besteht die Gefahr, dass sich eigene Dynamiken im Hilfesystem entwickeln, die die Entwicklung der Eltern möglicherweise überfordern oder die Spaltung im Hilfesystem begünstigen, im ungünstigen Fall zu einem Abbruch eines guten Entwicklungsprozesses bei den Eltern führen kann.
3. Unterschiedliche Bewertungen von Verläufen sind nicht untypisch – die Kunst, dies nicht persönlich zu nehmen, sondern sich „zusammenzuraufen“, einer Familie und ihrer Ressourcen willen, kann fruchtbar sein – unterschiedliche professionelle Sichtweisen entstehen aus unterschiedlichen Aufträgen und Perspektiven und haben jeweils ihre Berechtigung.
(Das Eingeständnis der Misshandlung eines Elternteils kann von den Beratern als positive Entwicklung und Anzeichen von entwickelter Verantwortung positiv bewertet und möglicherweise bestärkt werden, während es vom Rechtsanwalt der Familie möglicherweise als wenig zielführender Schritt massiv unterbunden wird, da dieser dem Prinzip „Unschuldsvermutung bis zum Beweis des Gegenteils“ Eltern zurät, keine Aussagen gegen sich selbst zu machen.)
4. Vertrauen in die Kräfte von Familien braucht u. U. mehr Zeit als die nach gängigen Regularien geplanten Maßnahmen bzw. Beendigung von Maßnahmen (eine Kurzzeitpflege nochmal zu verlängern, weil die Familie selber die Sorge der Überforderung thematisieren konnte, hat den Boden bei der Pflegefamilie und dem Jugendamt bereiten können, sich dem Tempo der Familie anzupassen).
5. Anzeichen postpartaler Depressionen sind nicht immer „offensichtlich“, können leicht übersehen werden, treten häufiger auf als vermutet – Geburten können immer zum Aufbrechen „verdrängter Gefühle“ (Abwehr gegenüber Baby bei KM bzw. „Aktualisierung unverarbeiteter (frühkindlicher) Verletzungen“, Verlassenheitsängste und Projektionen auf Säugling bei KV) führen.

Zwei weiterer Fallbeispiele aus der klinischen Praxis und der engen Verzahnung mit der psychologischen Beratung durch das Kinderschutz-Zentrum Lübeck wurden vorgestellt und erörtert.

Gerade bei Fällen von schwerer Kindesmisshandlung ist zunächst mit einer Verleugnung der Eltern zu rechnen. Ihnen dennoch Gelegenheit zur Aussprache in einem geschützten Rahmen zu ermöglichen ist oft hilfreich, da hier auch die Ängste vor den Folgen thematisiert werden können.

Die jahrelange Praxis hat auch deutlich gemacht, dass die gemeinsame Konfrontation von Eltern mit einem möglichen Misshandlungsgeschehen nicht unbedingt dazu führt, dass sich ein Elternteil öffnen kann, da im selben Moment immer auch die Paarbeziehung zur Disposition steht.

Im Verlauf des Workshops wird auf folgende grundsätzliche Probleme eingegangen, die Helfern begegnen, die in Fällen komplexer Misshandlungsgeschehen beteiligt sind:

Probleme der Helfer

Die Helfer befinden sich immer wieder in einem Spannungsfeld von verschiedenen Rechtsansprüchen, Bedürfnissen, Pflichten und Bewertungen, in dem sie das Handeln (oder auch Unterlassen) abwägen und bestimmen müssen (**Abbildung 2**):

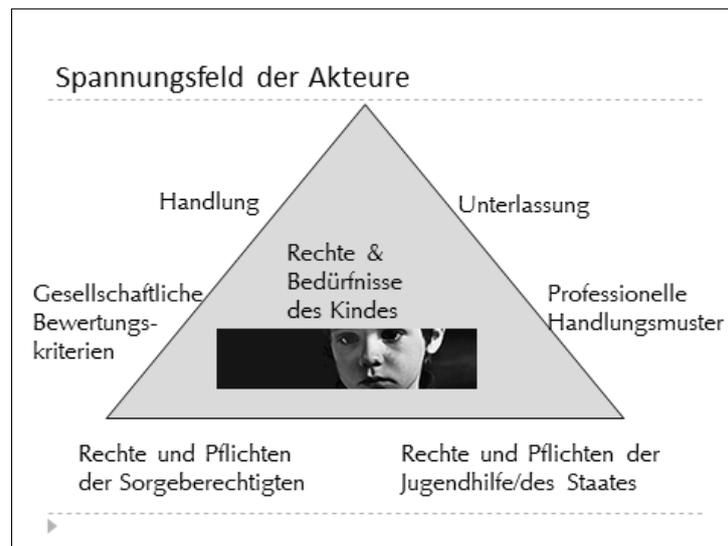


Abbildung 2

© Dr. Ingo Menrath, Teresa Siefer

Daher findet in den **Helferkonferenzen** eine **Abwägung der verschiedenen Güter** statt:

- das Recht des Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit und die Verpflichtung des Staates, dieses Recht zu schützen,
- das Recht des Kindes, nach Möglichkeit in seiner Herkunftsfamilie aufzuwachsen, und die Verpflichtung des Staates, die Eltern dabei nach allen Möglichkeiten zu unterstützen,
- das Recht des Kindes auf Sicherung seiner Ansprüche auch gegenüber den Eltern, z. B. Rentenansprüche, Recht auf Förderung und Bildung,
- die Befriedigung von Rechtsbedürfnissen der Gesellschaft, die Gewalt gegen Kinder nicht toleriert und in der Kinder die gleichen Rechte haben wie Erwachsene,
- das Recht der oft selbst jungen Eltern auf psychologische Hilfe und Therapie,
- das öffentliche Interesse am Recht des Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit und an der Verpflichtung des Staates, dieses Recht zu schützen,
- das öffentliche Interesse an Prävention im Hinblick auf weitere Kinder in der Familie,
- Prävention im Hinblick auf weitere Kinder in der Familie.

In der **Hilfeplanung** können die Helfer mit unterschiedlichen **Problemen** konfrontiert werden:

- Fehlen relevanter Informationen zum Verständnis der Ursachen der Misshandlung,
- Schwierigkeiten, sich widersprechende Informationen zu akzeptieren,
- Schwierigkeiten, die sich zum Teil widersprechenden rechtlichen und moralischen Aspekte zu integrieren,
- Koalitionsbildung unter den Helfer/innen,
- Angst, Entscheidungen zu treffen,
- Abwehrstrategien:
 - Verleugnung,
 - Überidentifikation mit Kind und oder Eltern,
 - Minimalisieren des Leidens des Kindes,
 - Projektion eigener Erwartungen auf andere Helfer,
 - Reduzieren der Komplexität und Rückzug,
 - Problemverschiebung.

Die Arbeit mit den Eltern

Die **Begleitung der Eltern** erfordert die Berücksichtigung folgender Faktoren:

- Schrittweises Aufarbeiten der Bedingungsfaktoren, die zu Krisensituation geführt haben (biografische Arbeit),
- Feststellen der eigenen „Warnsignale“ für die persönliche Überlastungssituation, um rechtzeitig korrektive Maßnahmen zu ergreifen, Entlastung zu schaffen,
- Förderung der Partnerkommunikation, Stärkung im Offenlegen von eigenen Schwächen, Erarbeiten gegenseitiger Unterstützungsformen,
- Festlegung konkreter Handlungsschritte für mögliche zukünftige Stresssituation mit dem Kind,
- Vermittlung entwicklungspsychologischer Kenntnisse über Säuglingsentwicklung,
- videogestützte Mutter/Vater-Kind-Interaktionsförderung, Einzel- und Paargespräche,
- ggf. Misshandlertraining.

Was kann den Zugang zu Eltern erleichtern?

Den Zugang zu den Eltern zu finden, ist oft nicht einfach, da sie den Helfern häufig mit Misstrauen begegnen. Daher sind verschiedene Schritte und Rahmenbedingungen hilfreich:

- ausreichend Gesprächszeit, ruhige Atmosphäre,
- klare Standpunkte einnehmen und zunächst kurz- bis mittelfristige Behandlungsziele benennen,
- Sorge um die Entwicklung und das Gedeihen des Kindes in den Vordergrund stellen,
- respektvolle Haltung gegenüber Eltern oder möglichen Tätern behalten,

- Interesse am zugrundeliegenden Konflikt,
- Bereithalten von Informationen über spezielle Beratungsangebote für Eltern/ Begleitpersonen,
- versuchen, eine gemeinsame Entscheidung in interdisziplinärer Helferkonferenz abzustimmen.

In der **Gesprächsführung** sollten folgende Hinweise Beachtung finden:

- Zeit und Ruhe schaffen – keine individuellen Entscheidungen im Affekt,
- aggressive Konfrontation vermeiden: Interesse für die Eltern („wegen, nicht trotz der Misshandlung“) und Interesse für die zugrunde liegenden Konflikte („vom Symptom zum Konflikt“),
- unmissverständlich Diagnose sichern und mitteilen,
- gemeinsame Orientierung an Schutz und Sicherheit des Kindes,
- interdisziplinäre Helferkonferenz, Transparenz für die Eltern,
- Entscheidung, ob elterliche Sorge eingeschränkt werden muss (gemeinsam mit Sozialdienst/Jugendhilfe),
- Hilfe-Angebote vermitteln,
- dagegen kann/muss Strafverfolgung ggf. zurückstehen,
- exakte, ausführliche Bilddokumentation.

Bei der **Feststellung einer Kindeswohlgefährdung** geht es um die fachliche Bewertung beobachtbarer, für das Leben und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen relevanter Sachverhalte und Lebensumstände bezüglich:

- der **Möglichkeit der Schädigung**, die die Kinder in ihrer Entwicklung aufgrund dieser Lebensumstände erfahren können,
- der **Erheblichkeit der Schädigungen** (Intensität, Häufigkeit und Dauer des schädigenden Einflusses) bzw. der Erheblichkeit des erwarteten Schadens,
- des **Grades der Wahrscheinlichkeit eines Schadeneintritts** – Es geht um die Beurteilung zukünftiger Einflüsse vor denen das Kind zu schützen ist, zurückliegende Ereignisse sind allenfalls Indizien für diese Prognose,
- der **Fähigkeit der Elternteile**, die Gefahr abzuwenden bzw. die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen,
- der **Bereitschaft der Eltern**, die Gefahr abzuwenden, bzw. die zur Abwendung notwendigen Schritte zu treffen,
- der **Möglichkeit der öffentlichen Jugendhilfe**, erforderliche und geeignete Maßnahmen zur Beendigung der bestehenden Gefährdung einzuleiten und durchzuführen.³

³ Prof. Dr. R. Schone

Kooperation im Kinderschutz

Für einen wirksamen Kinderschutz ist die Kooperation verschiedener Akteure und Institutionen unerlässlich. Diese sind auf Seiten des Gesundheitswesens: die notärztliche Versorgung, die akute stationäre Versorgung, niedergelassene Kinderärzte, Rehabilitationskliniken/SPZ/Kureinrichtungen, der Kinder- und Jugendärztliche Dienst, sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst. Auf der Seite der Kinder- und Jugendhilfe/Bildung agieren: Kindergärten, Schule, Jugendamt, Kinderschutz-Zentren, Beratungszentren, Frühe Hilfen, Hilfe-Angebote der freien Träger. Zu den Partnern gehören außerdem die Eltern und das Kind selbst, das familiäre Umfeld, soziale Ressourcen und das Familiengericht.

Wie wird aus der Fülle der Kooperationspartner ein tragfähiges Netz (**Abbildung 3**), in dem sich die Familie aufgehoben fühlt, weiterentwickeln kann und der Schutz des Kindes/der Kinder nicht aus dem Blick gerät?

- Kooperation soll von den Trägern gewollt und entsprechend abgesichert sein, nur dann werden auch die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt.
- Kooperationsziele und jeweilige Aufgaben müssen gemeinsam erarbeitet und evtl. abweichende Ziele einzelner beteiligter Institutionen ausgesprochen werden, erst dies ist die Grundlage für vertrauensbildende Schritte.
- Damit Kooperation funktioniert, müssen die Beteiligten ein Bild voneinander haben, d. h. Kooperation kann nur gelingen auf der Grundlage von gegenseitigem Respekt vor der Kompetenz und den Aufgaben des Gegenübers. Erst der persönliche Kontakt und das gemeinsame Erreichen angestrebter Ziele schafft den Boden für weitergehendes vertrauensvolles Kooperieren.

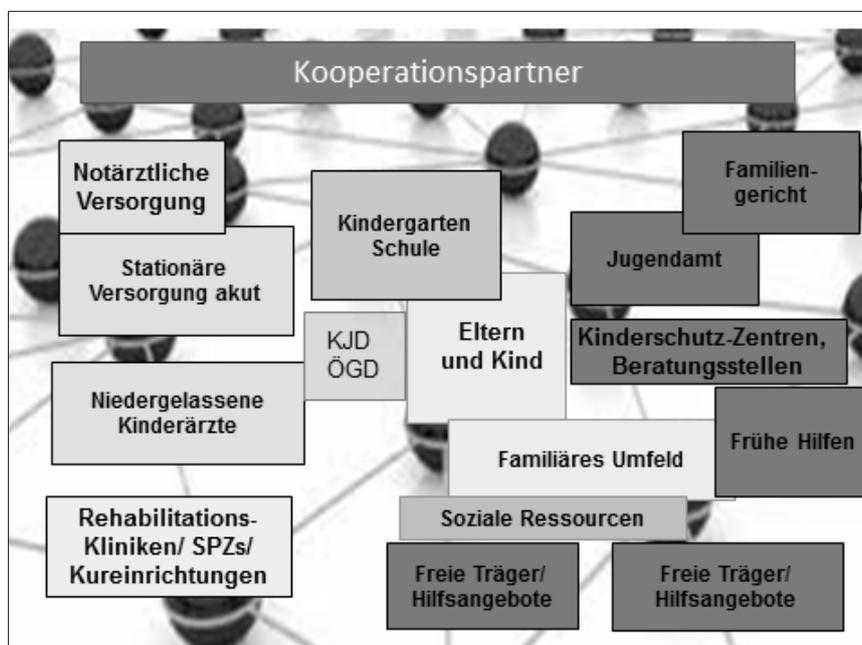


Abbildung 3

© Dr. Ingo Menrath, Teresa Siefer

- Die Verbindlichkeit, die sich gerade aus direkten gemeinsamen Erfahrungen ergibt, sollte die Notwendigkeit personeller Kontinuität verdeutlichen. Information und

Transparenz über die Kooperation und ihre Zusammenhänge, über die jeweiligen Handlungsgrundlagen und auch über das während der Kooperation erworbene Wissen sind Voraussetzung für weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit.

- Innerinstitutionell muss Kooperation gewollt sein, d. h. die für die Kooperation delegierten Mitarbeiter sollen über ihre Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnisse und mögliche Funktionsüberschneidungen im Netzwerk informiert sein und über ein klares Mandat verfügen. Hierbei ist es besonders wichtig, dass nicht nur die Institution, sondern auch der delegierte Mitarbeiter von der Kooperation überzeugt ist.
- Letztlich sollten die Kooperationspartner nicht nur über die beteiligten Institutionen informiert sein, sie sollten darüber hinaus Klarheit über Kompetenzen und Qualifikationen der beteiligten Personen haben.

Auf der qualitativen Ebene geben institutionalisierte, regelmäßige Zirkel, in denen Fälle miteinander reflektiert werden, die Möglichkeit, aus Erfahrungen zu lernen.

Um den Problemen zu begegnen, ist eine **fehleroffene Kommunikationskultur** zu entwickeln, die folgende Aspekte berücksichtigt:

- In Fällen von Gewalt innerhalb der Familie ist es nötig, die Dynamik der Gewalt in der Familie auch im Spiegel auf das Helfernetz zu reflektieren.
- Gewalt macht Angst und verleitet dazu, sie zu verleugnen. Dies geschieht sowohl in den Familien als auch im Helfersystem.

Im Sinne guter Netzwerk-Kooperation verstehen wir unsere gemeinsame Arbeit zwischen Klinik, Kinderschutz-Zentrum Lübeck und weiteren Akteuren mit Aristoteles:

Das Ganze ist mehr, als die Summe seiner Teile (Aristoteles)

Vielen Dank!

Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in verschiedenen Arbeitsfeldern

Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche und ihre psychisch erkrankten Eltern“

ANKE BAMBERGER

Teamleiterin, Op de Wisch e. V., Hamburg-Mitte

ANNA BECK

Teamleiterin, Op de Wisch e. V., Hamburg-Altona

ANKE BAMBERGER: Mindestens 30 Prozent der Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie sind Eltern von minderjährigen Kindern. Unser Schwerpunkt liegt darin, dass wir diese Kinder, die nicht im System erfasst werden, wieder in den Fokus bekommen.

ANNA BECK: Unsere Tätigkeit im Op de Wisch e. V. konzentriert sich in erster Linie auf die Arbeit mit Erwachsenen, wobei wir die Kinder verstärkt in den Blick nehmen wollen.

ANKE BAMBERGER: Dabei haben wir es im Alltag mit vielen Schnittstellen zu tun.

ANNA BECK: „Op de Wisch“ ist ein freier Träger in Hamburg. Wir arbeiten hauptsächlich im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Menschen, die dem entsprechenden Personenkreis zugerechnet werden, unterstützen wir u. a. dabei, dass die Personenkreiszugehörigkeit anerkannt wird. Die Leistungen werden nach SGB XII finanziert, wenn das Einkommen der Betroffenen einen bestimmten Satz nicht überschreitet. Bei 95 Prozent der Menschen, die wir in diesem Gesetzesrahmen betreuen, werden die Kosten übernommen, weil sehr viele vor allem durch ihre Erkrankung in die Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit geraten. Nur wenige Menschen betreuen wir als Selbstzahler, aber auch sie können zu uns kommen.

Zusätzlich arbeiten wir im Rahmen des SGB VIII in der freien Kinder- und Jugendhilfe, das heißt vor allem im Auftrag gemäß § 30 und 31 SGB VIII (Erziehungsbeistandschaft und sozialpädagogische Familienhilfe). Das bedeutet, dass wir unsere Aufgaben meist gut verknüpfen können. Wenn wir vom Jugendamt einen Auftrag für eine SPFH-Maßnahme in einer Familie bekommen, in der wir bereits tätig sind und mit der psychisch erkrankten Mutter arbeiten, überlegen wir genau, ob es sinnvoll erscheint, wenn diese SPFH ebenfalls bei uns angesiedelt ist. Meist stellt sich eine Trennung der beiden Aufgaben als fachlich günstiger heraus. Eine Verknüpfung kann jedoch mitunter sehr hilfreich sein, weil wir durch den lange währenden Kontakt bereits das Vertrauen der Familie gewonnen haben und damit die Öffnung zum Jugendamt leichter erfolgen kann.

ANKE BAMBERGER: Wir arbeiten zwar auch im Kinder- und Jugendbereich, ich bin bei uns auch als Kinderschutzfachkraft tätig, führe Gefährdungseinschätzungen durch und kann auch einen Blick auf die ASP-Fälle werfen, möchten uns aber an dieser Stelle nicht dem § 8a SGB VIII und der Kindeswohlgefährdung widmen, denn in diesem Bereich haben wir ganz klare Richtlinien. Wir möchten vielmehr den Fokus darauf legen, wie wir die Familie in den Behandlungsprozess einbinden können.

ANNA BECK: Die Arbeit, die wir leisten, nennt sich in Hamburg Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP). Für diese Leistung muss ein Antrag gestellt werden. Wenn dieser bewilligt wird, kann diese Bewilligung über viele Jahre verlängert werden. Op de Wisch beschäftigt ungefähr 80 Mitarbeiter/innen. Das sind Sozialpädagogen, Psychologen, Pädagogen, Therapeuten. Viele haben eine Zusatzausbildung. Unsere Arbeit besteht im Rahmen der Ambulanten Sozialpsychiatrie in erster Linie aus sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Hilfe und beinhaltet keine Therapie, wenngleich sich mitunter fließende Übergänge einstellen. Wir bieten auch Beratung für Elternteile oder für Menschen, für die kein Therapieplatz gefunden wird, die aber zusätzliche Unterstützung benötigen.

Op de Wisch arbeitet mit multiprofessionellen Teams. Im Rahmen der Flüchtlingsarbeit beispielsweise führen wir ein Projekt durch. Bei uns sind u. a. Genesungsbegleiter und Begleiter für Angehörige tätig. Genesungsbegleiter sind selbst ehemals Betroffene, die eine spezielle Ausbildung absolviert haben und dadurch andere Betroffene beraten und unterstützen können.

ANKE BAMBERGER: Dasselbe gilt für die Angehörigenberatung, die wir gerade ins Leben gerufen haben. Eine ehemals betroffene Mutter hatte eine Ausbildung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) absolviert und führt nun Beratungsgespräche mit Angehörigen von Patienten durch. Die Genesungs- und Angehörigenbegleiter finden einen ganz anderen Zugang zu den Betroffenen als wir Professionelle und gewinnen leichter das Vertrauen der Menschen.

ANNA BECK: Bei uns geht es um Prävention und Nachsorge, auch um zu vermeiden, dass jemand (wieder) in die Klinik muss. Dabei arbeiten wir eng mit den Kliniken zusammen. Wir leisten keine medizinische Behandlung. Zum Teil leiten wir die Menschen in die Hilfen, die von den Krankenkassen bezahlt werden, weil ihnen vorher niemand gesagt hat, welche Hilfen ihnen zustehen und welche Hilfen außerdem eine sinnvolle Ergänzung bilden könnten. Mitunter wendet sich das Eingliederungsamt an uns und informiert uns darüber, dass bestimmte Leistungen nicht mehr zur Eingliederungshilfe gehören, sondern in den Bereich der Krankenkasse. Inzwischen bieten in Hamburg 130 Träger diese Art der Hilfe an.

ANKE BAMBERGER: Es gibt Familien, die über Generationen hinweg Hilfe gebraucht hätten, die sich aber Behörden wie dem Jugendamt konsequent entzogen haben. Erst wenn wir mit der ASP zu ihnen kommen, können wir erst einmal sortieren, was die Familie für einen Unterstützungsbedarf hat. Wir kommen zwar mit dem Auftrag in die Familie, uns die kranke Mutter oder den kranken Vater anzuschauen, aber in dem Prozess wird vieles sichtbar.

ANNA BECK: Die ASP ist eine Hilfe, die nur Erwachsenen ab dem 21. Lebensjahr zusteht. Bis Vollendung des 18. Lebensjahres ist das Jugendamt zuständig, danach gibt es noch Erweiterungshilfen. Kommt ein junger Mensch zu uns, der bis zum 18. Lebensjahr noch nicht beim Jugendamt auffällig war, können wir für ihn diese Hilfe nicht beantragen. Wir müssen warten, bis dieser Mensch 21 Jahre alt geworden ist. Fragen wir beim Jugendamt nach und verweisen auf die Dringlichkeit einer Hilfe, kommt allerdings nur selten eine Unterstützung, sodass die jungen Menschen im Alter zwischen 18 und 21 Jahren durch das Netz rutschen.

Die Ambulante Sozialpsychiatrie wurde in Hamburg vor einigen Jahren dahingehend verändert, dass wir jetzt budgetfinanziert werden. Wir sollen demnach nicht mehr mit den einzelnen Menschen und den abgesprochenen Fachleistungsstunden arbeiten, sondern es wird mehr Wert auf die Prävention und die Nachsorge sowie auf die Art der Begegnungsstelle gelegt, die wir als Budgetträger aufgebaut haben. Durch die Begegnungsstätten ist die Schwelle, dass die Menschen zu uns kommen, niedriger. Sie würden sich nicht trauen uns aufzusuchen, wenn sie wissen, dass dahinter Ämter stehen, die die Hilfe genehmigen müssen. Sie können ganz unverbindlich in die Begegnungsstätte oder in die Beratung kommen. Sie kommen oft mit Freunden oder weil sie von uns gehört haben, vielleicht auch, weil sie das Frühstück für 1,50 Euro nehmen oder einfach nicht allein sein wollen. Die Hürde zum Kontakt ist damit sehr niedrig. Mitunter wird nach einiger Zeit und etlichen Gesprächen große Not sichtbar.

ANKE BAMBERGER: Vielfach sind psychiatrische Erkrankungen immer noch ein Tabuthema. Das Sprichwort „Für die Erziehung eines Kindes bedarf es eines ganzen Dorfes“ ist gerade in unserem Metier eine immer wieder treffende Aussage. Wenn wir es schaffen würden, dass das gesamte professionelle Helfersystem mit Bekannten, Nachbarn der Familie, mit den Vätern, die oftmals nicht präsent sind, und den psychisch erkrankten Müttern mit ihren Kindern an einem Tisch sitzt, könnte man vieles auf den Weg bringen und vieles würde gelingen. In Hamburg sind einige Patenprojekte wie PFIFF oder der Familienrat ins Leben gerufen worden. Der Familienrat wird leider sehr schlecht bis gar nicht finanziert, lediglich in einem Bezirk. Der Familienrat holt Freunde, Bekannte und Nachbarn der Familie, die gern helfen wollen, mit der Familie zusammen.

ANNA BECK: An einem **Fallbeispiel** soll demonstriert werden, wie unsere Arbeit funktionieren kann. Wir versuchen, sehr viel präventiv und niedrigschwellig tätig zu sein.

In unserem Beispiel geht es um Familie D. Die Mutter kam zu mir in die Beratung, eigentlich nur, weil sie nach einem Arbeitsunfall Hilfe bei der Berufsgenossenschaft haben wollte. Sie musste operiert werden und war danach lange krank. Sie hatte durch eine Nachbarin von uns gehört, sonst hätte sie sich nie zu uns getraut. In dem Gespräch wurde sehr schnell deutlich, dass Frau D. psychisch belastet ist. Mit diesem Thema muss man jedoch sehr sensibel umgehen. Wir versuchen zunächst, ganz praktisch auf das Anliegen einzugehen, mit dem die Menschen an uns herantreten und ihren Leidensdruck signalisieren. Wir knüpfen wertschätzend und zurückhaltend dort an, wo es aus ihrer Sicht nötig ist, und gehen erst einmal nicht weiter. Zum Glück können wir durch die Budgetverantwortung im Rahmen der Prävention freier arbeiten als früher, als wir für solche Beratungsgespräche kein Geld bekommen hätten.

Frau D. erzählte im Gespräch auch von ihrer Familie. Frau D. selbst kam aus der Türkei, wurde mit 16 Jahren in Deutschland verheiratet. Für den 15 Jahre älteren Ehemann ist es die zweite Ehe. Er sprach fließend Deutsch, sie hingegen überhaupt nicht. Sie bekam bald zwei Kinder. Die Tochter ist 11 Jahre alt, der Sohn 9 Jahre alt. Da sich sehr schnell herausstellte, dass Frau D. psychische Probleme hatte, bekam sie mehr und mehr Hilfe bei uns in der Sozialberatung. Sie kam häufig auch zu Einzelgesprächen. Einen Kontakt zum Jugendamt lehnte sie aber ab.

Im Laufe der Monate gewannen wir das Vertrauen von Frau D. Sie erzählte, dass sie extreme Schwierigkeiten zu Hause in ihrer Familie hat und nicht wertgeschätzt wird. Ihr Mann würde sie erniedrigen, sodass auch ihre Kinder sie nicht ernst nehmen. Der Mann würde alles bestimmen und sie ständig abwerten, auch in Gegenwart der Kinder.

Letztlich konnte sie sich darauf einlassen, dass wir einen Antrag auf die Ambulante Sozialpsychiatrie stellen. Diese Hilfe ist noch immer nicht bewilligt – ein halbes Jahr, nachdem Frau D. zu uns in die Beratung gekommen ist. Dadurch, dass sie in die offene Begegnung kam, noch dazu mit einer Freundin, die bei uns im Rahmen der ASP begleitet wird, konnte sie sich letztendlich öffnen und erzählen, dass sie Hilfe für ihre Kinder benötigt. Wir dürfen im Rahmen der ASP allerdings nicht viel für ihre Kinder tun, außer mit der Mutter im Kontakt zu bleiben und darauf hinzuwirken, dass sie ihre Vorbehalte gegenüber dem Jugendamt verliert.

Später erfuhren wir, dass ihre Tochter vom Jugendamt für zwei Monate in Obhut genommen worden war, weil sich die Tochter selbst an das Jugendamt mit der Bitte nach Inobhutnahme gewandt hatte. Sie wurde dann auf eigenen Wunsch wieder nach Hause entlassen. Das Jugendamt signalisierte der Mutter, dass für die Tochter nichts mehr getan werden könne, wenn sie wieder nach Hause gehen möchte. Es gäbe auch keinen Anbieter, der in der Muttersprache von Frau D. mit der Familie arbeiten kann. Somit war das Jugendamt aus der Verantwortung und Frau D. hatte keinen Kontakt zum Jugendamt aufbauen können.

Im Rahmen unserer niedrigschwelligen Arbeit, zu der sie einfach kommen konnte und manchmal an offenen Veranstaltungen teilnahm, fasste sie allmählich den Mut, sich doch an das Jugendamt zu wenden. Ich hatte Kontakt zu „Seelennot“ aufgenommen, eine Arbeitsgruppe, die regelmäßig bei uns tagt und in der wir versuchen, mit unterschiedlichen Professionen, u. a. Psychiatern, Unterstützungsmöglichkeiten in einem Akutfall zu finden. Das heißt, dort finden Fallbesprechungen statt.

Frau D. hat es parallel dazu geschafft, in Begleitung ihrer Freundin selbst zum Jugendamt zu gehen und um Hilfe zu bitten. Diese Hilfe hat sie dort bekommen. Sie hatte den Mut dazu gefunden, weil wir ihr versichert hatten, dass wir uns dafür einsetzen, dass die Hilfe von unserem Träger geleistet wird. Frau D. hatte Angst davor, dass noch mehr Menschen hinzukommen, denen sie vielleicht nicht vertrauen kann. Das war für Frau D. ein sehr großer Schritt.

Wir waren am Hilfeplangespräch für die Tochter beteiligt und haben die Mutter weiterhin präventiv begleitet. Die Kollegin ist sofort mit der Tochter zur Kinder- und Jugendpsychiatrieambulanz des UKE gegangen. Es ist erst den Hilfeplangesprächen bekannt geworden, dass die Tochter bereits zwei Suizidversuche unternommen hatte. Das UKE meldete uns zurück, dass eine intensive Hilfe und Begleitung in der Familie installiert werden müsste. Die Mutter berichtete parallel dazu, dass die Tochter der Schule verwiesen worden war und außerdem der Vater sich in der Schule sehr auffällig benommen hatte.

So kam immer mehr zutage, was vor der Beratung niemandem bekannt war. Uns war klar, dass wir innerhalb des Hilfesystems auch mit dem Vater arbeiten müssen. Es fiel auf, dass der Vater schnell aggressiv werden kann. Die Tochter musste der Schule verwiesen werden, da sie ähnlich wie ihr Vater aggressiv agiert hatte und nie gelernt hatte, ihr Ver-

halten zu reflektieren. Wie ihr Vater fühlte sie sich sofort angegriffen. Dieser wähnte sich generell hier nicht willkommen. Man muss hier wie in vielen Fällen auch den kulturellen Hintergrund mit bedenken.

Inzwischen hat ein Kollege begonnen, mit dem Vater zu arbeiten und wir hoffen, dass das gelingt. Wir arbeiten mit der Tochter und versuchten, für sie einen anderen Schulplatz zu finden. Das Problem mit der Tochter gab es schon lange, wie wir in der Rücksprache mit der bisherigen Schule erfuhren. Die Schule hatte sofort zur Maßnahme des Verweises gegriffen, ohne zuvor Kontakt mit dem schulpsychiatrischen Dienst oder dem Jugendamt zu suchen. Letztlich war die Schule auch gesprächsbereit und räumte diesen Fehler ein. Inzwischen ist die Tochter auf einer anderen Schule.

Wir hatten noch keine Gelegenheit, danach zu schauen, wie es dem Sohn geht. Die Mutter ist tatsächlich psychisch sehr krank, sie leidet an einer schweren Depression. Sie war bereits bei mehreren Ärzten, aber nirgends wurde ihr ein Weg gezeigt, wie sie aus der familiären Misere herauskommen kann, die seit vielen Jahren bestand.

ANKE BAMBERGER: Hier wird deutlich, was alles sichtbar wird, wenn erst einmal Vertrauen durch die Beratungsgespräche aufgebaut wurde.

Wir haben mal zusammengetragen, mit wem wir zusammenarbeiten, was die Zusammenarbeit behindert und was sie fördert (**Abbildung 1**).

Auf der linken Seite sind Dinge notiert, die gut laufen, auf der rechten Seite die Dinge, die nicht so gut laufen. Das ist zum Beispiel der Kontakt mit der Schule. Wir wünschen uns viel mehr Präventions- und Aufklärungsarbeit an den Schulen. Auch der Kontakt zum Jugendpsychiatrischen Dienst könnte verbessert werden, dieser wendet sich in schwierigen Fällen an das Jugendamt, nicht an uns. Wir sind im Rahmen der ASP für den psychisch erkrankten Elternteil tätig, ein anderer Träger leistet die Familienhilfe. Zum Hilfesprechgespräch Jugendamt im werden wir nicht eingeladen. Das geht natürlich nicht. Wir müssen uns alle an einen Tisch setzen, Transparenz schaffen, Aufgaben und Zuständigkeiten verteilen, alle wichtigen Aspekte ansprechen und zusammentragen. Sonst deckeln bestimmte Helfersysteme immer wieder das gesamte System und wir kommen nicht weiter. Wir arbeiten daran, dass wir beteiligt werden.

Wir stehen im häufigen Kontakt zu den Sozialen Diensten sowie zur Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Kliniken. Auch dort bitten wir immer wieder darum, zu den Gesprächen hinzugezogen zu werden, auch wenn es sich zunächst um Beratungsgespräche handelt. Für uns ist es zweitrangig, wie die Maßnahme heißt, uns geht es zunächst darum, an der Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten beteiligt zu sein.

Die Zusammenarbeit mit Therapeuten funktioniert leider ebenfalls nicht so gut. Diese berufen sich stets auf ihre Schweigepflicht. Der Kontakt zu den Kitas müsste verbessert werden, die Kitas wenden sich eher mit einer Meldung an das Jugendamt. Meiner Ansicht nach fehlt dazwischen etwas in der Beratungsarbeit. Die Hebammen sind häufig an die Kinder- und Familienzentren angebunden und gehen daher ebenfalls direkt an das Jugendamt.



Abbildung 1

© Op de Wisch e. V., Hamburg

Behörden sind ein heikles Thema. Es gibt in Hamburg ein Fallmanagement und ein Projekt, die an das Jobcenter und an die Hamburger Arbeitsgemeinschaft angebunden sind. Sie haben weniger Fälle und mehr Zeit. Sie nehmen oftmals Kontakt zu uns auf, wenn sie bei einem Klienten eine psychische Erkrankung vermuten. Mit ihnen arbeiten wir gut zusammen, aber mit Behörden, insbesondere mit den Leistungsabteilungen, wünschen wir uns einen intensiveren Kontakt, gemeinsam mit den Betroffenen. Auch die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten läuft nicht optimal.

ANNA BECK: In unserem Fall war es hilfreich, dass eine Türkisch sprechende Kollegin in meinem Team den Kontakt zur Mutter aufnehmen konnte. Solche Voraussetzungen sind sehr wichtig. Sprachprobleme hindern die Betroffenen in hohem Maße daran, uns aufzusuchen. Hinzu kommen Scham und Angst. Hier sind ein großes Einfühlungsvermögen und zunächst Zurückhaltung von Seiten der Kolleg/innen notwendig, damit die Menschen nicht wieder wegbleiben. Über den Erfolg der Beratung und Unterstützung entscheiden oftmals viele kleine Details.

In unserem Fall gab es nicht genügend Transparenz und Kommunikation, geschweige denn eine Vernetzung der einzelnen Systeme.

ANKE BAMBERGER: Mit gesetzlichen Betreuern und auch mit Angehörigen arbeiten wir allerdings gut zusammen. Im Idealfall kommen die Betroffenen, die Angehörigen oder beide selbst zu uns.

ANNA BECK: Das Thema „Psychische Erkrankung“ ist bei den meisten sehr schambesetzt. Vielen ist ihre Erkrankung auch gar nicht bewusst. Wir begleiten einige Erwachsene, die in einer schweren Depression stecken, dies aber nicht wahrhaben wollen. Sie nehmen die Schuld auf sich und haben Angst davor, mit dem Stempel der Psychiatrie stigmatisiert zu werden. Daher kommen Menschen zu uns in die Beratung, die auf keinen Fall einen Antrag auf die Ambulante Sozialpsychiatrie stellen möchten, um nicht zum Personenkreis der psychisch Kranken zugerechnet zu werden. Daher müssen Träger wie wir mit solchen Menschen präventiv arbeiten können, ohne dass sie zu diesem Kreis gezählt werden. Die Erstellung einer Diagnose schreckt viele davon ab, sich Hilfe zu suchen.

ANKE BAMBERGER: Zu uns kommen viele ohne Diagnose in die Beratung. Entweder stellen wir einen Antrag und es wird eine Diagnostik im Ärztlichen Dienst im Fachamt vorgenommen oder wir begleiten die Menschen auch zu einem niedergelassenen Psychiater, weil sie lieber dorthin als zum Fachamt gehen.

ANNA BECK: Mitunter geben wir ihnen auch Empfehlungen, an wen sie sich wenden können. Die Begleitung ist sehr wichtig, weil gerade depressive Menschen eine Antriebschwäche zeigen und sonst nicht mehr bei uns erscheinen und keine Hilfe bekommen. Dazu tragen auch die häufig sehr langen Wartezeiten bei.

ANKE BAMBERGER: Wir machen häufig die Erfahrung, dass wir einen Antrag auf Eingliederungshilfe stellen, aber die Kinder bei den Bearbeitern nicht im Blick sind, denn die sind auf die psychisch erkrankten Erwachsenen fixiert. Wenn die Helfer hören, dass bereits eine Familienhilfe in der Familie tätig ist, wird das als ausreichend angesehen. Wenn wir aber mit einer Familienhilfe in der Familie sind, muss nach unserer Meinung eine Trennung vorgenommen werden, sonst gerät die Familienhelferin in einen Loyalitätskonflikt. Insofern muss Klarheit geschaffen werden. Wir brauchen auch für die Mutter einen festen Ansprechpartner in Bezug auf ihre Erkrankung. Viele kommen aus der Klinik und wissen gar nicht, warum sie dort waren. Sie verstehen die Diagnose nicht. Jemand hat eine Borderline-Störung und weiß nicht, was das für sie/ihn bedeutet, geschweige denn, was das für das Kind bedeutet. Es muss wesentlich mehr Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungsbilder geleistet werden, auch für die Mitarbeiter in der Sozialen Arbeit. Es ist immer noch ein Tabu-Thema. Es wird wie ein Familiengeheimnis immer weiter getragen, auch durch viele Professionelle. Daher haben wir die Haltung entwickelt, lieber einmal öfter darüber zu sprechen oder auch eine Meldung zu machen als zu wenig, selbst unter dem Risiko, das aufgebaute Vertrauen zu schädigen. Doch wir sehen uns in solchen Fällen auch als Anwalt und als Sprachrohr des Kindes, denn es hat keine Lobby.

Damit stehen auch wir immer in einem Loyalitätskonflikt. Wenn ein Mitarbeiter im Rahmen der Eingliederungshilfe in der Familie tätig ist, wird das ganze System von Vertrauen und Beziehungsaufbau getragen. Ist dieser gelungen, kann man mit der Mutter über Krankheitsbilder sprechen und auch eine SPFH auf den Weg bringen.

ANNA BECK: Kindergruppen für Kinder psychisch kranker Eltern bieten wir selbst nicht mehr an, dies wird von anderen Trägern übernommen, mit denen wir eng zusammenarbeiten. Im Arbeitskreis „Seelennot“ sitzen alle diese Träger Hamburgs zusammen. Dort wird häufig thematisiert, dass sie Probleme haben, die Gruppen auszulasten, obwohl der Bedarf sehr hoch ist. Es wurde sehr viel versucht, um die Kinder in die Gruppen zu bekommen, aber bisher hat es nicht viel gebracht.

ANKE BAMBERGER: Im UKE gibt es gute Projekte, auch im multikulturellen Bereich, die ebenfalls nicht gut besucht werden. Es stehen aber auch keine Mitarbeiter zur Verfügung, die die Kinder abholen können.

ANNA BECK: Letztlich bleibt nur, immer dranzubleiben und individuelle Lösungen zu finden, wie zum Beispiel eine Wochenendpatenschaft für eine Familie mit einer psychisch schwer kranken Mutter. Ein Rezept für alle gibt es nicht.

Wichtig ist aber auch die bessere Information und Aufklärung der verschiedenen Systeme, damit die Menschen und die Institutionen, die mit ihnen zu tun haben, überhaupt wissen, was es für Angebote gibt. Wir müssen uns außerdem viel häufiger in solchen Kreisen wie hier auf der Tagung zusammensetzen, uns über die unterschiedlichen Ideen und Ansätze austauschen und Möglichkeiten der Vernetzung finden. Das große Problem liegt oft darin, wie die vielen guten Ideen umgesetzt – und finanziert – werden können.

Ergänzung (PROF. DR. SILKE WIEGAND-GREFE, Projektleiterin, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)¹: Das CHIMPs-Projekt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) wurde von Frau Prof. Dr. Wiegand-Grefe entwickelt. „CHIMPs“ bedeutet „Children of Mentally Ill Parents“. Dieses Projekt wurde ins Leben gerufen, um die seelische Belastung von Kindern und Jugendlichen besser erkennen, zu mindern und ihr begegnen zu können. Auch die psychischen Belastungen der Eltern sind im Fokus. In der CHIMPs-Beratung finden etwa sechs bis acht Sitzungen über ca. ein halbes Jahr und eine Diagnostik mit den Kindern statt, um deren weitergehenden Psychotherapiebedarf einschätzen zu können. Im Verlauf der Beratung werden in Elterngesprächen, Kindergesprächen und Familiengesprächen die Krankheitsbewältigung in der Familie, die Familienbeziehungen und die soziale Unterstützung der Familie besprochen und bei Bedarf alternative Lösungen mit der Familie entwickelt. Am Ende der Beratungen werden weitergehende Hilfen vermittelt. Die Familie kann sich jederzeit auch nach der Beratung wieder an das CHIMPs-Team wenden. Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Beratung und einem begleitenden Forschungsprojekt sind eine psychische Erkrankung mindestens eines Elternteils und das Alter des Kindes zwischen 4 und 18 Jahren. Das Kind kann bei dem gesunden Elternteil leben, aber es sollte einen Kontakt zum erkrankten Elternteil geben.

¹ Frau Prof. Dr. Wiegand-Grefe war als Referentin in der AG vorgesehen, um über das Chimps-Projekt zu berichten, konnte jedoch nicht an der Tagung teilnehmen, daher erscheint an dieser Stelle ein kurzer, von Frau Prof. Wiegand-Grefe freigegebener Abriss dazu.

Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in verschiedenen Arbeitsfeldern

Arbeitsgruppe „Erfahrungswerte der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz (TAKS)“

RAPHAELA OETTER

Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt „Wissenschaftliche Unterstützung professioneller Handlungsfelder im Umgang mit Kindeswohlgefährdung und beim Aufbau tragfähiger Kooperationsstrukturen im Kinderschutz“ am Universitätsklinikum Jena und an der Universität Kassel, Koordinatorin der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz (TAKS) am Universitätsklinikum Jena

Die Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz (TAKS) wurde ursprünglich 2006 am Universitätsklinikum Jena in der Klinik für Kinderchirurgie gegründet und ist von der derzeitigen Klinikdirektorin, Frau Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt weitergeführt worden. Die Ambulanz war zum Zeitpunkt der Übernahme von Frau Prof. Eckoldt nicht professionalisiert, sie hatte mehr Außenwirkung als Struktur im Inneren. Frau Prof. Eckoldt drang darauf, die Kinderschutzambulanz zu professionalisieren. Daher versuchte sie eine Finanzierung durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit für exakt diese Aufgabenstellung zu erwirken. Der Erfolg ließ einige Jahre auf sich warten. Seit 2013 fand die erhoffte Finanzierung der TAKS durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit statt und seither bin ich mit der Professionalisierung, Strukturierung, Weiterbildung und der täglichen Fallarbeit betraut. Die TAKS wurde vorerst für drei Jahre als Projekt finanziert. Seit Dezember 2015 ist die Finanzierung eingestellt. Auch ein gestellter Folgeantrag, welcher sich mit der Professionalisierung der mittlerweile gebildeten Kinderschutzgruppen an Thüringer Kliniken befasst, konnte keine Fortführung der Unterstützungsgelder erwirken. Aufgrund dessen wird die Finanzierung seither durch die Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums sichergestellt.

Die Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz definiert sich als eine medizinische Spezialambulanz. Die TAKS besteht aus fünf Kliniken, wobei sich der Hauptsitz in der Klinik für Kinderchirurgie befindet. Wir agieren landesweit, sind demnach für ganz Thüringen zuständig. Die TAKS ist 24 Stunden erreichbar. Das bedeutet nicht, dass ich als Koordinatorin durchgehend erreichbar bin. Meine reguläre Dienstzeit erstreckt sich von 08.00 bis 16.00 Uhr. Währenddessen trage ich mein Diensttelefon stets bei mir. Außerhalb meiner Erreichbarkeit gibt es eine Notfallrufnummer, welche dauerhaft mit einem kinderschutzverfahren Kinderchirurgen besetzt ist.

Die Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz setzt sich aus einem multiprofessionellen Team zusammen. Die **interne interdisziplinäre Kooperation** – innerhalb des Universitätsklinikums – stellt sich folgendermaßen dar: Hauptsitz der TAKS ist die Klinik für Kinderchirurgie, der auch die letztendliche Entscheidungshoheit obliegt.

Von uns werden innerhalb des Universitätsklinikums vier Kliniken bzw. Institute hinzugezogen:

- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,
- Institut für Rechtsmedizin,
- Pädiatrische Radiologie des Institutes für Interventionelle und Diagnostische Radiologie.

Der Grund für die Ansiedelung des Hauptsitzes der TAKS in der Klinik für Kinderchirurgie stellt einerseits die Nähe zur Notaufnahme dar. Alle Kinder, welche in der Notaufnahme des Universitätsklinikums Jena (UKJ) vorstellig werden, werden automatisch auch bei einem Kinderchirurgen des UKJ vorstellig und durch ihn untersucht. Andererseits sind die häufigsten Vorstellungsgründe von Kindesmisshandlung in einer medizinischen Ambulanz stattgehabte körperliche Übergriffe, bspw. Hämatome, Knochenbrüche, Verbrühungen, Verbrennungen, sexueller Missbrauch usw. Diese Verletzungen unterstehen einer kinderchirurgischen Behandlung und Versorgung. Kinder, welche Vernachlässigung, Unternahrung o. ä. zum Opfer fielen, werden von uns aus in die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin weitergeleitet. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nicht grundsätzlich bei jedem Verdacht auf Kindesmisshandlung hinzugezogen. Wir kontaktieren diese, wenn das Kind psychische Auffälligkeiten zeigt, eine Behandlung des Kindes im Heimatort nicht ausreichend oder nicht gewährt werden kann oder wenn es sich um einen Akutfall handelt. Die Fachdisziplin Kinderradiologie ist für uns ein äußerst wichtiger Kooperationspartner, da sie uns bei der Verdachtsabklärung auf Kindesmisshandlung als kompetenter Partner unterstützt. Das Institut für Rechtsmedizin nimmt in unserer Kinderschutzambulanz eine Sonderstellung ein. Am UKJ gibt es ein Institut für Rechtsmedizin, was auch das einzige Institut für Rechtsmedizin in Thüringen darstellt. Die Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin sind somit für den Freistaat Thüringen zuständig. Das bedeutet konkret: Die Mitarbeiter sind in ganz Thüringen unterwegs, um Obduktionen usw. durch zu führen. Daher ist es den Mitarbeitern nicht immer möglich, bei allen Vorstellungen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung in Thüringen mit anwesend zu sein. Aus genau diesem Grund fungiert die TAKS als Hauptanlaufstelle bei Abklärungsverfahren mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, da wir den Vorteil genießen, das Institut für Rechtsmedizin vor Ort zu haben.

Bezüglich der Kooperation muss festgehalten werden, dass diese kein Selbstläufer ist. Es muss immer wieder aufs Neue Kontakt zu den Kooperationspartnern gesucht werden, sei es intern oder extern. Zu Beginn bedeutet dies sehr viel „Klinkenputzen“, bis sich ein fester Stamm an Personen gebildet hat, welche die konkreten Ansprechpartner sind. Mittlerweile darf ich mich glücklich schätzen, dass ich in jedem Institut, in jeder Klinik und auch bei externen Kooperationspartnern feste Hauptansprechpartner habe. Es ist nötig, stets im Kontakt zu bleiben, nicht nur bei den gemeinsam bearbeiteten Fällen, sondern darüber hinaus auch bspw. in Fallkonferenzen und Weiterbildungsveranstaltungen. Nur so kann eine funktionierende Kooperation lebendig gehalten und als effektives Werkzeug zum Aufdecken von Bedarfen gewertet werden.

Ich habe bereits aufgezeigt, wie unsere Kinderschutzambulanz intern strukturiert und aufgebaut ist. In einem nächsten Schritt möchte ich nun unsere externen Kooperationspartner erläutern.

Mit folgenden Ansprechpartnern stehen wir in **externer Kooperation**:

- öffentliche Kinder- und Jugendhilfe (vorrangig ASD),
- andere Kliniken,
- niedergelassene Kollegen,
- private Kinder- und Jugendhilfe (Freie Träger, Kinderschutzdienste ...)
- Schulen, Kitas...,
- Polizei,
- Privatpersonen.

Bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung ist für mich das **Jugendamt** Hauptansprechpartner, vorrangig der ASD, da in diesem Bereich die Kinderschutzfälle bearbeitet werden. Bei einer anstehenden Inobhutnahme eines Kindes ist das Jugendamt verantwortlich und muss diese Entscheidung treffen bzw. im Zusammenwirken mit dem Familiengericht durchführen. Weiterhin sind wir Ansprechpartner für ärztliche Kollegen aus **anderen Kliniken** und **niedergelassene Mediziner**. Ebenso sind wir erster Ansprechpartner in Bezug auf Unsicherheiten bei Verletzungsabklärungen, bei Behandlungsmethoden im Bereich Verdacht auf Kindesmisshandlung und allen weiterführenden Fragen (Jugendamt, rechtliche Fragen usw.). Häufig werden Kinder mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung durch ärztliche Kollegen zu uns überwiesen. Es kann allerdings auch lediglich eine telefonische Beratung stattfinden. Mitarbeiter der **privaten Jugendhilfe** nehmen häufig Kontakt zu uns auf und nutzen die Möglichkeit der anonymen Fallberatung. Die Entscheidung, ob ein Kind in der TAKS vorgestellt wird, liegt letztendlich bei den Sorgeberechtigten oder dem Jugendamt/Familiengericht. Bezüglich der Mitarbeiter der **Kitas** und **Schulen** kann sich festhalten lassen, dass die Kontaktaufnahme mit uns in den letzten Jahren zugenommen hat. Grund hierfür ist sicherlich auch die gestiegene Sensibilisierung. Ich habe in den letzten Jahren viele Lehrer und Erzieher weitergebildet. Erfreulicherweise wird das Angebot der TAKS der anonymen Fallberatung (Erarbeiten einer Sozialanamnese usw.) immer häufiger in Anspruch genommen. Eine Sonderstellung nimmt die Kontaktaufnahme der Kriminalpolizei mit uns ein. Wenn **Kriminalpolizei** bzw. **Gericht** eine Untersuchung eines Kindes bei uns anordnet, wird von unserer Seite aus das Institut für Rechtsmedizin automatisch hinzugezogen. Der weitere Verdachtsabklärungsprozess findet im gleichen Ablauf und Umfang statt wie bei allen Kindesmisshandlungsverfahren. Auch nehmen immer häufiger **Privatpersonen** Kontakt mit der TAKS auf. Interessant ist hierbei, wie sie den Weg zur Kontaktaufnahme mit uns gefunden haben, sei es durch die Auslage eines Flyers der TAKS beispielsweise in einer Kinderarztpraxis oder etwa durch selbstständige Internetrecherche. Somit stellt auch der Melder einen wichtigen Baustein von vielen im Kindeswohlgefährdungsabklärungsprozess dar.

Im nächsten Schritt möchte ich darauf eingehen, welche Aufgaben wir für uns als Kinderschutzambulanz definiert haben. In erster Linie ist die TAKS ein medizinisch kompetenter Ansprechpartner bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, vorrangig für Institutionen, wie

Jugendämter, Polizei und ärztliche Kollegen. Darüber hinaus übernehmen wir die Koordination weiterer medizinischer Diagnostik. Das bedeutet, wenn ein Kind in der TAKS vorgestellt wurde, es versorgt werden musste und eine Nachkontrolle vonnöten ist, übernehmen wir die Nachkontrolle. Wir würden beispielsweise die Vorstellung des Kindes in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie intern koordinieren. Gegebenfalls würden wir ein Kind bzw. seine umfassende Fallakte auch nochmals im Team besprechen, wenn es sich als nötig erweist.

Weiterhin erfolgt die Diagnostik in unserer Kinderschutzambulanz zeitnah, kindgerecht und umfassend. Damit diese Termini nicht nur opportunistische Schlagworte bleiben, bedürfen sie einer exakten Beschreibung. Zeitnah bedeutet nicht unbedingt „sofort“. Es ist von der Verletzung des Kindes abhängig. Nehmen wir den Fall eines stattgehabten sexuellen Missbrauchs mit Penetration eines 11-jährigen Mädchens, welcher nach über fünf Monaten telefonisch bei uns gemeldet wurde. In diesem Fall können wir davon ausgehen, dass eventuelle Verletzungen bereits verheilt sind und die Entnahme eines Abstriches bezüglich Genmaterials in Anbetracht der vergangenen Zeit nicht mehr sachdienlich ist. Das Wichtigste ist es, auch in solch „gravierenden“ Kinderschutzfällen Ruhe zu bewahren und sachlich einen Schritt nach dem anderen zu gehen. Der erste wichtige Punkt ist zu erfragen, ob sich das Kind in Sicherheit befindet. Ist es noch im Einzugsbereich des Verursachers/der Verursacherin? Dort darf es sich nicht befinden! Danach ist es nötig, eine ausführliche Sozialanamnese zu erstellen (bestenfalls Genogramm über drei Generationen). Weiterhin ist zu erfragen, wann das Kind zuletzt einen Kinderarzt besucht hat und ob es bereits eine medizinische Diagnostik bezüglich des Verdachts auf sexuellen Missbrauch gegeben hat. Darüber hinaus ist zu erfragen, ob das Kind bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung ist und ob es bestehenden Kontakt zum Jugendamt gibt. Sind der Schule oder anderen Einrichtungen Veränderungen am Kind aufgefallen? Haben die Eltern oder andere Personen Veränderungen des Kindes wahrgenommen? Wenn wir uns ein umfassendes Bild des Falles gemacht haben, koordiniere ich alle intern nötigen Schritte und vereinbare einen Vorstellungstermin mit den Sorgeberechtigten bzw. dem, dem das Sorgerecht übertragen wurde.

Nach dem kurzen Exkurs komme ich nun zur nächsten Begrifflichkeit: Kindgerecht. Kindgerecht bedeutet, um bei dem eben genannten Fall zu bleiben, dass ein 11-jähriges Mädchen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch nicht auf einem gynäkologischen Stuhl untersucht werden sollte. Anzuraten wäre es, das betreffende Kind in einer spielerischen, kindgerechten und räumlich angenehmen Atmosphäre zu untersuchen. Weiterhin empfiehlt es sich, einen weiblichen Untersucher zu wählen. (Auf die genaue Untersuchung will ich an dieser Stelle nicht näher eingehen. Dies würde zu weit führen.)

Was bedeutet der Begriff „umfassend“ bezüglich unserer Thematik? Es bedeutet, dass jegliche medizinische Diagnostik bei uns durchgeführt werden kann. Eine Überweisung zur weiterführenden Diagnostik ist nicht nötig.

An dieser Stelle möchte ich zusätzlich anmerken, dass Kinderschutz auf der oberen Leitungsebene anzusiedeln ist; das bedeutet konkret Direktoren-, Chefarzt- oder Oberarztsebene. Diese müssen entsprechend ausgebildet sein und Entscheidungen treffen können.

Eine weitere Aufgabe, welche wir uns auf die Fahne geschrieben haben, besteht aus der rechtsmedizinisch korrekten Befunderfassung und Dokumentation. Bei allen Kindern, die in der TAKS unter dem Verdacht auf Kindesmisshandlung untersucht werden, wird eine rechtsmedizinisch korrekte Dokumentation durchgeführt, sodass eine Mehrfachdiagnostik unterbunden wird. Das Kind muss nicht mehrmals untersucht oder (gegebenenfalls) befragt werden, da dies zu weiteren Belastungen des Patienten führen kann.

Hier ist anzumerken, dass es nicht unsere Aufgabe ist zu ermitteln, wer dem Kind den Schaden zugefügt hat. Dies ist Aufgabe der Polizei. Unsere Aufgabe ist es, den angegebenen Verletzungsmechanismus mit dem am Kind vorgefundenen Verletzungen abzugleichen und die daraus medizinisch folgerichtigen Schlüsse zu ziehen.

Weiterhin ist es ratsam, Gespräche mit der Familie des Kindes, den betreuenden Jugendamtsmitarbeitern, der unter Umständen seit Jahren in der Familie tätigen SPFH oder auch Freunden und ggf. mit den Großeltern zu sprechen. Gemeinsam wird die Situation erörtert und versucht, gemeinsam Lösungsvorschläge/Lösungsansätze zu erarbeiten, um der Familie die richtige Hilfe zukommen zu lassen.

Als letzten Punkt, bevor ich dann zum Fallbeispiel komme, möchte ich nochmals festhalten, dass es sich bei der TAKS um eine medizinische Spezialambulanz handelt, nicht um eine sozialpädagogische Einrichtung. Wir sind gerne bereit, zusammenzuarbeiten und auch Hilfestellung zu geben, allerdings können wir den sozialpädagogischen Hilfeprozess nicht abdecken.

Im nun Folgenden möchte ich Ihnen einen Fall aufzeigen, an welchem ich Ihnen einen üblichen Fallverlauf in der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz aufzeige. Im Anschluss daran besteht dann die Möglichkeit, eigene von Ihnen erlebte Fälle zu diskutieren und eventuell auftretende Fragen zu beantworten, soweit mir dies möglich ist.

Fallbeispiel

Ein drei Monate alter Säugling war mit seiner Mutter (allein sorgeberechtigt) in einer Klinik im Landesgebiet Thüringen stationär aufgenommen worden. Der Säugling hatte am gesamten Körper Hämatome und die Ärzte dieser Klinik konnten sich nicht erklären, wie es zu diesen Verletzungen am Kind kam. Die Mutter konnte keine Angabe zum Entstehungsmechanismus der Verletzungen machen. Anhaltspunkte für einen krankheitsbedingten Auslöser dieser Verletzungen gab es bis dato nicht. Aufgrund dessen äußerten die Ärzte den Verdacht auf Kindesmisshandlung gegenüber der Mutter. Weiterhin wurde das Jugendamt informiert und eine Anzeige bei der Polizei wegen Kindesmisshandlung gegen Unbekannt erstattet.

Daraufhin wurde die TAKS von den Mitarbeitern der Klinik informiert und um Einschätzung und Weiterbetreuung des Falls gebeten.

Wir übernahmen den Fall und ich gab in Auftrag, alle vorhandenen Dokumente (Befunde, Fotos, radiologischen Befunde, Gesprächsprotokolle usw.) uns zu übersenden. Mutter und Kind wurden stationär zu uns verlegt.

Die nun folgenden Angaben basieren auf der Aussage der Mutter (Kindsmutter: KM).

Der Vater (Kindsvater: KV) hat keinen Kontakt zum Kind. Der KV weiß über seine Vaterschaft Bescheid. Die KM hat einen neuen Lebensgefährten (LG), welcher mit im Haushalt lebt. Zu den Großeltern väterlicherseits bestand nie Kontakt.

Zu den Großeltern mütterlicherseits besteht guter und regelmäßiger Kontakt. Durch den Rat der Großmutter mütterlicherseits suchte die KM die Klinik auf. Laut Aussage der KM bemerkte sie morgens während des Wickelns Hämatome am gesamten Körper des Kindes. Daraufhin suchte sie ihre Mutter auf und holte sich Rat. Die Großmutter mütterlicherseits arbeitet in einer Erziehungsberatungsstelle. Als sie das Kind sah, fragte sie ihre Tochter, woher die Hämatome stammen. Diese konnte keine Erklärung dafür abgeben. Daraufhin riet die Mutter ihr, mit dem Kind sofort zum Kinderarzt zu gehen. Wenn sie das nicht tue, würde sie als Großmutter sofort eine Meldung beim Jugendamt wegen des Verdachts auf Kindesmisshandlung machen (Die Großmutter selbst hat Pflegekinder und ist Erzieherin.). So kam es dazu, dass die KM mit dem Säugling in der Klinik vorstellig wurde und bereits einen Tag später in die TAKS verlegt wurde. Zu dem Zeitpunkt, als die KM mit ihrem Säugling in die TAKS verlegt wurde, trennte sich der LG der KM noch am selbigen Tag von ihr. Die KM gab, an keine Geschwister zu haben. Freunde sollen für sie eine wichtige Rolle spielen. Sie hat keine bestimmte Person benannt.

Weiteres Vorgehen: Der Aufenthalt bei uns in der Klinik dauerte eine Woche an. Es wurde eine Abklärung wegen des Verdachts auf Kindesmisshandlung vorgenommen; nebenbefundlich wurde eine Syndaktylie festgestellt (Dabei handelt es sich um eine angeborene Fehlbildung der Körperglieder, bei welcher in diesem Fall einzelne Finger zusammengewachsen sind.).

Die Untersuchungen in der TAKS erfolgten in interdisziplinärer Zusammenarbeit unseres UKJs, der Klinik für Kinderchirurgie, des Instituts für Rechtsmedizin, des Instituts für Kinderradiologie, der Klinik für Augenheilkunde (zur Untersuchung des Augenhintergrunds) und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Gerinnungsdiagnostik). Das Untersuchungsergebnis ergab, dass das Kind keine weiteren Verletzungen, bis auf die bereits erwähnten Hämatome (unterschiedlichen Alters), aufwies.

In den Gesprächen mit der KM durch die Mitarbeiter der TAKS, des Jugendamtes und der Kriminalpolizei machte die KM unterschiedliche Angaben zum Entstehungsmechanismus der Verletzungen. Es gab keine schlüssigen Erklärungen für die Verletzungen am Kind. Die angegebenen Entstehungsmechanismen stimmten nicht mit den am Kind festgestellten Verletzungen überein. Damit erhärtete sich der Verdacht auf Kindesmisshandlung.

Eine Inobhutnahme wurde durch das Jugendamt geplant, da nicht erörtert werden konnte, wer dem Kind die Verletzungen zugefügt hat (Auch die KM konnte nicht ausgeschlossen werden.). Eine Inobhutnahme konnte abgewendet werden. Die KM durfte die Klinik mit dem Kind **nicht** verlassen. Diese Handlungsweise ist nicht unproblematisch, allerdings möglich. Es wurde eine Vereinbarung mit der KM getroffen, dass wir ihr vertrauen, ihr Kind nicht unerlaubterweise aus der Klinik zu entfernen. Zusätzlich wurde sie darauf hingewiesen, dass bei Nichteinhaltung die Polizei und das Jugendamt informiert werden würden. Hierfür wird gut geschultes Schwesternpersonal auf der Station benötigt, welches sich der Verantwortung bewusst ist, sich diese zutraut und im „Notfall“ adäquat reagieren

kann. Meiner Ansicht nach ist eine Inobhutnahme nicht angezeigt, wenn die Klärung des Verdachts auf Kindesmisshandlung im stationären klinischen Bereich noch aussteht. Meine Erfahrung zeigt allerdings, dass es vielerorts anders gehandhabt wird.

An dieser Stelle möchte ich erneut darauf hinweisen, dass es nicht Aufgabe des klinischen Personals ist zu ermitteln, wer der Verursacher der Verletzungen am Kind ist. Dies ist Aufgabe der Justiz.

Nachdem alle medizinischen Untersuchungen zur Abklärung des Verdachts auf Kindesmisshandlung abgeschlossen waren und OP-Termine für das Kind wegen der Behandlung seiner Syndaktylie gefunden wurden, wurde ein Abschlussgespräch anberaumt. Dies fand in Anwesenheit der Mitarbeiter der TAKS und den Mitarbeitern des Jugendamtes statt.

Von Seiten der TAKS wurden der KM und den Mitarbeitern des Jugendamtes die medizinischen Befunde erläutert und deutlich gemacht, dass das Kind vor weiteren Verletzungen geschützt werden muss. Die KM wurde aufgefordert, ihren Lösungsansatz für das weitere Vorgehen zu erläutern. Resultat dieses Zusammentreffens war die Absprache zwischen Jugendamt und KM, dass die KM mit ihrem Kind vorerst zu den Großeltern mütterlicherseits zieht, bis eine Unterbringung in einer Mutter-Kind-Einrichtung möglich ist. Der KM stand ihr Kinderzimmer in der elterlichen Wohnung noch zur Verfügung. Die KM ist im Anschluss daran tatsächlich in eine Mutter-Kind-Einrichtung eingezogen, wie ich heute in Erfahrung bringen konnte. Der KV wurde vom Jugendamt als Ressource abgelehnt.

Nach drei Jahren erfolgte eine Kontaktaufnahme mit der KM meinerseits im Rahmen meiner Promotionsschrift. Zwischenzeitlich war die KM wegen der Behandlung der Syndaktylie ihres Kindes häufiger in der Klinik für Kinderchirurgie, sodass wir noch einige Male ins Gespräch kamen. Dadurch bestand loser Kontakt und wir konnten über die jeweils aktuelle Situation sprechen. Der Verdacht auf Kindesmisshandlung wurde hierbei nicht zum Thema gemacht.

Wie eben gesagt, nahm ich Kontakt mit der KM auf. Das gelang mir telefonisch über die private Handynummer der KM, welche sie bei der ersten Aufnahme in der TAKS angegeben hatte. Sie stimmte einem Treffen und einem Interview zu. Ich erfragte in der Mutter-Kind-Einrichtung, ob ich die KM außerhalb der Besuchszeit dort aufsuchen dürfe. Das wurde mir gestattet. Ich war während der Abendbrotzeit in der Einrichtung, in der mehrere Mütter mit ihren Kindern in einer großen Wohnung leben. Nachdem das Kind von seiner Mutter ins Bett gebracht wurde, führte ich mit der KM ein dreistündiges narratives Interview. Sie erzählte frei. Sie befand sich gerade in einer Verselbstständigungsphase, was bedeutet, dass sie ihre bereits begonnene Ausbildung als Erzieherin fortführt, was sie allerdings zeitweise psychisch über den üblichen Rahmen belastete. Sie erzählte davon, dass es bereits Phasen gab, in welchen überlegt wurde, ob das Kind bei ihr bleiben könne, konnte diese jedoch glücklicherweise überwinden. Im Moment ist geplant, dass sie aus der Gemeinschaftswohnung in eine eigene Wohnung unter dem Dach im selben Haus zieht und dort versucht, ihren Alltag selbst zu strukturieren.

Das polizeiliche Ermittlungsverfahren wegen Kindesmisshandlung läuft weiterhin. Es konnte bisher nicht geklärt werden, wer dem Kind die Verletzungen zum damaligen Zeitpunkt zugefügt hatte. Auch im jetzigen Gespräch mit mir äußerte sich die KM nicht. Ich stellte in diesem Interview hierzu keine Nachfragen. Die Schuldfrage bleibt für die KM

weiterhin das beherrschende Thema. Es ist fraglich, ob nicht durch die am Prozess teilhabenden Institutionen die Schuldfrage (auch auf die KM bezogen) immer wieder aufgegriffen wurde, sodass die KM auf alt bewährte Themen und Verteidigungsstrategien zurückgreift oder ob es sich tatsächlich um eine in ihr brodelnde Thematik handelt.

Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in verschiedenen Arbeitsfeldern

Arbeitsgruppe „ICF-CY – Was ist das und wie kann sie angewendet werden?“

PRIV. DOZ. DR. MED. HEIKE PHILIPPI

Fachärztin für Kinder -und Jugendmedizin und Neuropädiatrie, Ärztliche Leiterin des SPZ Frankfurt/Main-Mitte sowie Leiterin einer bundesweiten interdisziplinären Arbeitsgruppe mehrerer Fachgesellschaften zur ICF-CY-Adaption für den Kinder- und Jugendbereich

Die bundesweite interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zur ICF-CY-Adaption für den Kinder- und Jugendbereich hat ein Schulungsprogramm aufgelegt. Die ersten drei Probeschulungen sollen als viertägige Inhouse-Schulung im November, im Januar und im April mit drei SPZ durchgeführt werden. In der zwei/dreijährigen Vorbereitungszeit habe ich die Stärken und Schwächen des Modells recht gut kennengelernt.

ICF-CY stammt von der WHO und steht für International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, übersetzt für Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Seit 1929 existiert die ICD, die Verschlüsselung sämtlicher Diagnosen. Damit haben Sie alle auch in der Jugendhilfe zu tun, zumindest mit den F-Diagnosen. 1992 wurde diese revidiert. Seit 2004 gibt es die ICD 10 German Vision und die ICD 11 ist im Anrollen.

Man machte sich Gedanken darüber, ob die ICD-Diagnosen ausreichen, wenn wir in die Hilfeplanung gehen und Therapieentscheidungen zu treffen haben, vor dem Hintergrund, wer was braucht und wer welche Bedarfe hat. Genügt dazu wirklich eine F-Diagnose „Autismus-Spektrums-Störung“ oder die Diagnose einer Lähmung, um zu sagen, was derjenige braucht? Der eine humpelt lediglich mit einer Lähmung, ein anderer ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Um die Bedarfe zu erfassen und eine nicht nur medizinische, sondern auch sozial-psychische Befähigung auf den Weg zu bringen und sich darüber zu verständigen, was das Kind wann braucht, ist eine neue Klassifikation nötig, die ICD 10 nicht ersetzt, sondern erweitert. Das heißt, liegt in einem Fall eine Autismus-Spektrums-Störung vor, muss eingehender nach den Bedarfen geschaut werden. Die Kinder- und Jugendpsychiater waren mit ihrem neuen Manual DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tatsächlich innovativ, denn damit kann verdeutlicht werden, dass der Bedarf bei einer Autismus-Spektrums-Störung von der Einschränkung der Teilhabe abhängig ist. Das wird sich auch in der ICD 11 wiederfinden. 1980 wurde die ICIDH, die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) von der WHO als Vorläufer der ICF veröffentlicht.

1997 wurde ein Beta-1-Draft der ICIDH-2, der alle Verbesserungsvorschläge integrierte, für systematische Feldversuche freigegeben. Die Auswertung dieser Feldversuche führte zum Beta-2-Draft, der ebenfalls international in umfangreichen Feldversuchen getestet wurde. Auf der Basis der Ergebnisse aus mehr als 50 Ländern wurde im Jahr 2000 ein

Prefinal-Draft der ICIDH-2 erarbeitet. Der Prefinal-Draft zur ICIDH-2 wurde dann nach weiteren Anpassungen im Mai 2001 als Final Draft der 45. Weltgesundheitsversammlung vorgelegt und als „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) verabschiedet (**Abbildung 1**).

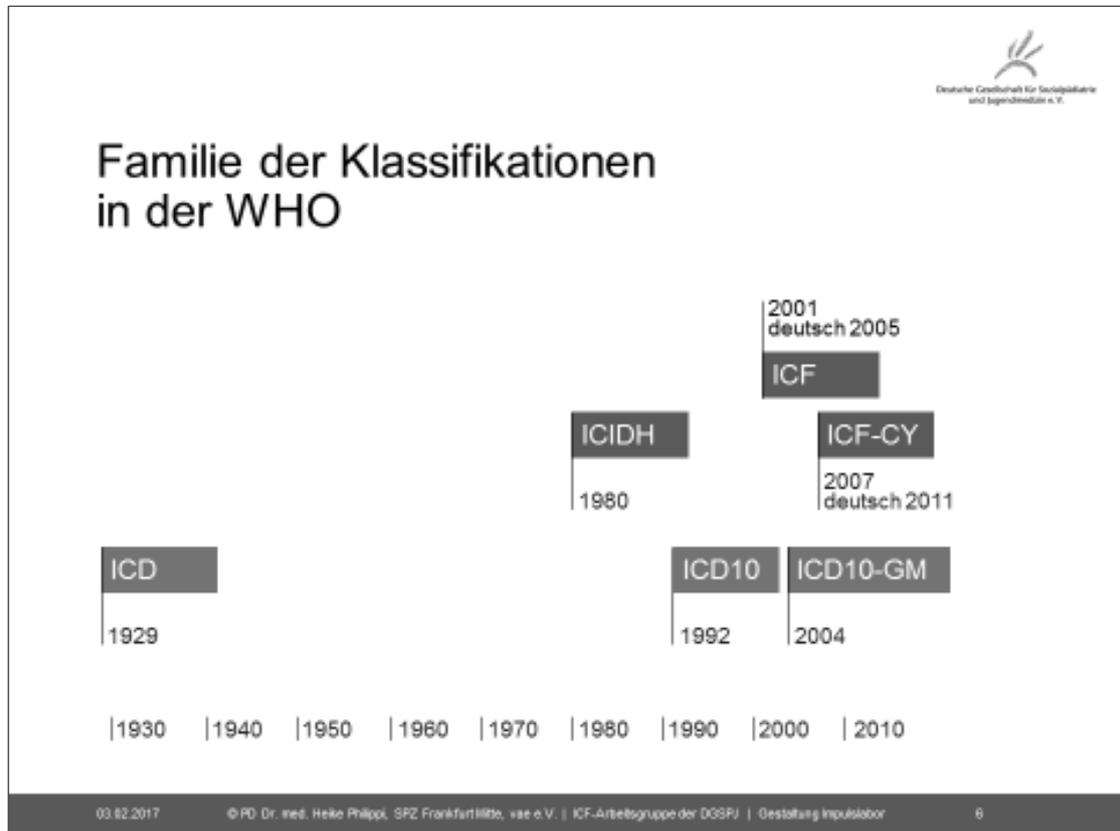


Abbildung 1

Das ist nun 15 Jahre her und trotzdem wird in den Sozialpädiatrischen Zentren noch nicht umfassend damit gearbeitet, zumindest nicht mit allen Facetten, die sie bietet. In der Jugend- und Sozialhilfe hat sie noch weniger Eingang gefunden. 2007 kam endlich der Gedanke auf, dass man diese Klassifikation auch für Kinder braucht. Man kann natürlich der Praxis in Deutschland zugutehalten, dass die deutsche Übersetzung erst 2011 zur Verfügung stand.

Hinter der ICF steht das biopsychologische Modell (**Abbildung 2**).

ICF bio-psycho-soziales Modell ICF

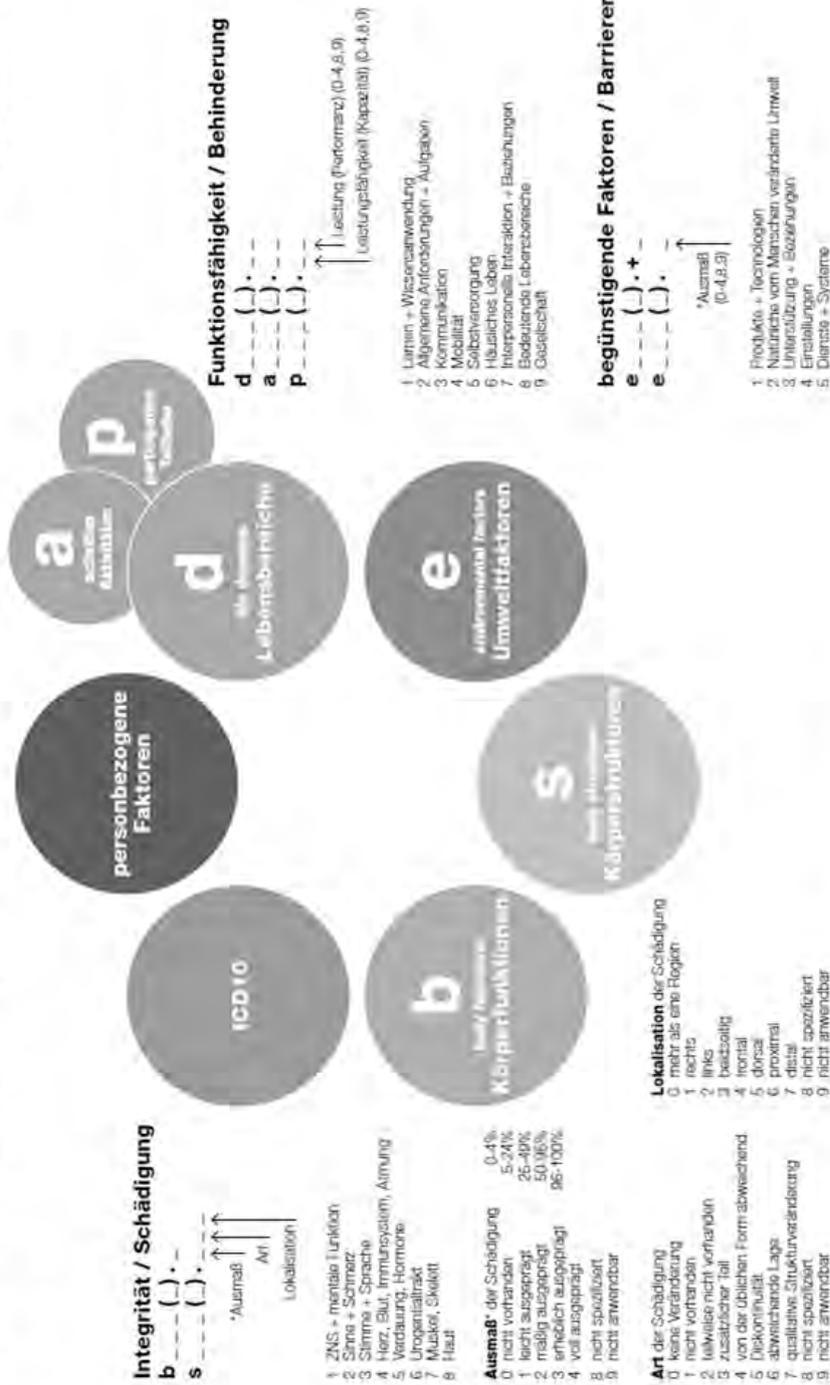


Abbildung 2

Ein vorliegendes Gesundheitsproblem hat Auswirkungen auf seine **Körperfunktionen**, seine **Struktur**, auf die **Teilhabe** und **Aktivität**. Beispielsweise hatte jemand einen Hirninfarkt und kann deshalb seinen rechten Arm nicht bewegen (Körperfunktion). Kann er den rechten Arm nicht bewegen, hat er mit dem Öffnen der Zahnpastatube (Aktivität) Probleme und das eigenständige Zähneputzen zählt zur Teilhabe.

Die Probleme hängen außerdem von den **Umweltfaktoren** ab. War jemand beispielsweise schon in mehreren Krankenhäusern und die Mutter erzählt, dass ihr Junge schon so viel mitgemacht hätte und sie ihm ersparen möchte, dass er zum Zähneputzen so lange Zeit braucht, und ihm daher die Zähne putzen will, liegt es an uns zu sagen, dass das kontraproduktiv ist und so nicht geht, oder wir lassen es in diesen Bezügen dabei bewenden, weil andere Dinge gut laufen. Das liegt aber auch an der **Person**, d. h., es hängt davon ab, ob das betroffene Kind sagt, es möchte gern von der Mutter beim Zähneputzen und anderen Dingen unterstützt werden, oder ob es signalisiert, alles lieber selbst machen zu wollen, auch wenn es nicht so gut gelingt.

Hinter den Überschriften steckt eine Philosophie. Das heißt, dass es bei einem Gesundheitsproblem eines Kindes günstig sein könnte, dass alle Akteure stets überlegen, auf welcher Ebene sie gerade diskutieren und wie die einzelnen Faktoren in Beziehung stehen. Wenn ein Physiotherapeut beispielsweise mit dem Kind ein intensives Hand-Trainingsprogramm absolvieren möchte, in der Umwelt aber gerade wichtige begünstigende Faktoren auseinanderbrechen, sodass man nicht richtig weiß, wer mit dem Kind die Übungen durchführen soll, kann man das hier gut einordnen, denn wir haben es ohnehin eher mit komplexeren Fällen zu tun. Wenn man die richtigen Stichworte hätte, kann man dann am Runden Tisch alle Perspektiven zusammenziehen. Damit wird z. B. erreicht, dass sich die Physiotherapeutin nicht herabgewürdigt fühlt mit ihrem tollen, intensiven Hand-Trainingsprogramm, das sie eigentlich für die nächsten Ferien vorgesehen hat, weil sie auch sieht, dass die Pädagogin oder ein anderer Akteur auf andere Aspekte hinweist, die es zu beachten gilt. Alle gemeinsam beraten somit, wie sie mit der Situation vernünftig umgehen. Mitunter stellt sich heraus, dass das Kind schon sehr viele Hilfen bekommt und damit die Entwicklung der Autonomie verhindert wird.

Wenn Sie sich dieses Modell immer wieder vor Augen halten und darüber sprechen und die Befunde hinzuziehen, kann es bei Hilfeplangesprächen wirklich hilfreich sein, selbst wenn man nicht die einzelnen Codes hinzuzieht. Mit diesem Modell haben wir vor zehn Jahren in unserem SPZ angefangen. Die Übersicht wurde auf den Tisch gelegt und bei Besprechungen wurde sie häufig zurate gezogen, um zu sehen, an welcher Stelle wir gerade stehen und welche Informationen aus welchen Bereichen wir bereits eingesammelt haben. So könnte man anfangen, wenn man wollte.

Umsetzung

In der Übersicht (**siehe Abbildung 2**) sind nur die Überschriften der ICF-Codierungen enthalten, die jeweils dahinter liegen. Die ICF der WHO erscheint zunächst als ein sperriges Konstrukt und viele fragen danach, ob man davon in der Umsetzung abweichen kann. Meiner Ansicht nach kann die Umsetzung variieren, wenn es sich als hilfreich erweist. Anhand des Modells soll die Vorgehensweise erläutert werden.

Wir starten unten mit der ICD 10-Diagnose, da eine Person nur mit einer ICD 10-Diagnose oder zumindest mit einem Verdacht darauf in das SPZ kommt. Es gibt Überschriften und Unterüberschriften und insgesamt an die 1.500 Codes. Aber man sollte bitte nicht die ganze Person codieren, nur das, was man braucht, sowohl den positiven Aspekt als auch den negativen Aspekt. Man kann verbal ausdrücken, dass jemand nicht spricht, aber immer vornweg, mutig und fröhlich ist. Man braucht nicht nur die Aussage, dass das Kind mit drei Jahren nur zehn Worte spricht, sondern auch andere Eigenschaften und Fähigkeiten. Jeden Code kann man positiv oder negativ belegen, jedoch nur, wenn es eine Rolle spielt.

Die Struktur und Körperfunktion haben die gleichen Hauptüberschriften. Das bemerkt man allerdings nur anhand der Übersicht, nicht beim Blättern im Buch. Teilhabe und Aktivitäten haben ebenfalls die gleichen Codes. Die Umweltfaktoren haben ihre Überschriften und Codes und die Person selbst hat keine Codierung. Aus ethischen Gründen wird eine Codierung für eine Person abgelehnt, obwohl sie natürlich mit ihren Eigenschaften und Wünschen wichtig ist.

Die Sprache soll so sein, dass alle Beteiligten, auch die Eltern und soweit möglich auch die Kinder, sie verstehen. Die WHO arbeitet an Apps für Jugendliche, mit der die Jugendlichen einfach visuell animiert ihre Teilhabepreferenzen und -themen auswählen und darstellen können. Damit können sie irgendwann zum Arzt gehen und sagen: Das sind meine Teilhabeziele (Fun, Function, Family, Fitness usw.). Das sind die wichtigsten Apps, die die Kinder und Jugendlichen interessieren, nicht unsere Codes. Aber die WHO hat auch verstanden: Wenn der Arzt, der Helfer oder wer auch immer etwas mit dem Jugendlichen tut und dieser soll bei einer Übung mitmachen oder einen Assistenten in der Schule dabei haben, dann passiert das nur, weil sich nachher die Teilhabe für den Jugendlichen in Bezug auf seine Themen verbessert. Die WHO liegt damit schon wieder weit vorn und in einem Forschungszentrum wird das auch gelebt, aber in der breiten Basis ist es noch nicht angekommen.

Ich kann bei Struktur und Körperfunktion sowohl den positiven Aspekt (integer) als auch den negativen Aspekt (geschädigt) codieren. Ich kann bei Teilhabe und Aktivität „Funktionsfähigkeit oder Behinderung“ codieren. Im Bereich der Umweltfaktoren kann ich begünstigende Faktoren oder Barrieren festhalten.

Für **Struktur und Körperfunktion** wurden acht Überschriften benannt, die hier lediglich als Schlagworte genannt werden sollen – im Buch sind sie ausführlicher formuliert:

1. Zentrales Nervensystem und mentale Funktion,
2. Sinn und Schmerz,
3. Stimme und Sprache,
4. Herz, Blut, Immunsystem, Atmung,
5. Verdauung, Hormone,
6. Urogenitaltrakt,
7. Muskel, Skelett,
8. Haut.

Wir in den SPZ sind in erster Linie mit dem ersten und dem siebenten Bereich befasst. Der Code kann sich vierstellig zusammensetzen und außerdem noch drei Qualifier aufweisen, wenn man das alles will. Unter der Hauptüberschrift „ZNS + mentale Funktion“ verbergen sich auch Temperamenteigenschaften, das heißt, ob jemand schüchtern, verhältnismäßig expansiv usw. ist. Hiermit kann ich schon Personenattribute benennen, wenn das Kind und die Eltern einverstanden sind. Diese werden im Fließtext formuliert. Das Kind/der Jugendliche soll, soweit es geht, mitwirken und selbst benennen, welche Faktoren wichtig sind. Für **Teilhabe und Aktivität**, um die es vor allem geht, gibt es neun Hauptüberschriften:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. Allgemeine Anforderungen und Aufgaben,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. Häusliches Leben,
7. Interpersonelle Interaktion und Beziehungen,
8. Bedeutende Lebensbereiche,
9. Gesellschaft.

Unter der Überschrift könnte man auch Einstellungen von Bezugspersonen festhalten, so sie denn einverstanden sind. Damit ist keine Attribuierung gemeint. Das ist das Problem des Wordings. Wir müssen schwierige Dinge benennen können, sonst kommen wir nicht weiter. Darum müssen wir darauf hinwirken, eine gemeinsame Sprache zu finden, die alle Beteiligten verstehen.

Die **Umweltfaktoren** haben lediglich fünf Überschriften:

1. Produkte und Technologien,
2. Natürliche vom Menschen veränderte Umwelt,
3. Unterstützung und Beziehungen,
4. Einstellungen,
5. Dienste und Systeme.

Der ersten Überschrift werden u. a. Medikamente, Hilfsmittel und Kommunikationsmittel zugeordnet.

Die einzelnen Domänen haben – vom Englischen abgeleitet – Kurzbuchstaben. Das ist eine Möglichkeit, einfacher damit zu arbeiten. Körperfunktion bekommt auch in den Codes den Buchstaben b für „bodyfunctions“. Ein Strukturcode beginnt mit dem Buchstaben s (structures). Teilhabe hat den Buchstaben p für participation, die Codes für Aktivität beginnen mit einem a (activities).

Warum stehen Aktivität und Teilhabe zusammen? Körperfunktion heißt, die Muskeln können sich beugen, drehen usw. Wenn das Kind das kann, kann es beispielsweise krabbeln. Das ist die Aktivität. Wenn das Kind in einer spezifischen Familiensituation zu seinen Eltern krabbelt, bedeutet das Teilhabe. Das klingt zunächst sehr einfach, es kann aber mitunter sehr kompliziert sein, genau festzulegen, ab wann etwas noch als Aktivität gilt und ab wann als Teilhabe. Wenn man die Auseinandersetzung darüber vermeiden will, nimmt man einfach ein d (life comain) für die Codierung und meint damit Aktivität und Teilhabe.

Wenn ich bei einem Kind, das geistig behindert ist, einen Struktur- oder Körperfunktionscode nehmen möchte, beginnt dieser mit einem s bzw. b, die erste Zahl hinter dem s/b wäre die 1 (ZNS + mentale Funktion). Dann kann ich wie bei jeder Klassifikation weiter gehen und spezifizieren, zum Beispiel zur Aufmerksamkeitsfunktion, zur speziellen Aufmerksamkeit und so weiter bis zur vierten Stelle.

Die WHO sieht vor, dass man dahinter noch drei Qualifier setzen kann. Zum Beispiel wird damit festgestellt, ob eine Lähmung des Armes nicht vorhanden, leicht ausgeprägt, mäßig, erheblich oder voll ausgeprägt, nicht spezifiziert oder nicht anwendbar ist. Außerdem könnte man die Art festhalten: keine Veränderung erkennbar, ist sie nicht vorhanden, teilweise nicht vorhanden, zusätzlicher Teil, abweichend, Diskontinuität, abweichende Lage, Strukturveränderung, nicht spezifiziert oder nicht anwendbar. Außerdem ist es möglich, eine Lokalisation zu vermerken: mehr als eine Region, rechts, links, beidseitig, frontal, dorsal, proximal, distal, nicht spezifiziert oder nicht anwendbar.

Mit dem Bereich b geht es weiter. Die erste Zahl ist wieder die Hauptüberschrift, die zweite Zahl die Unterüberschrift usw. Die Qualifier beziehen sich auf die Leistung bzw. Leistungsfähigkeit, wobei die Logik wieder von 0 bis 4 sowie 8 und 9 wie Bereich a (nicht vorhanden, leicht ausgeprägt, mäßig, erheblich oder voll ausgeprägt, nicht spezifiziert oder nicht anwendbar) unterscheidet. Nehmen wir an, jemand möchte sich sein Brötchen selbst schneiden und schmieren. Es kann sein, dass er das unter guten Bedingungen kann. Das wäre die Leistungsfähigkeit/Kapazität. Er kann es eigentlich, aber er tut es in seinem Alltag nicht. Das wäre die Leistung/Perfomanz. Das wird ebenfalls notiert. Damit hat man die Idee für die dritte Stelle, das heißt ob derjenige das „ohne Hilfsmittel“ oder „mit Hilfsmittel“ kann oder nicht. Auch hier kann man es, so man es will, sehr weit treiben, das ist aber aus meiner Sicht in der alltäglichen Praxis eher hinderlich.

Bei den Umweltfaktoren steht an erster Stelle das „e“, gefolgt von der entsprechenden Zahlenlogik. Dahinter gibt es für die Qualifier ein „Plus“ für einen begünstigenden Faktor mit den Werten für das Ausmaß von 0 bis 4 und 8/9 und ein „Minus“ für Barrieren. Das halte ich für sehr kritisch. Geht es um Barrierefreiheit in der Schule, kann man dem Träger oder der Schule zeigen, dass es einen Hinderungsfaktor gibt. Wenn es aber um Beziehungen geht und darum, wie unterstützend bestimmte Menschen sind, und ich als Vater oder Mutter bekomme kein „Plus“, wäre ich sehr frustriert. Insofern halte ich das im Hinblick auf Studienzwecke für gut. Man schreibt lediglich intern hinter die Mutter ein „Minus“, ohne dass das irgendwo auftaucht. Das wäre für einen Kinderschutzfall vielleicht wichtig. Ich plädiere jedoch lieber für Transparenz und würde so eine Wertung gar nicht vornehmen.

Die Erfassung und Codierung der sozialen Faktoren sind ebenfalls in der ICF enthalten, denn in den Umweltfaktoren sind auch die Menschen einbezogen – siehe Punkt 3 – Unterstützung und Beziehungen sowie 4 – Einstellungen.

Wenn wir dieses schöne, hilfreiche Modell nutzen wollen, kann man Qualifier sehr gut für Studienzwecke verwenden, aber für den Alltag ist das unnötig, zumal zum Beispiel, wie stark oder wie weit etwas ausgeprägt ist, nur pseudogenau bestimmt werden kann. Für die Gewährung von Leistungen haben wir in der Medizin bessere Tests. Das bietet die ICF nicht.

Wir würden zum Beispiel den Punkt „Unterstützung durch Autoritätspersonen“ durch die Verwendung von Freitext bewerten.

Ich zeige Ihnen nun ein einfach zu bedienendes E-Tool, mit dem Sie einfach Codes und damit Schlagworte aus einem dreistelligen Zahlencode basierend auf der Checklisten der DGSPJ auswählen und mit Freitext verbinden können. Die Namen sind frei erfunden. Ich kann jetzt hier bestimmte Patienten anlegen. Für einen Runden Tisch kann ich einen internen Teambericht erstellen. Das ist für uns als SPZ optimiert. Das E-Tool ist so angelegt, dass Sie die Überschriften durch wenig Programmieraufwand ändern können, wenn Sie das in Ihrer Stelle verwenden wollen und das Produkt Ende des Jahres fertiggestellt ist. Wir bereiten für das Kind „Testinchen“ einen Runden Tisch vor und nehmen uns den Bericht vor. Wir haben dafür drei Hauptüberschriften 1. Themen/Anliegen – Ziele, 2. Wichtige Informationen, 3. Handlungsplan, weil wir genau diese brauchen. Sie selbst in der Jugendhilfe können andere Überschriften wählen und entsprechend programmieren. Wir führen eine Themen- und Anliegenammlung durch und kommen vielleicht zu Zielen. Wir fangen jeweils mit den Themen an, indem wir sammeln, was die einzelnen Beteiligten für Themen benennen. Zum Beispiel nennt die Mutter die Schule, die Physiotherapie ein anderes Thema, die Jugendhilfe wieder ein anderes. Das Ziel bleibt zunächst offen.

Nehmen wir zum Beispiel das Thema „Erzieher“. Diesen Begriff kann ich suchen und das System zeigt mir an, wo überall dieses Thema vorkommt, auch mit verschiedenen Farben. Es kommt zum Beispiel als ein Teilhabethema in „Erziehung und Bildung“ vor. Wir wollten aber die „e.330“ ansehen. Das wähle ich aus, finde den Text und könnte kurz davor oder dahinter noch etwas schreiben. Wir bewegen uns immer noch auf der Ebene der Themensammlung. Die Informationen, die zur Unterstützung von Erzieherinnen wichtig sind, sammle ich unten in dem Feld, nämlich zu 3. Hier kann man in Stichpunkten notieren, was die Beteiligten im Hinblick auf das Kind für wichtig halten. Es soll kein mehrseitiger Bericht ersetzt werden, sondern nur schlagwortartig die wichtigsten Themen diskutiert und zusammengetragen werden. Sind die Themen und Anliegen und vielleicht auch die Ziele gefunden, muss man sich darüber verständigen, wer was zu tun hat. Das kann ebenfalls hineingeschrieben werden. Will man an der Stelle noch einen Code verwenden, um zu sagen, dass das Essen in der Kita eine Rolle spielt, sucht man den Begriff „Essen“ und findet wiederum alles darüber. Das ist sehr komfortabel.

Wir führen eine Diagnostik durch und müssen über alle Daten, die erhoben worden sind, nachdenken. Dafür brauchen wir etwas, was alle Dimensionen abbildet und als Organisations- und Kommunikationshilfe sowie als Basis für einen Handlungsplan dient. Die ICF

stellt die Tischplatte dar (**Abbildung 3**), an der wir mit allen Beteiligten, mit den Eltern und dem Kind selbst, ggf. mit dem Mitarbeiter des Jugendamtes oder der Frühförderung, dem Lehrer, eventuell mit Großeltern, Freunden usw. sitzen. Vorher muss geklärt werden, wer sinnvollerweise mitwirken soll.



Abbildung 3

Zuletzt kann man das Ganze grafisch darstellen, ausdrucken und jedem am Ende des Runden Tisches in die Hand geben. Somit wird es für jeden verständlich, der daran mitgewirkt hat. Man könnte es aber auch benutzen, wenn das neue Teilhabegesetz in Kraft treten wird und die Hilfen nach Teilhabe bemessen werden. Die Überschriften könnten dann über das E-Tool sehr schnell geändert werden und die Codes für „Essen“, „Kommunizieren mit der Mutter“, „Kommunizieren mit Fremden“ auswählen und hätte somit eine gemeinsame Sprache.

Wir wollen das auch optisch in „bubbles“ darstellen, denn bei den Ärzten gibt es eine Tendenz, dass alles eher blau und gelb ist und in der Jugendhilfe ist vielleicht alles eher grün. Man kann jeder Profession verdeutlichen, welche Bedeutung ein Code/ein Thema aus welcher Fachlichkeit hat und ob man zu viel oder zu wenig dargestellt hat.

Es darf nicht passieren, dass wir nur aus finanziellen Gründen für die Kassen eine möglichst hohe Anzahl von Codes vergeben. Daher bieten wir mit der ICF-CY eine ganz andere Herangehensweise als über die ICD 10 an. Die ICF ist zunächst für uns ein Kommunikationsmittel für alle Beteiligten. Das soll es auch bleiben. Um die Teilhabebeeinträchtigung oder die drohende seelische Behinderung bei Kindern mit LRS oder Dyskalkulie festzustellen, kann das Modell hilfreich sein. Steht bei einem Kind die drohende seelische

Behinderung im Raum, kann diese auch mit Umweltfaktoren im Zusammenhang stehen. ICD würde nur die Diagnose der drohenden seelischen Behinderung erfassen. Außerdem gibt es Subtypen von LHS, die alle unter dem ICD 10-Code für LHS zusammengefasst sind. Der eine kann nicht gut lesen, ein anderer hat Probleme beim Schreiben, bei einem anderen liegt eine beginnende ADHS als Komorbidität vor usw. Man muss einfach unterscheiden, welche Faktoren bestimmte Beeinträchtigungen oder Behinderungen begünstigen oder hervorrufen. Dazu gibt es konkrete Leitlinien, um eine Vereinfachung bestimmter Symptome zu vermeiden. Mit der ICF-CY kann man herausfinden, bei welchen Aktivitäten in der Schule ein Kind etwas schafft und was es für Umweltfaktoren braucht, um die Beeinträchtigung zu minimieren. Aber der Missbrauch von denen, die es schnell und easy haben wollen, steht vor der Tür und denen muss man eine klare Absage erteilen, sowohl in der Medizin und im Gesundheitswesen als auch in der Jugendhilfe. Mit einer schnellen codierten Diagnose kann man nicht quantifizieren, wie viel Hilfe jemand tatsächlich braucht. Die ICF ersetzt nicht das Denken! Sie hilft dahingehend, komplexe einwirkende Faktoren, die wir alle im Blick haben, zu sortieren, zu sichten und in eine Argumentation zu bringen, damit das Kind oder der Jugendliche die passgenaue Hilfe bekommt.

Arbeitsgruppen zur Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen in verschiedenen Arbeitsfeldern

Arbeitsgruppe „Kooperative Zusammenarbeit bei Suchtproblematiken“¹

KATHRIN ELSNER

Leiterin der Fachambulanz für Alkohol- und Drogenkranke in Vorpommern,
Kordinatorin des Netzwerks „Kind - Familie - Sucht“ in Greifswald

ALEXANDER GROPPNER

Fachreferent für Suchthilfe, Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen
Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin

Gerade Suchtprobleme stellen Familien oftmals vor massive Herausforderungen. Leben minderjährige Kinder in diesen Familien, wird schnell der Ruf nach „Konsequenzen“ laut. Wie sollte eine Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt, den Jugendhilfeträgern und den Anbietern von Suchthilfe aussehen? Wir bewegen uns schnell in einem Spannungsfeld zwischen einer Absicherung des Kindeswohls und dem Wunsch, abhängige Menschen nicht zu stigmatisieren und Abstinenzmotivation zu stärken. Und was ist, wenn das Kind selbst abhängig ist? Eine gemeindepsychiatrische Perspektive scheint nötig zu sein, aber wie kann man diese aufbauen und weiterentwickeln?

Was ist Abhängigkeit?

ALEXANDER GROPPNER: Um Abhängigkeit zu definieren, gibt es nach ICD 10 einige Kriterien, wobei das Suchtmittel selbst keine Rolle spielt:

- Suchtdruck, Craving,
- Kontrollverlust (das ist weniger der Verlust der Kontrolle über sich, sondern der Kontrolle darüber, wie viel man konsumiert),
- Entzugssyndrom (wenn die Substanz nicht weiterhin zugeführt wird, das mitunter mit schweren körperlichen Symptomen verbunden ist),
- Toleranzentwicklung, d. h., man muss immer mehr von dem Wirkstoff konsumieren, um die gleiche Wirkung zu erzielen,
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen,
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises schädlicher Folgen, d. h. beim Arztbesuch wurde auf bereits vorliegende Folgen hingewiesen, trotzdem wird weiter konsumiert.

Mindestens drei Kriterien gleichzeitig über vier Wochen oder wiederholt in den letzten 12 Monaten ist das harte Kriterium, um eindeutig festzustellen, dass es sich um eine Sucht/eine Abhängigkeit handelt.

¹ Nach einem kurzen theoretischen Input wurden praktische Probleme zum Umgang mit diesem Problem diskutiert. Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um die redigierte Abschrift des frei gesprochenen Input-Vortrags.

Kinder in suchtbelasteten Familien

Bei suchtbelasteten Familien ist eine enge Zusammenarbeit zwischen einzelnen Professionen sinnvoll. Dabei geht es um den Betroffenen mit seiner Erkrankung, aber auch um den Betroffenen in der Rolle als Elternteil und Partner. Erfahrungsgemäß ist die Ausgestaltung der Rollen durch die Suchterkrankung beeinträchtigt.

Auch eine mögliche Kindeswohlgefährdung ist mit im Fokus zu behalten. Zu dieser kann es nicht nur durch eine Intoxikation mit einem Suchtmittel kommen. Es gibt auch Symptombereiche, die durchaus zu Situationen führen, in denen eine akute Kindeswohlgefährdung auftreten kann, die vielleicht nicht unmittelbar mit dem betrunkenen Zustand eines Elternteils zu tun hat, aber mit der Suchterkrankung zusammenhängt.

KATRIN ELSNER: Zu uns kommen immer wieder Patienten, die sich nicht als abhängig einschätzen, da sie es geschafft haben, eine Weile ohne ihr Suchtmittel auszukommen. Wenn Patienten zu mir kommen, geht es nicht darum, sofort eine entsprechende Diagnose zu stellen. Vielmehr einigen wir uns gemeinsam zunächst auf einen Begriff, der den Grund für sein Erscheinen in der Beratungsstelle umschreibt, wie zum Beispiel „Alkoholproblematik“. Das ist für viele Patienten deutlich niedrigschwelliger, gerade wenn sie vielleicht nicht von sich aus gekommen sind, sondern von jemandem zu mir geschickt wurden. Danach wird analysiert, wo der Patient steht, das heißt: Hat er/sie sich schon einmal mit dem Problem auseinandergesetzt? Gibt es eine gewisse Veränderungsmotivation? Diese kann sich auch darin äußern, dass der/diejenige beabsichtigt, weniger zu konsumieren. Ich frage den Patienten zunächst, ob er sich eine Veränderung vorstellen kann und wenn ja, welche. Das bietet eine wesentlich erfolgreichere Arbeitsbasis.

Uns geht es an dieser Stelle nicht allein um Kindeswohlgefährdung, sondern auch darum, wie eine Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen im Bereich der Suchtproblematik aussehen kann. Hilfreich ist es, wenn nicht erst zusammengearbeitet wird, sobald von einer möglichen Kindeswohlgefährdung ausgegangen wird. Von der Suchtproblematik ist immer die gesamte Familie betroffen. Eine Mutter kam zum Beispiel über einen langen Zeitraum zu uns. Sie wollte unbedingt, dass ihr Mann aufhört zu trinken. Das hat er auch geschafft. Später kam sie wieder zu uns und meinte, ihr wäre es lieber, ihr Mann würde wieder trinken. Das ist von außen betrachtet nicht nachzuvollziehen. Aber es wird anhand dieses Beispiels deutlich, wie sich das gesamte familiäre System verändert. Plötzlich mischte sich der Mann in die Erziehung der Kinder ein und hatte eigene Bedürfnisse, was man vorher über einen langen Zeitraum von ihm nicht kannte. Er war lange Zeit stationär untergebracht und hatte sich weiterentwickelt. Früher erhielt die Frau viele positive Rückmeldungen und Bestätigung von außen, weil sie alles so gut allein schafft, das heißt, sie hatte in gewisser Weise auch einen Krankheitsgewinn. Plötzlich hat sich alles verschoben. Solche Fälle zeigen, dass mit der ganzen Familie gearbeitet werden muss, auch mit den Kindern.

Ausgangslage:

In Deutschland leben 2,65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist² und ca. 40.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil. Das bedeutet, es geht nicht um eine kleine Randgruppe!

Lebenserfahrungen und Rollen der Kinder

Typische Lebenserfahrungen von Kindern alkoholkranker Eltern sind:

- sie sind in der Schule in Gedanken zu Hause,
- sie fühlen sich isoliert,
- sie machen sich Sorgen um das konsumierende Elternteil,
- sie nehmen die Eltern sehr wechselhaft wahr.

Kinder berichten darüber, dass sie nach der Schule sofort nach Hause gegangen sind, um nach der Mutter zu schauen. Seit die Mutter in der Therapie ist, können sie öfter nach der Schule auch zu Freunden gehen. Sie hatten sich früher ständig Sorgen gemacht. Viele dieser Kinder besuchen keine Kindergeburtstage ihrer Klassenkameraden. Das kann verschiedene Ursachen haben, einerseits aus finanziellen Gründen, weil kein Geld für ein Geschenk vorhanden ist, andererseits möchten sie keine Gegeneinladungen aussprechen, weil sie nicht wissen, in welcher Verfassung die Mutter/der Vater an dem Tag sein wird. Daher gehen sie lieber nicht zu anderen Geburtstagen.

Häufig werden die Sorgen, die sich die Kinder machen, nicht angesprochen. In einem Fall kam ein junger Mann, Anfang 20, wegen der Führerscheinproblematik zu mir in die Fachambulanz. Er berichtete, dass er das erste Mal zu seiner Jugendweihe konsumiert hätte. Seine Eltern wären zu betrunken gewesen, um zu seiner Jugendweihefeier mitzukommen, und abends hätte ihm jemand einen Joint angeboten. Als er das ausgesprochen hatte, bekam er einen Schreck und bemerkte, dass er das niemals zuvor jemandem erzählt hätte. Weder Lehrer noch Schulsozialarbeiter, nicht einmal sein bester Freund hätten das gewusst. Bei dem Gespräch mit dem jungen Mann wurde deutlich, wie viele Ängste die Heranwachsenden haben, was passieren könnte, wenn es zutage treten würde.

Kinder haben Angst vor Konsequenzen, dass sie möglicherweise aus der Familie herausgeholt werden, denn Kindern wird das häufig so gesagt: „Wenn du das jemandem erzählst, kommst du ins Heim!“ Manche Eltern sagen ihrem Kind: „Wenn du ins Heim musst, weiß ich nicht mehr, wofür ich lebe! Dann bring ich mich um!“ So etwas hört man nicht selten.

² Lachner & Wittchen, 1997; Klein, 2005

Die Kinder suchtkranker Eltern nehmen unterschiedliche **Rollen** ein, die sich mitunter vermischen:

- Das verantwortungsvolle Kind
(„wenn wir dich nicht hätten“, erhält positive Aufmerksamkeit),
- Das rebellische Kind
(„Wenn wir dich nicht hätten, ginge es uns besser...“),
- Das verlorene Kind
(„wenn wir den nicht hätten?!“, Einzelgänger, der Familie keine Last),
- Das Familienkasper-Kind
(„wir haben ja sonst nix zu lachen“, oft unreif, zwanghaft komisch, Hyperaktivität, Lernstörungen sind sichtbare Zeichen),
- Das harmonische Kind
(„wenigstens du hast mich lieb“, will um jeden Preis Familienfrieden, hat später häufig Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und durchzusetzen),
- Das über-erwachsene Kind
(„weißt du denn keinen Rat?, manchmal hin zu Partnerersatz),
- Das distanzierte Kind
(„mir geht´s doch gut.“, Wunsch, durch niemanden verletzbar zu sein),
- Das unverletzte Kind
(sie wachsen trotz widriger Umstände „normal“ auf, verleugnen nicht, geben zu, empfinden Verletzungen nicht als eigene Schwäche).

Besonderheiten bei Kindern drogenabhängiger Eltern

Die Schäden sind häufig gravierender als bei einer Alkoholproblematik. Die Gründe liegen darin, dass häufiger beide Elternteile betroffen sind und dadurch die Kompensation schwieriger ist, zusätzlich kommt es häufiger zu Trennungen, daraus resultiert das Aufwachsen bei einem Elternteil. Außerdem erleben Kinder im Zusammenhang mit Beschaffungskriminalität mehr traumatische Situationen.

Die Kinder sind oft in früheren Lebensjahren den Folgen der Abhängigkeit ausgesetzt. Drogenabhängige Eltern sind noch wechselhafter als alkoholranke Eltern. Alkoholranke konsumieren meist gleichbleibend, während das bei Drogenabhängigen wechselt, je nachdem, wie viel Geld gerade vorhanden ist und welche Drogen die Eltern konsumieren.

Die Kinder erleben häufig stärkere Isolation und Ächtung. Sie leiden stärker unter sozialer Marginalisierung der Familie, z. B. in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen. Es besteht eine höhere Gefahr der Komorbidität.

Entwicklungswege von Kindern suchtkranker Eltern

Etwa ein Drittel entwickelt gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter, die zu Chronifizierungen neigen.

Etwa ein Drittel entwickelt leichte bis mittelschwere Probleme, die die Funktionsfähigkeit nur leicht bis mittelschwer beeinträchtigen und oft nur vorübergehender Natur sind.

Etwa ein Drittel entwickelt keine relevanten Probleme oder bleibt psychisch vollkommen gesund bzw. stabil.

Es lassen sich jedoch keine monokausalen Modelle feststellen.

Suchtkranke Eltern und Kindeswohlgefährdung

ALEXANDER GROPPNER: Nachdem wir von so vielen Problembereichen in suchtblasteten Familien berichtet haben, könnte man sagen: „Wie können Kinder in einer solchen Familie leben? Das geht überhaupt nicht! Die Eltern sind mit anderen Dingen beschäftigt als mit ihren Kindern, die Kinder nehmen Rollen an, die ihnen nicht guttun.“ usw.

Allerdings muss man klar sagen, dass keine Gefährdung des Kindeswohles vorliegt, wenn es der Abhängige schafft, stabil abstinent zu werden. Zumindest keine Gefährdungswahrscheinlichkeit, die größer ist, als in anderen Teilen der Bevölkerung. Jeder Abhängige hat die Chance, dies zu schaffen, wenn er eine Motivation findet, selber diesen Weg zu gehen.

Wenn die Diagnose gestellt ist, hat derjenige die Möglichkeit, die gut ausgebauten Suchthilfesysteme in Deutschland zu nutzen. Wenn Kinder mit im Spiel sind, ist die Nutzung all dieser Systeme sicherlich erschwert. Trotzdem kann man viel verändern.

Eine weitere oft nicht thematisierte Problematik liegt in den Auswirkungen einer erfolgreichen Therapie. Oft kommt der Abhängige nicht nur abstinent, sondern auch deutlich verändert in die Familie zurück. Es wurde eine Psychotherapie absolviert. Die Patienten haben völlig neue Erfahrungen gesammelt. Dadurch kommt ein veränderte Mutter bzw. ein veränderter Vater zurück. Das stellt eine Herausforderung dar, die die Familie zu bewältigen hat. Die Erwartung „Abstinenz heißt: Alles ist gut!“ erfüllt sich nicht sofort. Letztlich kann sich die Familie aber neu finden. Man sollte dieses Problem mit im Blick haben und auch in der Zeit nach einer erfolgreichen Entwöhnungstherapie die Familie weiter unterstützen.

Die Veränderung des Vaters/der Mutter wirkt sich auch auf die Kinder aus, die nun in ganz andere Rollen geraten, weil sich die gesamte Familienkonstellation gewandelt hat.

KATHRIN ELSNER: Ein Beispiel dafür ist ein 14-jähriges Mädchen, das aufgefallen war, weil sie ohne Licht mit dem Fahrrad unterwegs war. Die Polizei kontrollierte die Taschen, weil sie keinen Ausweis und kein Geld dabei hatte. Dabei fanden sie „Gras“. Das Mädchen bekam die Auflage, fünfmal die Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Beim ersten Besuch fing sie sofort an zu weinen. Sie sagte: „Mein Papa trinkt nicht mehr und meine Mutter macht jetzt alles mit ihm. Ich bin überhaupt nicht mehr da.“ Die Mutter freute sich sehr

darüber, dass ihr Mann nun abstinent lebt, aber das Mädchen war todunglücklich in dem Moment. Das ganze System hatte sich verändert, da der frühere Bund zwischen Mutter und Tochter plötzlich nicht mehr bestand und die Mutter nun ganz auf ihren Mann fixiert war.

ALEXANDER GROPPER: Aber es stellt sich die Frage, an welchen Stellen eine **Gefährdung des Kindeswohles** entstehen kann. Neben der Intoxikation gibt es noch weitere Situationen:

- Craving und Beschaffung, wenn ein solcher Suchtdruck besteht, dass man dadurch sein Kind vernachlässigt – es lange allein lässt, um sich den „Stoff“ zu besorgen, oder wenn das Geld dann nicht mehr für die Versorgung des Kindes reicht,
- Entzugserscheinungen, die akute Gefährdungssituationen einfach erzeugen (Manche benutzen dann die Notsysteme, um auf bequeme Art ins Krankenhaus zu kommen – dabei wird häufig nicht danach gefragt, was mit den Kindern passiert, wenn der Vater/die Mutter mehrere Tage in der Klinik bleiben muss. Spätestens dann muss die Kooperation gut funktionieren, damit für die Kinder bzw. für die Familie keine Situationen entstehen, die völlig aus dem Ruder laufen.),
- komorbide (psychische) Störungen, die bei drogenabhängigen Personen bis zu 80 bis 90 Prozent und bei alkoholkranken Patienten bis zu 40 bis 60 Prozent auftreten. Diese sollte man unbedingt mit beachten. Wenn die Abstinenz hergestellt ist, kann diese Störung eventuell noch mehr ins Gewicht fallen und Probleme verursachen.

Netzwerk Kind – Familie – Sucht

KATHRIN ELSNER: Das Netzwerk Kind – Familie – Sucht in Greifswald existiert seit 2010. Dabei geht es in erster Linie um die enge Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch mit unterschiedlichen Professionen. Am Netzwerk sind Familienhelfer, Jugendamt, Gesundheitsamt, Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, Suchtberatungsstellen der Region und Schulsozialarbeiter beteiligt. Die Kinderärzte sind nicht fest in das Netzwerk eingebunden, aber wir arbeiten mit ihnen eng zusammen. Unser Netzwerk besteht gegenwärtig aus acht Personen, weitere Personen sind für uns feste Ansprechpartner. Sie sind Unterstützer, schaffen es aber aus verschiedenen Gründen nicht, immer bei den Treffen dabei zu sein.

Ein sehr großer Vorteil für die Zusammenarbeit besteht in den persönlichen Kontakten. Wir kennen die unterschiedlichen Arbeitsweisen des jeweils anderen und mögliche Zwänge bei der Umsetzung. Für uns war es beispielsweise schwer nachzuvollziehen, warum nicht reagiert werden kann, wenn wir wissen, dass eine Schwangere mehrmals mit 4 Promille zur Entgiftung ins Krankenhaus eingeliefert wird. Es kann nicht wirklich reagiert werden, wir erhielten die Auskunft, dass das ungeborene Kind nicht als selbstständige Person zählt. Darin besteht die Schwierigkeit. Man muss dazu sagen, dass die Frau in diesem Fall ihre größeren Kinder nur unter Aufsicht des Kinderschutzbundes sehen darf. Wir bekamen die Information, dass die Frau entbinden wird, wussten aber nicht genau, wann, weil sie sich aus unserem System herausgezogen hatte. Hier war es sehr wichtig, das Netzwerk zu haben, um uns über den Fall austauschen zu können.

Wir führen im Netzwerk Fallsupervisionen unter Wahrung der Schweigepflicht durch. Beim Austausch müssen wir nicht wissen, um welche Person es sich handelt. Es melden sich Kita-Leiter bei uns und berichten von einem Fall, ohne uns die Namen zu nennen, damit wir uns darüber austauschen, was zu tun ist. Dadurch breche ich nicht die Schweigepflicht, sondern kann den Fall anonym besprechen.

Es geht nicht darum, suchtkranke Eltern zu entmündigen, sondern sie und ihre Kinder zu unterstützen!

ALEXANDER GROPPNER: Bei solch einem schwerwiegenden Krankheitsbild mit so weitreichenden Auswirkungen für die Betroffenen und deren Angehörige ist Kooperation als zusätzliche Behandlungsprämisse notwendig! Das Suchthilfesystem ist in Veränderung begriffen. Es gibt integrierte Versorgungsmodelle (z. B. TK Nordost) oder Gemeindepsychiatrische Ansätze. Neue Begriffe sind:

- Home Treatment (aufsuchende Hilfe in der Häuslichkeit),
- Motivational Interviewing (MI),
- Community Reinforcement Approach (CRA).

Dabei geht es in erster Linie nicht darum, unbedingt so schnell wie möglich Abstinenz zu erreichen, sondern man lässt sich auf „Nebenschauplätze“ ein, die beispielsweise darauf ausgerichtet sein könnten, dass der Patient sein Kind behalten möchte. Auch wenn er vielleicht in die Suchtberatung, Ambulanz oder Klinik geschickt worden ist, zeigt sein Erscheinen doch eine gewisse Art der Motivation.

Die verschiedenen Ansätze setzen darauf, dass alle beteiligten Institutionen und Ansprechpartner miteinander kooperieren und tatsächlich Hand in Hand arbeiten. Daran beteiligt sind Suchthilfeeinrichtungen, aber auch Kostenträger, behördliche Einrichtungen, das Jobcenter und andere. Gerade der Einsatz von CRA zielt u. a. darauf ab, dass man die Möglichkeit ergreift, dem Jugendamt etwas anzubieten, sodass unter bestimmten Bedingungen das Kind in der Familie verbleiben kann. So eine Bedingung kann ein wöchentlicher Besuch in der Beratungsstelle, ein Entzug oder eine Therapie sein. Somit können wir mit dem Betroffenen eine entsprechende Vereinbarung treffen und ihn auf unsere Kooperationspartner hinweisen. Letztendlich wird der Patient begreifen, dass er seine Vorstellungen ohne das Erreichen der Abstinenz nicht erfüllen kann. Aber es hat keinen Sinn, ihm sofort die Abstinenz als einzige und sofortige Möglichkeit, quasi als Ultimatum, nahezu legen. Das schafft eine erhebliche Gegenwehr. Man greift vielmehr die Dinge auf, die wirklich gerade im Alltag für den Patienten eine Rolle spielen und ihm den Motivations Schub gegeben haben, den er brauchte, um sich erst einmal auf den Weg zu machen. Das ist ein guter Anfang, um gemeinsam der ganzen Familie zu helfen.

KATHRIN ELSNER: Zusammenarbeit kann auch bedeuten, dass jemand Räume zur Verfügung stellt. Es ist einfacher, wenn die Patienten eine Kontaktperson beim Jobcenter, beim Jugendamt usw. haben und diese Kontaktperson eine andere Fachkraft aus einer anderen Profession hinzuholt. Die Patienten haben automatisch mehr Vertrauen zu der hinzugekommenen Person, wenn die Begegnung in Gegenwart der bereits bekannten Kontaktperson in dem bekannten Raum stattfindet, als wenn er in die Fachambulanz oder in die

Suchtberatung geschickt wird. Auch das kann eine Art der niedrigschwelligen Zusammenarbeit sein, die dem Patienten sehr viel nützt.

Man sollte sich darüber Gedanken machen, wie man sich die Zusammenarbeit vorstellt und wie sie mit Leben erfüllt werden kann. Wir wissen alle, was es heißt, in mehreren Arbeitsgruppen und Netzwerken mitzuarbeiten.

Daher fragen sich viele, welchen eigenen Vorteil die Mitwirkung in einer Arbeitsgruppe hat und wie man den Austausch in dieser Gruppe weitertragen kann. Nicht alle Mitarbeiter vom Jugendamt müssen am Netzwerk beteiligt sein, sondern eine Person erfüllt die Funktion des Multiplikators und ist Ansprechpartner für die Kooperationspartner im Netzwerk. Alles andere ist zeitlich nicht möglich. Denn Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit brauchen Zeit! Umgekehrt ist diese Zeit im Netzwerk sehr gewinnbringend für die praktische Arbeit.

Schriftliche Kooperationsvereinbarungen haben wir nur zu Beginn mit einigen Partnern geschlossen, in letzter Zeit nicht mehr. Eine Vereinbarung ist keine Garantie dafür, dass die Zusammenarbeit mit denen besonders gut funktioniert. Fortbildungen von außen nutzen wir zunächst im Netzwerk nicht, da wir durch den Austausch mit den verschiedenen Professionen innerhalb der Gruppe genügend Input erfahren und uns gegenseitig einen Einblick in die Arbeitsweise und den Auftrag der verschiedenen Institutionen verschaffen konnten.

Ein Problem in der Betreuung von Suchtkranken liegt in der Finanzierung. In einigen nördlichen Landkreisen wurde Personal reduziert, sodass das verbleibende Personal nicht mehr die Zeit findet, Patienten zu Hause aufzusuchen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr in die Beratungsstelle kommen.

ALEXANDER GROPPER: Die Finanzierung von lokalen Beratungsangeboten sieht wahrscheinlich in der gesamten Suchtkrankenhilfe in Deutschland ähnlich aus. „Lokal“ bedeutet eine Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln unter einer Stunde. Das ist auch eine Bedingung der Krankenkassen, dass jemand eine Tagesklinik aufsuchen darf und die Kasse die Kosten übernimmt, ansonsten muss er stationär betreut werden. In der Suchtkrankenhilfe werden zwar von Fachgesellschaften niedrigere Bevölkerungsschlüssel empfohlen, in der Umsetzung sind diese allerdings meist deutlich höher: in Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise eine Fachkraft auf 25.000 Einwohner. Für die Bewohner von Flächenländern gibt es daher keine Ansprechpartner in der Nähe, weil diese nicht ausreichend finanziert werden. In Mecklenburg-Vorpommern wird dieses Problem seit etlichen Jahren heftig diskutiert. Auf absehbare Zeit ist in dieser Hinsicht flächendeckend keine Besserung in Sicht. Umso wichtiger ist es, die vorhandenen Möglichkeiten und Zuständigkeiten zu bündeln und gut zu koordinieren.

KATHRIN ELSNER: Bisher sprachen wir lediglich über suchtkranke Eltern. Die Zusammenarbeit muss jedoch ebenso funktionieren, wenn es um suchtgefährdete Jugendliche bzw. um Kinder und Jugendliche mit einem gefährlichen Konsumverhalten geht. Am günstigsten ist es, wenn der Mitarbeiter vom Jugendamt die Zustimmung von dem Jugendlichen hat und direkt von seinem Büro aus den Termin bei uns vereinbart. Jeder, der nicht gern zum Zahnarzt geht, verschiebt den notwendigen Besuch von Woche zu Woche. Das

heißt, selbst wenn der Jugendliche etwas an seinem Verhalten ändern will, würde sehr viel Zeit vergehen, ehe er selbst bei der Suchtberatungsstelle anruft. Daher ist es hilfreich, wenn der Jugendliche mit einer Kontaktperson, wie zum Beispiel dem Schulsozialarbeiter, über seine Probleme spricht und diese ihn direkt weitervermittelt. In der Regel kommen die Jugendlichen tatsächlich zu uns, wenn sie einen festen Termin haben.

Ein Bestandteil der Netzwerkarbeit ist die Schulung von Multiplikatoren. Zum Beispiel werden an der Universität Greifswald Lehramtsstudenten zwei Semester lang auf dem Gebiet der präventiven Angebote geschult. Der gesamte Bereich der Zusammenarbeit ist zunächst sehr zeitaufwendig. Bis man einen zeitlichen Vorteil für seine praktische Arbeit sieht, dauert es eine Weile. Aber es lohnt sich.

Vielen Dank.

Literaturhinweise

Abel, Jeanette ; Otto, Wiebke ; Schliebs, Ines

„Seelensteine“ - Eine spezialisierte Familienhilfe für Kinder psychisch kranker Eltern.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 202-209

Ader, Sabine ; Klein, Martin

Die organisierte Verantwortungslosigkeit. Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 5/6; S. 24-28

Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e.V. Bundesvereinigung -AFET-, Hannover

Situation von Kindern psychisch kranker Eltern aus interdisziplinärer Sicht. (Expertengespräch am 01.02.2011 in Hannover).

Hannover (2011); 85 S. (AFET-Veröffentlichungen; 72/2011)

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe -AGJ-, Berlin

Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen - Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Berlin (2008); 43 S.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe -AGJ-, Berlin

„Junge Menschen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe“. Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ zur Entwicklung gemeinsamer Eckpunkte der Zusammenarbeit beider Systeme.

Berlin (2015); 17 S.

Ayerle, Gertrud M. ; Mattern, Elke ; Behrens, Johann

Herausforderungen für Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 39 (2014); Nr.7-8; S. 52-61

Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart (Hrsg.)

Inklusion von Menschen mit Behinderung in der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendsozialarbeit in Baden-Württemberg. Eine Expertise im Rahmen des „Zukunftsplan Jugend“

Stuttgart (2016); 137 S.

Beck, Norbert

Psychische Störungen und Jugendhilfe.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 68 (2016); Nr. 6; S. 252-262

Becker, Laura ; Behnisch, Michael

Eine wenig beachtete Zielgruppe: Jugendliche mit psychisch kranken Eltern.

In: In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 22 (2016); Nr. 3; S. 183-188

Becker, Katja ; Laucht, Manfred

Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung. Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 8 (2013); Nr. 10; S. 391-394

Becker, Katja ; Laucht, Manfred

Schutzfaktoren und Resilienz in der kindlichen Entwicklung.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 8 (2013); Nr. 11; S. 432-434

Becker, Ulrike ; Sander, Uwe

Heranwachsende zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Kooperationen mit Lücken oder tragfähigen Netzen?

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 5/6; S. 33-37

Berlin, Bezirksamt Neukölln, Abteilung Jugend und Gesundheit

Handlungsleitfaden für die Neuköllner Präventionskette. Prozessbeschreibung, Aufbau und weitere Schritte.

Berlin (2012); 50 S.

Berndt, Christina

Resilienz und Neurobiologie.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 54 (2016); Nr. 2; S. 110-116

Bertsch, Bianca ; Seckinger, Mike

Kooperation im Sinne des Kinderschutzes. Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation des BKiSchG.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 68 (2016); Nr. 7/8; S. 307-315

Bertsch, Bianca ; Ziegenhain, Ute ; Künstler, Anne Katrin

Die Beratung von Berufsgeheimnisträgern des Gesundheitswesens nach § 4 KKG. Ein Qualitätsmerkmal im Kinderschutz?

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 89 (2016); Nr. 2; S. 54-58

Böttinger, Ullrich ; Fröhlich-Gildhoff, Klaus ; Rauh, Katharina ; Schickler, Angela

Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis. Eine kommunale Präventionsstrategie von der Schwangerschaft bis zum 10. Lebensjahr.

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (2015); Nr. 2; S. 11-16

Borstel, Beate ; Willner, Hans

Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie im Kinderschutz - ein Bericht aus der Praxis.

In: IzKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut; (2013/2014); Nr. 1; S.30-33

Braiger, Beate

Das Projekt KiP im Landkreis Ravensburg.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 182-187

Brand, Tilman

**Implementation einer Frühen Hilfe für sozial benachteiligte Familien:
Ergebnis des Modellprojekts Pro Kind.**

Hannover (2013); 126 S. (phil. Diss.; Univ. Hannover 2013)

Brand, Tilman ; Jungmann, Tanja

**Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung
Früher Hilfen aus der Pro Kind -Praxis und -Forschung.**

Weinheim: Beltz Juventa (2012); 170 S. (Edition Sozial)

Brandt, Benigna

**Kooperation der beteiligten Akteur/innen/e bei der Regelversorgung
verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher in Berlin.**

Berlin (2014); 217 S. (gesundheitswiss. Diss.; TU Berlin 2014)

Büttner, Peter ; Rücker, Stefan ; Petermann, Ulrike ; Petermann, Franz

**Jugendhilfe und Therapie: Effekte aus kombinierten Maßnahmen in der
Gegenüberstellung mit Hilfen ohne Therapieangebot.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck
Ruprecht; 60 (2011); Nr. 3; S. 224-238

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend –BMFSFJ–, Berlin

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

Berlin (2009); 316 S.

De-Mary, Peter ; Wiegel, Dagmar

**Gesunde Kinderseelen. Wie kann erfolgreiche Kooperation zwischen Gesundheits- und
Jugendhilfesystem zu Gunsten von Kindern psychisch kranker Eltern aussehen?**

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.
(2014); Nr. 4; S. 30-32

Denner, Silvia

**Gemeinsam auf dem Weg. Zusammenarbeit wegen und trotz Unterschieden: Jugendhilfe
und Kinder- und Jugendpsychiatrie.**

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt
und Westfälische Schulen; 12 (2016); Nr. 1; S. 9-13

Dettmers, Stephan

**Kompetenzen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Zur Notwendigkeit eines
spezifischen Qualifikationskonzeptes.**

In: In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 40 (2015); Nr. 7-8; S. 92-97

Deutsches Jugendinstitut -DJI-, München

Kobelt Neuhaus, Daniela ; Refle, Günter

**Inklusive Vernetzung von Kindertageseinrichtung und Sozialraum. Eine Expertise der
Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF).**

München (2013); 44 S. (WiFF Expertisen; 37)

Deutsches Jugendinstitut -DJI-, München
Sterzing, Doris ; Persike, Ursula ; Sann, Alexandra
Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 - 6 Jahren. Überblick über die Angebote in Deutschland.
München (2011); 136 S.

Discher, Britta ; Schimke, Hans-Jürgen
Wie junge Menschen zwischen den sozialen Hilfesystemen verloren gehen.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 39 (2014); Nr. 9-10; S. 38-45

Discher, Britta ; Schimke, Hans-Jürgen
Wie junge Menschen zwischen den sozialen Hilfesystemen verloren gehen.
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 10 (2015); Nr. 7; S. 261-265;

Domes, Michael
Gesundung durch Beziehung. Die Bedeutung professioneller Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.
In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 68 (2016); Nr. 6; S. 273-279

Erhart, M. ; Hölling, Heike ; Bettge, S. ; Ravens-Sieberer, Ulrike ; Schlack, Robert
Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.
In: Bundesgesundheitsblatt, Heidelberg: Springer; 50 (2007); Nr. 5/6; S. 800-809

Evangelischer Erziehungsverband -EREV-, Hannover
Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Grundlagen und Praxis.
Hannover; 51 (2010); 136 S. (EREV-Schriftenreihe; 2010/3)

Evangelischer Erziehungsverband -EREV-, Hannover
Hagen, Björn (Hrsg.)
Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Polizei – Justiz.
Hannover (2016); 172 S. (Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe; 14)

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg, Hennigsdorf (Hrsg.)
Leitner, Hans , Troalic, Jenny ; Bock, Michael
Aktuell 8. Kinderschutz im Land Brandenburg. Kooperation im Kinderschutz: Jugendhilfe und Gesundheit.
Hennigsdorf (2014); 147 S.

Fegert, Jörg
Bedingungen, Prinzipien und Herausforderungen interdisziplinärer Kooperation im Kinderschutz.
In: IzKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut; (2013/2014); Nr. 1; S. 4-9

Fegert, Jörg
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 54 (2016); Nr. 3; S. 168-175

Fischer, Jörg

Frühe Hilfen als lokale Innovation Sozialer Arbeit.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 39 (2014); Nr. 7-8; S. 30-42

Fischer, Jörg

Netzwerkarbeit in den Frühen Hilfen. Eine Reflexion in den Frühen Hilfen.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: Springer VS; 39 (2015); Nr. 1; S. 51-55

Fischer, Jörg ; Römer, Robert

Der Ausbaustand und die Herausforderungen kommunaler Familienbildung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Thüringen.

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 96 (2016); Nr. 2; S. 73-78

Fischer, Jörg ; Römer, Robert

Zugänge zu "schwierigen" Eltern unter den Bedingungen ländlicher und kleinstädtischer Räume.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 40 (2015); Nr. 3-4; S. 54-63

Föhr, Sylvia ; Raddau, Ute ; Fricke, Anke ; Schweers, Simone

DIE INSEL e.V. Beratung, Information, Kontakte für chronisch kranke Kinder, Jugendliche, deren Familien und beratende Fachkräfte.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 1; S. 55-57

Gahleitner, Silke Birgitta ; Hahn, Gernot

Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. 2. Aufl.

Bonn: Psychiatrie (2012); 312 S.

(Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung; 3)

Gahleitner, Silke Birgitta ; Hahn, Gernot

Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. 2. Aufl.

Bonn: Psychiatrie (2012); 345 S.

(Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung; 4)

Gahleitner, Silke Birgitta ; Homfeldt, Hans Günther

Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste.

Weinheim: Beltz Juventa (2012); 290 S. (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz)

Geis, Artur

„Ich bin wichtig“. Ein Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern an der psychologischen Beratungsstelle Günzburg.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 66 (2014); Nr. 1; S. 33-41

Gerber, Christine ; Lillig, Susanna

Von der Vernetzung zur Kooperation - Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit im Kinderschutz.

In: IzKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut; (2013/2014); Nr. 1; S.10-15

Haller, Dieter ; Müller de Menezes, Rahel ; Jäggi, Florentin ; Erzinger, Barbara
Case Management für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen - Evaluation des Projekts Kompass.

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 45 (2015); Nr. 4; S. 420-434

Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Rahmenprogramm "Gesund aufwachsen in Hamburg!" Entwickelt im Zieleprozess des Paktes für Prävention - Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!

Hamburg (2011); 37 S.

Held, Lothar ; Thurmair, Martin

Die Rolle der Interdisziplinären Frühförderung im Zusammenhang mit Frühen Hilfen.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012);

Sonderausgabe; S. 84-87

Hipp, Michael ; Kleinz, Petra

Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und unterstützende Angebote Früher Hilfen.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;

9 (2014); Nr. 8; S. 316-319

Hipp, Michael

Systemübergreifende Hilfen für Familien mit psychisch kranken Eltern – multiinstitutionelle Kooperationsvereinbarung im Kreis Mettmann.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 54 (2016); Nr. 3; S. 176-182

Holz, Gerda ; Laubstein, Claudia

Armut bei Kindern: Frühe Folgen und multiple Langzeitwirkungen. Zentrale Ergebnisse der AWO-ISS-Langzeitstudie zu Lebenslage und Zukunftschancen (armer) Kinder - 1999 bis 2009/2010.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 17 (2015); Nr. 4; S. 24-33

Homfeldt , Hans Günther

Für ein chancengleiches gesundes Aufwachsen durch das Zusammenspiel von Kinder- und Jugendhilfe, Behinderten- und Gesundheitshilfe?

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 39 (2014); Nr. 11-12; S. 24-31

Hücker, Franz-Josef

Treibsandkinder. Die vergessenen Kinder psychisch kranker Eltern.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: Springer VS; 38 (2014); Nr. 4; S. 6-11

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik -ISS-, Frankfurt/Main

Evaluation der Wirksamkeit Früher Hilfen und anderer präventiver Maßnahmen in Hagen. Zwischenbericht.

Frankfurt/Main (2015); 43 S. (ISS-aktuell; 13/2015)

Kerl-Wienecke, Astrid

„Auf vorhandene Strukturen soll aufgebaut werden“. Der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken Früher Hilfen im Kontext bereits bestehender und gewachsener Arbeitsstrukturen.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: Springer VS; 39 (2015); Nr. 1; S. 48-50

Keupp, Heiner

Chancengerechtigkeit für ein gesundes Aufwachsen. Die Basisphilosophie des 13. Kinder- und Jugendberichtes.

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 15 (2009); Nr. 4; S. 196-201

Keupp, Heiner

Grenzen überwinden: Kinder gemeinsam fördern und schützen. Zur praktischen Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen.

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (2009); Nr. 1; S. 16-28

Keupp, Heiner

Wie Kommunikationsunfähigkeit und „schwarze Löcher“ überwunden werden können. Der Blick des 13. Kinder- und Jugendberichts auf die Kooperation von Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe.

In: Zeitschrift für Sozialpädagogik; 9 (2014); Nr. 4; S. 362-385

Kilian, Susanne

FIPS - Schnittstelle Psychiatrie und Jugendhilfe.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 188-194

Kindler, Heinz

Wirkungen und Wirkfaktoren in den Frühen Hilfen.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 53 (2015); Nr. 5; S. 368-374

Klein, Gerhard

Brücken zwischen Frühförderung und Frühe Hilfen.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 30 (2011); Nr. 1; S. 73-81

Kleinz, Petra

Einfach mal unbeschwert Kind sein dürfen. Patenschaften als Ressource für Kinder psychisch kranker Eltern.

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 44 (2014); Nr. 5; S. 521-529

Klocke, Andreas

Die Wirkung von Sozialkapital auf die seelische Gesundheit von Kindern.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 17 (2015); Nr. 4; S. 17-23

Kölch, Michael ; Fegert, Jörg M.

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug), Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz; 58 (2013); Nr. 3; S. 75-80

Kölch, Michael ; Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M.

Hilfe für Kinder kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung.

Weinheim: Beltz Juventa (2014); 228 S.

Körner, Wilhelm ; Heuer, Franz

Psychodiagnostik bei Kindeswohlgefährdung. Anwenderhandbuch für Beratungs- und Gesundheitsberufe.

Weinheim: Beltz (2014); 148 S. + CD ROM; (Prävention im Kindes- und Jugendalter)

Kowitz, Mathias ; Mauck, Volker

LWL-Jugendhilfestation: ein dritter Ort. Planung eines säulenübergreifenden Angebotes für Kinder und Jugendliche.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen; 12 (2016); Nr. 1; S. 34-36

Kratzsch, Wilfried ; Fischbach, Thomas ; Rascher, Ingolf

Der Beitrag der Kinder- und Jugendärzte zu Frühen Hilfen.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Sonderausgabe; S. 76-79

Kraus de Camargo, Olaf

Chronische Erkrankungen im Kindesalter. Diagnose - Behinderung - Identität.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 1; S. 14-21

Krist, Marita ; Wolcke, Adelheid ; Weisbrod, Christina ; Ellermann-Boffo, Kathrin

Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung.

Weinheim: Beltz Juventa (2014); 336 S.

(Veröffentlichungen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung.)

Krüger, Stefanie

Erwartungen der Jugendhilfe an die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Kooperationspartner in der Versorgung psychisch auffälliger junger Menschen.

In: Der Bayerische Bürgermeister, München: Jehle-Rehm; 65 (2012); Nr. 11; S. 389-390

Kühne, Birgit , Sarrazin, Doris

„Gute Elternarbeit braucht Ressourcen“. Eltern.aktiv: Bundesprojekt zur Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe und im erzieherischen Jugendschutz.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen (2013); Nr. 1; S. 14-16

(Schwerpunktheft zur Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe)

Kurz-Adam, Maria

Zur Diskussion: Normalität leben. Anmerkungen zum gegenwärtigen Verhältnis von Jugendhilfe und Psychiatrie.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 68 (2016); Nr. 6; S. 280-283

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen,
Hannover

Richter-Kornweitz, Antje ; Utermark, Kerstin

Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen.

Hannover (2013); 77 S.

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern -LZG-, München
Gesund aufwachsen für alle! Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Dokumentation einer Fachtagung des Regionalen Knotens Bayern in der LZG in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Augsburg, Augsburg, 24. Januar 2012.
München (2012); 51 S.

Landscheidt, Therese
Strategisch steuern und Parallelstrukturen vermeiden. Die gemeinsame Koordinationsstelle der Netzwerke gegen Kinderarmut und der Frühen Hilfen in Kerpen.
In: Jugendhilfe-Report, Köln: Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (2015); Nr. 4; S. 21-23

Lenz, Albert
Kinder psychisch kranker Eltern - Risiken, Folgen und Herausforderungen für die Jugendhilfe.
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 166-175

Lenz, Albert
Präventive Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien - Rahmenbedingungen und Schnittstellen.
In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2013); Nr. 1; S. 43-45

Lenz, Albert
Resilienz - psychische Widerstandskräfte der Kinder psychisch kranker Eltern fördern. Hilfen sollten auf der Ebene des Kindes, der erkrankten Eltern und der familiären Interaktionen ansetzen.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 40 (2015); Nr. 7-8; S. 76-85

Lenz, Albert ; Brockmann, Eva
Kinder psychisch kranker Eltern stärken: Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer.
Göttingen: Hogrefe (2013); 140 S.

Linthorst, Katrin ; Rehder, Michael ; Bauer, Michael
Prävention durch die Initiierung von Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern.
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 42 (2012); Nr. 6; S. 541-554

Luthe, Ernst-Wilhelm
Vier Modellebenen der integrierten Versorgung - am Beispiel psychiatrischer Netzwerke.
In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 91 (2011); Nr. 6; S. 269-276

Maihorn, Christine ; Nowotny, Elke
Frühe Hilfen und Kinderschutz.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Sonderausgabe; S. 30-37

Mattern, Elke ; Lange, Ute

Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Sonderausgabe; S. 66-75

Merk, Kurt-Peter

§ 4 KKG - Professionelle Kooperation im Kinderschutz?

In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug), Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz; 59 (2014); Nr. 1; S. 8-11

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen -MFKJKS-, Düsseldorf (Hrsg.)

Positionspapier. Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention.

Düsseldorf (2015); 19 S.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln

Adamaszek, Kristin ; Ayerle, Gertrud ; Dachs, Claudia

Kompetenzprofil Familienhebammen. 2. Aufl.

Köln (2013); 54 S.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln

Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2015.

Köln (2015); 82 S.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln (Hrsg.); Informationszentrum Kindesmisshandlung/

Kindesvernachlässigung -IzKK- am Deutschen Jugendinstitut -DJI-, München (Hrsg.);

Deutsches Institut für Jugendhilfe -DIJuF-, Heidelberg

Datenschutz in Frühen Hilfen. 5. akt. Aufl.

Köln (2013); 63 S.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln

Lange, Ute ; Liebald, Christiane

Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. 2. Aufl.

Köln (2013); 66 S.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln

Mattern, Elke ; Ayerle, Gertrud ; Behrens, Johann

Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen.

Köln (2013); 46 S. (Expertise; 4)

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln

Pillhofer, Melanie ; Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg ; Hoffmann, Till ; Paul, Mechthild

Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen.

Köln (2016); 27 S.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln

Weiß, Hans

Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen - Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung.

Köln (2013); 47 S.

Nazmy, Nurina

Familien mit Wertschätzung und Empathie begegnen. Interviewfragen an die Babylotsin Nurina Nazmy.

In: Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell, Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); (2015); Nr. 1; S. 1-2

Neumann, Anja

Hinsehen - Erkennen - Handeln. Kinderschutz im Gesundheitswesen. Implementierung und Stärkung von Kinderschutzgruppen an pädiatrischen Einrichtungen in Sachsen.

In: IzKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut; (2013/2014); Nr. 1; S.26-29

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport, Düsseldorf (Hrsg.)

Positionspapier. Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention.

Düsseldorf (2015); 19 S.

Pelzer, Marina ; Burkhardt, Sabine

Soziale Schwierigkeiten überwinden. Jugendhaus Piusallee - viele Kompetenzen unter einem Dach.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen; 12 (2016); Nr. 1; S. 32-33

Peter, Frauke

Qualität der Kindertageseinrichtung beeinflusst kindliche Gesundheit.

In: Wochenbericht, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; 81 (2014); Nr. 18; S. 419-426

Piltman, Birgit ; Brixius, Bernd

FuN-Baby - ein präventives Konzept zur Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 64 (2012); Nr. 2; S. 79-82

Radewagen, Christof

Effektive Hilfe braucht Vertrauen. Allgemeine Regelungen zum Datenschutz bei den Hilfen zur Erziehung.

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2016); Nr.2; S. 47-50

Ravens-Sieberer, Ulrike ; Bichmann, Helen ; Klasen, Fionna

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Nr. 6; S. 26-31

Rixen, Stephan

Zwischen den Stühlen: Die Inpflichtnahme von „Berufsheimlichträgern“ durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG).

In: Sozialrecht aktuell, Münster: Caritasverband für die Diözese Münster e.V.; 16 (2012); Nr. 6; S. 221-231

Röhr, Viviane

Zusammenarbeit im Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen Dresden.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 4; S. 49-53

Rogge, Jana ; Koglin, Ute ; Speck, Karsten

Einsatz von Screening-Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen durch Mitarbeiter in Bildungseinrichtungen?

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 68 (2016); Nr. 6; S. 263-272

Sann, Alexandra

Auf dem Weg zu mehr Prävention - Systeme Früher Hilfen und Förderung in den Kommunen.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Sonderausgabe; S. 50-55

Schaich, Ute

Frühprävention in der Kindertagesstätte. Förderung der Kinder und Hilfen für die Eltern.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 17 (2015); Nr. 3; S. 46-51

Schepker, Renate

In der Krise auch ans Kuscheltier denken. Krisenvereinbarungen als eine der Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen; 12 (2016); Nr. 1; S. 14-17

Schlack, Robert

Gesundheit von Kindern im Alter von 11 bis 13 Jahren. Gesundheit von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren. Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung.

In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug), Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz; 59 (2014); Nr. 2; S. 66-67

Schmid, Raimund

Kindernetzwerk e.V. - der Dachverband der Eltern-Selbsthilfe. Ein Wissens-Netzwerk nicht nur für chronisch kranke Kinder.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 1; S. 52-54

Schmutz, Elisabeth

Hilfen aus einer Hand für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder - leistungsbereichsübergreifend Hilfen gestalten.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 195-202

Schöllhorn, Angelika

Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Eine qualitative Studie zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen.

Ulm (2012); VI, 174 S. (med. Diss.; Ulm 2011)

Schröder, Julia ; Zeller, Maren ; Rettig, Hanna

Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen?

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 39 (2014); Nr.7-8; S. 62-69

Schu, Martina ; Sarrazin, Doris ; Wiemers, Almut

Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen in stationärer Jugendhilfe.

In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug), Berlin:

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz; 60 (2015); Nr. 3; S. 80-84

Schu, Martina ; Sarrazin, Doris ; Wiemers, Almut

Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen in stationärer Jugendhilfe.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe,

Landesjugendamt und Westfälische Schulen; 11 (2015); Nr. 3; S. 45-52

Schulz-Du Bois, Anna Christina

Psychiatrische Krankheitsbilder verstehen - der Kindeswohlgefährdung durch Zusammenarbeit entgegenwirken.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 175-182

Seckinger, Mike

Kooperationen in Netzwerken Früher Hilfen. Hinweise für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: Springer VS; 39 (2015); Nr. 1; S. 45-47

Sekler, Koralia

„Komplexe Lebens- und Problemlagen erfordern kombinierte und multiprofessionelle Hilfen“. Dokumentation des Expertengesprächs "Gesundes Aufwachsen in Familien mit psychisch kranken Eltern" vom 30.09.2013.

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2013); Nr.4; S. 4-7

Siebolds, Marcus ; Münzel, Brigitte; Kahl, Cornelia ; Paul, Mechthild

Frühe Hilfe als Thema vertragsärztlicher Qualitätszirkel - Ein Thema, zwei Welten!?

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 54 (2016); Nr. 3; S. 222-230

Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein, Dortmund (Hrsg.)

Hilfen für Schwangere/ Mütter mit (verdeckten) psychischen Beeinträchtigungen in Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. Handreichung für die Praxis.

Dortmund (2016); 94 S.

Stallmann, Ludger

Familienbildung als präventives Angebot zur Stärkung von gesellschaftlicher Teilhabe und Integrationschancen. Erste Erfahrungen und Einschätzungen aus dem Modellprogramm der Stadt Koblenz.

In: Migration und Soziale Arbeit, Weinheim: Juventa; 32 (2010); Nr. 3/4; S. 170-173

Strasser, Thomas ; Materne, Claudia

Die Frühen Hilfen im Rheinisch-Bergischen-Kreis. Baustein zur Neuausrichtung der Jugendhilfe.

In: Jugendhilfe-Report, Köln: Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (2015); Nr. 4; S. 24-27

Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit (Hrsg.)
Kindergesundheitsbericht 2015. Gesundheit, soziale Lage und medizinische Versorgung in den Stuttgarter Stadtteilen. Daten aus den Jahren 2009 - 2015.
Stuttgart (2016); 170 S.

Textor, Martin R.

Erziehungspartnerschaft mit Eltern behinderter oder chronisch kranker Kinder.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 1; S. 32-39

Thelen, Christa

Psychische Gesundheit unterstützen - Prävention mit Marte Meo.
In: heilpaedagogik.de, Berlin: Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V.; (2014);
Nr. 1; S. 6-10

Thyen, Ute

Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012);
Sonderausgabe; S. 16-23

Thyen, Ute

Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Vieles ist anders als früher, vieles besser.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 1; S. 6-13

Voss, Anja ; Viernickel, Susanne

Gute gesunde Kita. Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen. Konzept einer integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung.
Weimar: Verlag das Netz (2016); 114 S.

Voss, Hubertus von

Traumatisierung der Eltern und Familien mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen.
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 16 (2013); Nr. 1; S. 40-43

Wartenpfehl, Birgit

Gemeinsames Diagnostikverfahren für soziale und gesundheitliche Dienstleistungserbringer: Ist die ICF ein geeignetes Instrument?
In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Frankfurt/Main:
Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge; 41 (2010); Nr. 4; S. 70-83

Wenk-Wolff, Celia

Aktuell diskutierte Problemstellungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
In: Der Bayerische Bürgermeister, München: Jehle-Rehm; 65 (2012); Nr. 11; S. 384-388

Wernberger, Angela

Gesundheitsförderung - eine Sozialisations- und Bildungsaufgabe von Kindertageseinrichtungen.
In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Weinheim: Juventa; 63 (2012); Nr.1; S. 34-42

Wiegand-Greife, Silke; Filter, Bonnie; Lambert, Martin; Mallmann, Doris; Kilian, Reinhold;
Kronmüller, Klaus; Klitzing von, Kai; Wegscheider, Karl

CHIMPs - Ein multizentrisches Projekt für Kinder psychisch kranker Eltern.

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.
(2015); Nr. 1; S. 35-38

Wiegel, Dagmar

**Leuchtfener Köln: Arbeit mit psychisch kranken Eltern an der Schnittstelle
zur Jugendhilfe.**

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 52 (2014); Nr. 3; S. 210-216

Wirth, Nadja

**Gefühl gut informiert. Herausforderungen und Unterstützung der Zusammenarbeit
zwischen Jugendhilfe und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Erhebung
und ihre Konsequenzen.**

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Landesjugendamt und Westfälische Schulen; 12 (2016); Nr. 1; S. 14-17

Wolff, Reinhart

Zusammenarbeit im Kinderschutz.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 54 (2016); Nr. 3; S. 215-221