

Stellungnahme der Bundesregierung zum

13. Kinder- und Jugendbericht

„Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen

- Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
in der Kinder- und Jugendhilfe“**

Gliederung

1.	Berichtsauftrag der Bundesregierung	3
2.	Gute Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen	5
2.1.	Prävention und Gesundheitsförderung – frühzeitig beginnen	5
2.2.	Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen	9
2.3.	Bündelung gesellschaftlicher Aktivitäten.....	13
3.	Vernetzung stärken – Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenwirken mit anderen Systemen	15
3.1.	Frühe Hilfen und Kinderschutz.....	15
3.1.1.	Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes	17
3.1.2.	Psychosoziale Unterstützung für werdende und junge Eltern	19
3.1.2.1.	Schwangerenberatung	20
3.1.2.2.	SGB VIII- Kinder- und Jugendhilfe	21
3.1.2.3.	SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung	23
3.2.	Neue Perspektiven für Kinder und Jugendliche mit Behinderung.....	27
3.2.1.	Im Vordergrund steht der junge Mensch.....	27
3.2.2.	Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem ...	28
3.2.2.1.	Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe – eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten	28
3.2.2.2.	Die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung.....	31
3.2.3.	Vom Nebeneinander zum Miteinander in der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Integrationsrisiken – Herausforderungen für ein ganzheitliches Hilfesystem	34
3.2.3.1.	Die Komplexleistung „Frühförderung“ – Ganzheitliche Leistungserbringung in gemeinsamer Verantwortung von Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen	34
3.2.3.2.	Kooperation und Koordination in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – die Entwicklung multimodaler Versorgungsnetze	37
3.2.4.	Von der Ausgrenzung zur Integration – Herausforderungen für die Förderung von jungen Menschen mit Lernstörungen.....	38
4.	Schlussbemerkungen	40

1. Berichtsauftrag der Bundesregierung

Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen weiter verbessern. Dazu gehört auch das soziale, psychische und physische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Die bestmögliche Förderung der Gesundheit ist dabei ein zentrales Anliegen der Bundesregierung.

Zur Förderung von gesundem Aufwachsen stehen in der Bundesrepublik neben den Eltern unterschiedliche Systeme in der Verantwortung. Die verteilte Verantwortung kann jedoch die Versorgung an den Übergängen von einem System zum anderen erschweren. Eine möglichst optimale Gestaltung dieser Übergänge ist daher ein wichtiges Ziel.

Um weitere Erkenntnisse und Anregungen für die Umsetzung dieser wichtigen Aufgabe zu gewinnen, hat die Bundesregierung den 13. Kinder- und Jugendbericht in Auftrag gegeben. Der Bericht liegt nun unter dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ vor.

Mit der Vorlage des 13. Kinder- und Jugendberichts kommt die Bundesregierung ihrer gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 84 Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) nach. Mit der Ausarbeitung dieses Berichts hatte die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 24. September 2007 eine interdisziplinär zusammengesetzte Sachverständigenkommission (im Folgenden „Kommission“ genannt) beauftragt, der acht Sachverständige angehörten. Diese sollte auf der Basis des derzeitigen Wissens- und Erkenntnisstandes zukunftsweisende und realistische Handlungsoptionen für Politik und Gesellschaft erarbeiten, die in den politischen Gestaltungsprozess einfließen.

Die Bundesregierung dankt der Kommission für die Ausarbeitung des Berichts. Er ist der erste Kinder- und Jugendbericht, der alle Kinder in Deutschland in den Blick nimmt –

also auch diejenigen mit Behinderungen gleich welcher Art. Die Bundesregierung kommt damit der UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen nach und bringt zum Ausdruck, dass sie die begonnene gesellschaftliche Entwicklung – vom Prinzip der Fürsorge hin zur Teilhabe – konsequent fortführt.

Darüber hinaus ist er der erste Bericht, der insbesondere die Schnittstellen zwischen den drei Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Hier hatte sich die Bundesregierung konkrete und innovative Empfehlungen erhofft, um das vorhandene theoretische Bekenntnis aller Akteure zu mehr Kooperation in praktisches Handeln überführen zu können. Die Bundesregierung bedauert, dass die Kommission in diesem wichtigen Punkt an ihre Grenzen gestoßen ist.

Die Bundesregierung sieht sich durch die Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendberichts in ihrem Handeln grundsätzlich bestärkt. Zahlreiche Aussagen und Anregungen der Kommission, die in die Verantwortung des Bundes fallen, wurden von der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode bereits angestoßen. Sie hat durch eine gezielte und verständliche Informationspolitik über die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung aufgeklärt und dort, wo außerhalb des Elternhauses staatliche Stellen die Verantwortung für Kinder und Jugendliche übernehmen, sich für ein gesundes Umfeld eingesetzt. Sie hat das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ für die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung nutzbar gemacht. Darüber hinaus hat sie diejenigen Heranwachsenden unterstützt, deren Elternhäuser nicht von sich heraus ohne Hilfe zu einem gesundheitsbewussten Leben in der Lage sind. Neben der medizinischen Versorgung bietet die Kinder- und Jugendhilfe Präventionsmaßnahmen in Form psychologischer und sozialpädagogischer Angebote. Auch zahlreiche Beratungs- und Hilfsangebote für Eltern leisten einen maßgeblichen Beitrag, um eine gesunde Entwicklung und ein positives Familienklima zu fördern.

Die Anregungen und Vorschläge der Kommission aufzugreifen, ist nun Aufgabe aller staatlichen Ebenen. Entsprechend der im Grundgesetz geregelten Verantwortungsverteilung sind dies der Bund, die Länder und die Gemeinden.

Zu Aussagen und Schlussfolgerungen des Berichts, zu denen sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme nicht äußert, kann weder von ihrer Zustimmung noch von ihrer Ablehnung ausgegangen werden.

2. Gute Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen

2.1. Prävention und Gesundheitsförderung – frühzeitig beginnen

Prävention und Gesundheitsförderung sind eine entscheidende Antwort auf die neuen gesundheitlichen Herausforderungen im 21. Jahrhundert. Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung beginnt bereits im frühen Kindesalter.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt bisherige Erkenntnisse, dass zahlreiche der so genannten Zivilisationskrankheiten ihren Ursprung bereits im Kindes- und Jugendalter haben. Ein Beispiel: Zwischen 9 und 15 Prozent der 3- bis 10-jährigen Kinder und 17 Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen sind in Deutschland übergewichtig. Übergewicht kann zu chronischen Erkrankungen führen – beispielsweise zu Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen und Gelenkbeschwerden. Ein Teil dieser Kinder wird zu übergewichtigen Erwachsenen.

In der Kindheit und während der Jugendzeit werden gesundheitsgefährdende, aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entscheidend geprägt. Bestimmten Krankheiten kann hier effektiv durch eine gesunde Lebensführung vorgebeugt werden. Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission überein, dass nachhaltig ausgerichtete Angebote der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen und Erfolg versprechenden Beitrag zur Verringerung der individuellen Leiden der Kinder und Jugendlichen sowie mittel- und langfristig zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme leisten können.

Elternverantwortung stärken

Jeder Einzelne ist nach dem Menschenbild des Grundgesetzes in erster Linie selbst dafür verantwortlich, durch eine gute Lebensweise der Entstehung von Gesundheitsrisiken vorzubeugen und bei bereits vorhandenen Krankheiten durch eine verantwortungsbewusste Verhaltensweise eine Besserung zu erreichen oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Kinder lernen gesunde Lebensgewohnheiten zuallererst innerhalb ihrer Familie. Das heißt für Eltern im Rahmen ihrer durch das Grundgesetz vorgegebenen Pflicht zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder, Vorbild zu sein.

Durch das Vorleben einer gesunden Lebensweise können Eltern ihre Kinder stark für das Leben machen. Sie können ihnen helfen, eigene Urteilsfähigkeit zu entwickeln und eigenverantwortlich zu handeln. Die Bundesregierung will Eltern unter Beachtung ihres Erziehungsrechts dazu motivieren und – wo erforderlich – auch befähigen, die Vorbedingungen einer gesunden Lebensführung für die physische und psychische Gesundheit, für das Wohlbefinden ihrer Kinder frühzeitig zu erkennen. Dazu gehört in erster Linie eine gute Informationspolitik, die über gesundheitsbewusstes Verhalten zielgruppenspezifisch und praxisnah aufklärt. So zielt die Bundesregierung mit dem Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ darauf ab, nachhaltig das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in allen Altersgruppen zu verbessern. Durch Vernetzung bestehender Maßnahmen und Strukturen, insbesondere in den Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen, sollen die Angebote dauerhaft und möglichst flächendeckend implementiert werden. Dabei geht es darum, ein gesundes Essverhalten nahezubringen und die Freude an körperlicher Bewegung zu vermitteln.

Mit der Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ setzt sich die Bundesregierung für die Prävention von Essstörungen ein. Vor allem junge Menschen, Mädchen und Frauen sollen darin gestärkt werden, das gängige Schönheits- und Schlankeitsideal zu hinterfragen und ein positives Körpergefühl und Selbstbewusstsein zu entwickeln.

Um die Gesundheitssituation von Kindern gezielt zu verbessern, hat die Bundesregierung im Mai 2008 die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit verabschiedet. Diese baut auf den Daten des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelten und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit geförderten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) auf. Die Strategie zielt mit einem politikübergreifenden Maßnahmenkatalog darauf ab, die Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil zu verbessern und ihn in den Alltag der Kinder zu integrieren, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern und gesundheitliche Risiken im Kindes- und Jugendalter zu senken. Hierzu bündelt und verknüpft die Strategie politikübergreifend Handlungsansätze und Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich der Kindergesundheit.

Eltern sind die zentralen Partner, wenn es um Fragen des Jugendschutzes geht. Im Rahmen ihrer Pflicht zur Erziehung sind es in erster Linie sie, die Grenzen setzen und diese ihren Kindern gegenüber auch verständlich erklären müssen. Eltern sehen sich im Rahmen der Erziehung immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Das betrifft auch den Umgang mit elektronischen Medien. Ein besonderes Anliegen der Bundesregierung ist daher die Förderung der Medien(erziehungs)kompetenz von Eltern und pädagogischen Fachkräften sowie von Kindern und Jugendlichen. Eine Darstellung des breiten Spektrums der Maßnahmen auf dem Gebiet des Jugendmedienschutzes und der Medienkompetenzförderung des Bundes enthält der aktuelle Medien- und Kommunikationsbericht der Bundesregierung. Hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol und Drogen kommt es neben den bestehenden gesetzlichen Regeln ganz entscheidend darauf an, Eltern in ihrer Funktion als Vorbilder zu stärken und Kinder und Jugendliche darin zu unterstützen, ohne Suchtmittel zu leben.

Gute Rahmenbedingungen für ein gesundes Umfeld von Anfang an

Überall dort, wo staatliche Stellen unmittelbar Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen, sind diese für ein gesundes Umfeld verantwortlich. Das gilt unter anderem für öffentliche Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen wie beispielsweise Kindertagesstätten, Kindertagespflege und Schulen.

Seit dem 16. Dezember 2008 ist das Kinderförderungsgesetz in Kraft. Bis 2013 soll für 35 Prozent der Kinder in Deutschland ein Betreuungsplatz in einer Kindertagesstätte oder in der Tagespflege zur Verfügung stehen. Ab dem 1. August 2013 hat jedes Kind einen Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz. Dieser quantitative Ausbau geht Hand in Hand mit Investitionen in mehr Qualität. Die Bundesregierung betrachtet gesunde Ernährung und die Möglichkeit zur ausreichenden Bewegung als Grundvoraussetzungen, die in Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen für Kinder erfüllt sein sollten. Ein Umfeld zu schaffen, in dem ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung in allen Lebensbereichen fest verankert sind, damit Kinder gesünder aufwachsen, ist daher auch ein Ziel des Nationalen Aktionsplans „IN FORM ...“.

Darüber hinaus stellt der Bund im Rahmen des konjunkturpolitischen Maßnahmenpakets II im Zukunftsinvestitionsgesetz 10 Milliarden Euro Finanzhilfen für zusätzliche Investitionen der Kommunen und der Länder in den Jahren 2009 und 2010 zur Verfügung, die auch 2011 noch zur Finanzierung bereits begonnener Maßnahmen genutzt werden können. Die Länder und Kommunen ergänzen diese Finanzhilfen um mindestens 3,3 Milliarden Euro Eigenanteil an den zusätzlichen Investitionen. Auf Investitionen mit Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur entfallen 65 Prozent der Finanzhilfen des Bundes, also 6,5 Milliarden Euro. Nach dem Zukunftsinvestitionsgesetz gehören zu den förderfähigen Investitionen in dieser Gruppe neben den Investitionen insbesondere in die energetische Sanierung in Schulen, Hochschulen, und Weiterbildungseinrichtungen sowie Investitionsmaßnahmen in Forschungseinrichtungen auch Investitionen in die frühkindliche Infrastruktur. Die Vorhaben dürfen nicht aus anderen Programmen gefördert werden. Sie ergänzen wirksam die Beteiligung des Bundes mit 2,15 Milliarden Euro an den bis 2013 anfallenden Investitionskosten für neue Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren, die bereits in allen Bundesländern eingesetzt werden. Die Länder und Kommunen können mit den Mitteln des Zukunftsinvestitionsgesetzes diesen Investitionsschub nun für den gesamten Bereich der frühkindlichen Infrastruktur für Kinder vor dem Schuleintritt verstärken.

Die Kommission bestätigt, dass das Thema Gesundheit in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und in der Kindertagespflege eine hohe fachliche Aufmerksamkeit genießt und auch in den Bildungsplänen der Länder sowie im Curriculum des Deutschen Jugendinstituts (DJI) Kindertagespflege einen angemessenen hohen Stellenwert hat. Wie die Kommission sieht aber auch die Bundesregierung, dass weiterführende Investitionen in die Qualifizierung des Betreuungspersonals in Kindertagesstätten und in der Kindertagespflege notwendig sind. Im Forum frühkindliche Bildung, das auf Initiative der Bundesregierung Eckpunkte zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege entwickelt, werden Prävention und Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert einnehmen.

2.2. Chancengerechtigkeit für alle Kinder und Jugendlichen

Als Vertragsstaat der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen erkennt Deutschland das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an (Artikel 24 Absatz 1). Die Bundesregierung will deshalb auch in der Gesundheit Chancengerechtigkeit für alle Kinder von Anfang an erreichen.

Wie die Kommission sieht die Bundesregierung, dass jedoch die Chancen, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen, in Deutschland unterschiedlich verteilt sind. Biologische, kulturelle, umweltbedingte, ökonomische und soziale Faktoren beeinflussen die individuelle Gesundheit in unterschiedlichem Maße. Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt Erkenntnisse des KIGGS, wonach Gesundheitsrisiken in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig zu finden sind. Insbesondere Kinder und Jugendliche von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, aus Familien mit schlechter Einkommenslage und schlechten Wohnbedingungen sind davon betroffen. Dies gilt aufgrund ihrer sozialen Lage häufig auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Hier zeigen sich zunehmend chronische und psychosomatische Krankheitsbilder, die viel mit Lebensweise und lebenslagenabhängigen Stressfaktoren zu tun haben.

KIGGS hat für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung erfasst. Das Ergebnis ist, dass die gesundheitliche Situation insgesamt gut ist, sich jedoch eine Häufung gesundheitlicher Risiken bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien findet. Zudem verschiebt sich das Krankheitsspektrum von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Gesundheitsstörungen. Das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) haben nach Auswertung der Daten Handlungsempfehlungen abgeleitet, die Grundlage für weitere Präventionsmaßnahmen sein werden. Von großer Bedeutung sind die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V. Um auch bei Kindern aus bildungsfernen Familien eine regelmäßige Teilnahme zu gewährleisten, führt die BZgA zahlreiche Informationsprojekte durch.

Unterstützung gezielt einsetzen

Die Bundesregierung stimmt der Kommission zu, dass vor allem diejenigen Kinder und Jugendlichen, die unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen und Gefahren ausgesetzt sind, einen ganz besonderen Unterstützungsbedarf haben. Aus diesem Grund richtet die Bundesregierung ihre Anstrengungen darauf, gerade diejenigen Familien besonders zu unterstützen, in denen die gesundheitliche Förderung der Kinder nicht optimal verläuft. Sie tut dies mit einer sinnvollen Kombination aus gezielter finanzieller Förderung und der Verbesserung von Strukturen.

Die Bundesregierung kann der Feststellung der Kommission, in Deutschland würden Maßnahmen zur sozialpolitischen Gegensteuerung zurückgenommen, nicht folgen. Im Gegenteil: Die Bundesregierung hat seit 2005 eine Vielzahl von Maßnahmen und Leistungsverbesserungen umgesetzt, die die wirtschaftliche Stabilität von Familien nachhaltig sichern und damit auch die Armutsrisiken von Kindern reduzieren. Maßgebliche Beiträge haben die Einführung des Elterngeldes im Jahr 2007 sowie die Erhöhung und frühere und stärkere Staffelung des Kindergeldes zu Beginn 2009 geleistet.

Auch der Ausbau der Kinderbetreuung für unter Dreijährige wird in den kommenden Jahren die Erwerbsmöglichkeiten der Eltern verbessern und so ebenfalls positiv zur Einkommensentwicklung der Familien beitragen. Der Familienreport 2009 der Bundesregierung belegt die positive Bewertung dieser nachhaltigen Familienpolitik und nennt gute Argumente für die Fortsetzung des eingeschlagenen Weges.

Familienpolitische Leistungen vermindern Armut und beugen Armut vor

Kinderarmut im Sinne relativer Einkommensarmut ist eine Frage der Eltern- bzw. Familieneinkommen. Kinder sind insbesondere dann armutsgefährdet, wenn ihre Eltern arbeitslos sind oder nur über ein geringes Einkommen verfügen. Der Familienreport 2009 zeigt: Ein hohes Risiko, in einer Familie mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle aufzuwachsen, tragen in Deutschland vor allem Kinder von Alleinerziehenden, Kinder mit zwei und mehr Geschwistern sowie Kinder mit Migrationshintergrund. Wer die Lebenssituation von Kindern nachhaltig verbessern will, muss daher in erster Linie den Eltern helfen, für sich und ihre Kinder den Lebensunterhalt sicherstellen zu können. Familien, in denen zumindest ein Mitglied im erwerbsfähigen Alter einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, haben ein vergleichsweise niedriges Armutsrisiko. Praktisch keine Rolle spielt Armut in den Familien, in denen beide Elternteile einer Erwerbstätigkeit nachgehen, auch wenn sie Teilzeit und Vollzeit kombinieren. Ausschlaggebend bei der Reduzierung von Armutsrisiken – das zeigt auch der internationale Vergleich – ist daher vor allem eine hohe Erwerbsbeteiligung möglichst beider Elternteile. Alternative Vorschläge zur Armutsvermeidung von Familien mit Kindern müssen sich hieran messen lassen.

Die Bundesregierung setzt deshalb sowohl auf ein hohes Maß an Sachleistungen und Betreuungsangeboten für Familien, mit denen vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert wird, als auch auf ein zielgerichtet ausgestaltetes System finanzieller Leistungen und steuerlicher Maßnahmen für Familien. Nicht zuletzt aus den Erfolgen anderer Länder bei der Armutsreduzierung ist bekannt: Beide Strategien sind wichtig. Sie sind keine Alternativen, sondern müssen sich wirkungsorientiert ergänzen.

Im dritten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung sind die Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und –vermeidung ausführlich beschrieben. Darüber hinaus hat das zur Überprüfung der familienbezogenen Leistungen beim Bundesfamilienministerium eingerichtete Kompetenzzentrum in einem ausführlichen Dossier zu Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen Daten des sozioökonomischen Panels 2006 ausgewertet und die armutsreduzierende Wirkung familienbezogener Leistungen untersucht. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass es Deutschland gut gelingt, Kinderarmut zu bekämpfen. Die Armutsrisikoquote von Kindern sinkt durch die Zahlung staatlicher Transferleistungen um fast zwei Drittel.

Um eine Abhängigkeit von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende trotz Erwerbstätigkeit zu vermeiden, gibt es seit 2005 den Kinderzuschlag für Geringverdiener. Er wird Eltern gewährt, die Erwerbseinkommen erzielen und zusammen mit dem Kinderzuschlag und dem Wohngeld den Gesamtbedarf der Bedarfsgemeinschaft decken können. Durch gezielte Reformschritte wurde der Kinderzuschlag 2008 als ein maßgebliches Instrument zur Armutsreduktion mit speziellem Zuschnitt insbesondere auf Mehrkindfamilien mit geringem bzw. nur einem Einkommen gestärkt. Im Zusammenspiel mit den ab 2009 geltenden Verbesserungen beim Wohngeld werden rund 150.000 Kinder mehr erreicht als bisher.

Von der ab 2009 zusätzlichen Leistung für die Schule profitieren gezielt Kinder aus Familien im SGB II- und SGB XII-Bezug sowie kinderzuschlagsberechtigte Familien: Sie erhalten für die Schule zukünftig längstens bis zum Erwerb der Hochschulreife bzw. um höhere Schulabschlüsse zu erlangen zusätzlich einen pauschalen Betrag in Höhe von 100 Euro jährlich. Zudem erhalten Familien Hilfen im Rahmen des Konjunkturprogramms II der Bundesregierung. Für Kinder zwischen sechs und 13 Jahren in der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Sozialhilfe werden vom 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2011 die Regelsätze von 60 auf 70 Prozent der maßgebenden Regelleistung erhöht. Darüber hinaus erhalten alle Kindergeldberechtigten für das Jahr 2009 eine Einmalzahlung in Höhe von 100 Euro je Kind (Kinderbonus). Diese Einmalzahlung wird nicht auf Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Unterhaltsvorschuss und Kinderzuschlag angerechnet.

Die Frage nach geeigneter Unterstützung stellt sich insbesondere auch für die Gruppe der Alleinerziehenden, für die es besonders schwierig ist, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Wenn auch mehr als die Hälfte von ihnen sich überwiegend aus eigener Erwerbsarbeit finanziert, beziehen ca. 40 Prozent aller Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II). Vor diesem Hintergrund kooperieren das Bundesfamilienministerium und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen einer strategischen Partnerschaft „Perspektiven Alleinerziehende“. Hierdurch sollen die einzelnen Unterstützungs- und Hilfesysteme stärker koordiniert und verbessert werden.

Eine nachhaltige Familienpolitik sichert die Existenz und die Zukunft von Familien und Kindern, indem die Maßnahmen der Zeitpolitik, Infrastruktur und Transfers nicht gegeneinander ausgespielt oder isoliert betrachtet, sondern wirkungsorientiert aufeinander abgestimmt werden. Mit dem Leistungsmosaik von Elterngeld, Kinderzuschlag, gestaffeltem Kindergeld und bedarfsgerechter Kinderbetreuung werden die Familien in der Mitte der Gesellschaft gehalten.

2.3. Bündelung gesellschaftlicher Aktivitäten

Der zentrale Auftrag an die Kommission lautete, die Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe zu untersuchen. In vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung fehlt es an Kooperation. Ebenso vielfältig wie das Angebot von Einzelaktivitäten zur Förderung von Prävention ist auch die Trägerschaft bzw. die Verteilung der Zuständigkeiten: angefangen vom Sportverein, den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe bis hin zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und den Krankenkassen. Hier bleibt Deutschland hinter seinen Möglichkeiten zurück. Es ist ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung, eine konstruktive und verbindliche Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen und Dienste herbeizuführen, um so die großen Chancen, die Prävention und Gesundheitsförderung für unser Gesundheitssystem und für unsere ganze Gesellschaft bieten, effektiver und effizienter zu nutzen.

Die Bundesregierung hat bereits in dieser Legislaturperiode Initiativen für eine bessere Vernetzung gestartet. Ein gutes Beispiel ist der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der von der BZgA im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums initiiert wurde. Mit ihm ist es gelungen, auf Bundesebene die relevanten Akteure der Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verbesserung gesundheitlicher Chancen zusammenzuführen. Darüber hinaus sind in allen 16 Ländern so genannte „Regionale Knoten“ aufgebaut worden, die, hälftig von Krankenkassen und Ländern finanziert, für den Ausbau von vorbildlichen Modellen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte sorgen sollen.

Ein weiteres gutes Beispiel gelingender Kooperation sind die bundesweit 500 lokalen Netzwerke, die die Bundesregierung mit dem Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser (MGH) fördert. Die MGH verbinden bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und professionelle Unterstützung. Sie schaffen mit ihren Angeboten eine niedrigschwellige Infrastruktur, auf die alle Generationen vor Ort zurückgreifen können.

MGH bieten insbesondere auch für Familien praktische Hilfe, z.B. durch die flexible Kinderbetreuung, die einen großen Anteil der Angebote in den MGH ausmacht. Das breite Angebot der MGH schafft Raum für die Weitergabe von Alltagskompetenzen und von Erziehungswissen. Fast die Hälfte der 500 MGH hat sich aus Familienbildungsstätten und Familien- und Mütterzentren heraus entwickelt und integriert die Angebote der Familienbildung oder kooperiert mit öffentlichen und freien Trägern der Familienbildung.

Die Bundesregierung sieht sich in der Förderung von MGH durch die Analysen und Forderungen des Kommissionsberichts sowie durch das Urteil der Menschen vor Ort bestätigt. Gut drei Viertel der Nutzerinnen und Nutzer der MGH fühlen sich durch die Angebote in den MGH stark bis sehr stark entlastet.

Das Beispiel der MGH zeigt: Prävention und Gesundheitsförderung muss die Gegebenheiten vor Ort in den Ländern und Gemeinden berücksichtigen. Gesundheit wird im Alltag der Kinder und Jugendlichen vor Ort hergestellt und dort müssen sie

erreicht werden. Notwendig ist allerdings ein abgestimmtes koordiniertes Vorgehen aller Entscheidungsträger, um sich auf Prioritäten, gemeinsame Ziele und Aktionen zu verständigen, die dann auch regelmäßig darauf überprüft werden, ob sie ihre Ziele erreicht haben. Auch mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM ...“ sollen die maßgeblichen Akteure und Maßnahmen im Bereich der Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht besser vernetzt und ein Beitrag zu Kooperation und Zusammenarbeit geleistet werden.

Wie die Kommission ist die Bundesregierung der Auffassung, dass alle Akteure gleichermaßen – entsprechend ihrer Verantwortungsbereiche – gefordert sind, wenn es darum geht, die Lebensbedingungen und Lebensperspektiven von Kindern und Jugendlichen weiterhin zu verbessern. Vorhandene Ressourcen und präventive Aktivitäten müssen gebündelt und bislang ungenutzte Potentiale ausgeschöpft werden.

Wie der

13. Kinder- und Jugendbericht aufzeigt, kommt der Kinder- und Jugendhilfe dabei eine wichtige Aufgabe zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen der nachfolgenden Generationen zu.

3. Vernetzung stärken – Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenwirken mit anderen Systemen

3.1. Frühe Hilfen und Kinderschutz

Der Schutz von Kindern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Bund, Länder und Kommunen in gemeinsamer Verantwortung gestalten

Kinderschutz findet vor Ort in den Kommunen statt. Ihnen kommt eine zentrale Rolle beim Aufbau vernetzter Strukturen und Früher Hilfen zu, während Bund und Länder wichtige Regelungs-, Anregungs- und Unterstützungsfunktionen übernehmen. Vor dem Hintergrund eklatanter Einzelfälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder den Kinderschutz aufgrund seiner großen gesellschaftspolitischen Bedeutung zum zentralen Gegenstand

ihrer Beratungen am 19. Dezember 2007 und 12. Juni 2008 gemacht. Lücken im Kinderschutz wurden identifiziert und Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes veranlasst.

In mehreren Bundesländern sind Kinderschutzgesetze bereits auf den Weg gebracht und mit dem Ziel beschlossen worden, die verschiedenen Akteure, die mit der Förderung der Entwicklung und dem Schutz von Kindern befasst sind, besser miteinander zu vernetzen sowie die Verbindlichkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen.

Die große Mehrzahl der Bundesländer hat in diesem Zusammenhang die Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen durch konkrete Verfahrensregelungen erhöht. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder wurde zum 1. Juli 2008 eine zusätzliche Untersuchung U 7a vom 34. bis zum 36. Lebensmonat als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.

Auf der Grundlage der Empfehlungen der im März 2006 im Bundesministerium der Justiz eingesetzten Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ wurde im Sommer 2008 das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls verabschiedet.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefs der Länder haben auf ihrer Konferenz am 12. Juni 2008 in Würdigung dieser bereits erfolgten Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes den Beschluss gefasst, dass auch gesetzliche Regelungen auf Bundesebene für einen wirksameren Kinderschutz zügig umgesetzt werden sollen, um identifizierte gesetzliche Lücken zu schließen. Mit den Gesetzentwürfen zur Verbesserung des Kinderschutzes und zur Änderung des Bundeszentralregistergesetzes, die gegenwärtig im Bundestag beraten und noch vor der Sommerpause verabschiedet werden sollen, hat die Bundesregierung die Beschlüsse der Kanzlerin und der Länderchefs ausgeführt.

3.1.1. Frühe Hilfen als Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes

Die Bundesregierung begrüßt es, dass die Kommission der Zeit der Schwangerschaft und der ersten drei Lebensjahre eines Kindes im Rahmen der Darstellung zur Familien- und Elternbildung eine eigene und besonders ausführliche Darstellung widmet und damit die weichenstellende Bedeutung dieser frühen Lebensphase betont. Aus Sicht der Kommission stehe im Fokus der besonderen öffentlichen Aufmerksamkeit sowie der Entwicklung der Fachpraxis derzeit das Erkennen von familiären Risiko-, Belastungs- und Gefährdungskonstellationen und das Bestreben, entsprechende Unterstützungsangebote für junge Familien weiterzuentwickeln. Ziel dieser Bemühungen zum Ausbau Früher Hilfen sei es, Familien früh und rechtzeitig zu erreichen und ihnen präventive Hilfen anbieten zu können, um so einer möglichen späteren Gefährdung des Kindes zu begegnen. Sodann wird formuliert, dass dieses selektive, auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen orientierte Verständnis von Frühen Hilfen nicht unumstritten sei. Bei einer Vielzahl familiärer Unterstützungs- und Hilfebedarfe gehe es nicht um eine potenzielle Kindeswohlgefährdung, es müsse eher eine umfassende Förderung von Verwirklichungschancen im Fokus stehen. In diesem Sinn setzt die Kommission den Begriff der frühen Förderung ein, die universell auf die Unterstützung und Förderung elterlicher Erziehungsarbeit abziele und eine Kindeswohlgefährdung als Sonderfall betrachte.

Förderung – Hilfe – Schutz bilden einen Dreiklang

Die von der Kommission gewählte Unterscheidung zwischen Früher Hilfe und früher Förderung wird jedoch wieder aufgeweicht, wenn im Bericht als erste Forderung an die politischen Handlungsebenen eine frühe Förderung der Entwicklung von Kindern formuliert wird, die sich zwar als breit angelegte und umfassende kommunale Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter versteht, jedoch zugleich mit dem Ziel verknüpft wird, dadurch die Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung zu reduzieren.

Mit dem Anstoß zum Ausbau Früher Hilfen durch das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ verfolgt die Bundesregierung vor allem das Ziel, mittels selektiver Prävention einen Beitrag für einen verbesserten Schutz von Kindern insbesondere von der vorgeburtlichen Zeit bis zum Alter von etwa drei Jahren zu leisten. Dabei sind Frühe Hilfen Bestandteil eines integrierten Kinderschutzkonzeptes, das sowohl das Erkennen von spezifischen Risiken und Gefährdungen, präventive Angebote zur Stärkung elterlicher Kompetenzen als auch Interventionen (z. B. Unterbringungen der Kinder außerhalb ihrer Familie) umfasst. Das Aktionsprogramm scheint damit auch geeignet, mit Hilfeangeboten die soziale Integration von Familien mit Migrationshintergrund zu unterstützen.

Aus Sicht der Bundesregierung ist daher die von der Kommission gewählte – wenngleich nicht konsequent durchgehaltene – Differenzierung von „Förderung“, „Hilfe“ und darüber hinaus auch „Schutz“ (so auch das Modell von Schone (2008), auf das die Kommission verweist) durchaus geeignet, um die Unterschiede in der Zielsetzung der Maßnahmen zu beschreiben. Denn während eine frühe Förderung auf eine allgemeine Förderung der Entwicklung von Kindern abzielt und universell angelegt ist, nehmen Frühe Hilfen insbesondere Familien in den Blick, die sich in belastenden Lebenslagen befinden. Sie zielen damit auf eine frühe Stärkung der elterlichen Kompetenzen ab, um Kindeswohlgefährdungen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Familien in belastenden Lebenslagen bedürfen einer besonderen Ansprache

Dieser von der Bundesregierung gewählte Ansatz wird durch zahlreiche Untersuchungen zu universell angelegten Angeboten (z. B. Elterntrainings, Eltern-Kind-Gruppen) gestützt, die immer wieder auf das Problem der zum Teil sehr geringen Inanspruchnahme und hohen Abbruchraten solcher Maßnahmen bei Eltern in Risikosituationen hinweisen. Insofern erscheint es zu kurz gedacht, mit dem Ziel einer Verhinderung jeglicher Stigmatisierung ausschließlich auf universelle und niedrigschwellige Angebote zu setzen – um so auch Familien in Risikokontexten zu erreichen, dabei aber auszublenken, dass diese Angebote belastete Zielgruppen eben oft nicht erreichen. Denn als Teilnahmebarrieren lassen sich genau jene Faktoren benennen, die zugleich die schwierige Lebenslage oder das Risiko ausmachen.

Auch die Erfahrungen in den Modellprojekten, die die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ in allen Ländern auf den Weg gebracht hat, zeigen, dass es sehr wohl besonderer Anstrengungen bedarf, um einen Zugang zu Familien in belastenden Lebenssituationen zu finden – und dass sie auch einer besonderen Hilfeform und Ansprache bedürfen. Sie sind oft mit breit einsetzbaren Maßnahmen (z.B. Gruppentrainings) weniger gut erreichbar, wenn sie sich überhaupt einer solchen Hilfe zuwenden. Denn gerade diese Familien, die für eine frühe Unterstützung besonderen Bedarf zeigen, sind ohne besondere Ansprache oft kaum motiviert, den Zugang zu Hilfen zu suchen (Präventionsdilemma). Familien mit Migrationshintergrund sind überdies in vielen Fällen aufgrund von Sprachbarrieren von bestehenden Hilfeangeboten ausgeschlossen und benötigen erleichterte Zugänge.

Vom Sozialen Frühwarnsystem zum Netzwerk Früher Hilfen

Ihren Anspruch, dass es systematischer Schritte bedarf, um Familien in belastenden Lebenslagen den Zugang zu Frühen Hilfen zu ermöglichen und sie nicht wieder aus dem Blick zu verlieren, hat die Bundesregierung mit der Aufnahme der Begrifflichkeit „Soziales Frühwarnsystem“ zum Ausdruck gebracht. Zentral ist also der auch für die Kommission wichtige Gedanke eines interdisziplinären Netzwerksystems, der in der Fachpraxis als wesentliches Element anerkannt und umgesetzt wird. Angesichts der Einigkeit in der Sache lässt sich über einen anderen Begriff als „Frühwarnsystem“, der die Kommission an den Katastrophenschutz denken lässt, diskutieren. Eine passendere Beschreibung könnte der Begriff „Netzwerk Früher Hilfen“ bieten, der bereits in den Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder zum Thema Kinderschutz am 12. Juni 2008 aufgenommen wurde.

3.1.2. Psychosoziale Unterstützung für werdende und junge Eltern

Die Kommission mahnt an, dass es für werdende Eltern über die medizinische Versorgung hinaus nur wenige Angebote gebe, die auch eine psychosoziale Begleitung ermöglichen. Während die Finanzierung von Familienhebammen oder bereits vorgeburtlich eingesetzter Familienhelferinnen nicht abgesichert sei, gebe es zwar entsprechende Angebote der Familien- und Schwangerschaftsberatung, die auf der Basis des Schwangerschaftskonfliktgesetzes jedoch nur inoffiziell mitlaufen würden. Gefordert wird daher eine regelhafte Finanzierung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für alle werdenden und jungen Eltern in entsprechenden Bedarflagen. Dies muss aus Sicht der Bundesregierung durch Länder und Kommunen sichergestellt werden.

3.1.2.1. Schwangerenberatung

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sieht entgegen der Darstellung der Kommission weitreichende Regelungen mit Anspruchscharakter über Hilfsmöglichkeiten nicht nur im Falle eines Schwangerschaftskonflikts (sog.

Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5 -10 SchKG), sondern auch bei Fragen, die unmittelbar oder mittelbar eine Schwangerschaft berühren (sog. allgemeine Schwangerschaftsberatung nach

§§ 2 - 4 SchKG), vor. Im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung besteht ein umfassender Anspruch auf Information und psychosoziale Beratung insbesondere

- in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen,
- über bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Familien und Kinder, einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben,
- über Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung,
- über soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfe bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,
- über die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien, die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit beeinträchtigten Kindes zur Verfügung stehen,
- über die Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

Die Schwangere ist darüber hinaus bei der Geltendmachung von Ansprüchen sowie bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen. Der Anspruch auf Beratung im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung umfasst zudem die Nachbetreuung nach der Geburt des Kindes oder nach einem Schwangerschaftsabbruch. Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind zudem Antragstellen für finanzielle Hilfen durch die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Nutzung eines bundesweiten Netzwerks

Die öffentliche Förderung der Beratungsstellen zur Erfüllung der normierten Ansprüche ist bereits im Gesetz vorgesehen (§ 4 SchKG: für je 40.000 Einwohner mindestens eine Beraterin oder Berater), d.h. es besteht bereits ein bundesweites Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen. Der Sicherstellungsauftrag für das bundesweite wohnortnahe plurale Beratungsnetz nach § 2 SchKG richtet sich an die Länder. Schwangerschaftsberatungsstellen nehmen eine wichtige Funktion bei der Vernetzung der Gesundheitsfürsorge und Kinder- und Jugendhilfe ein, denn sie sind häufig erste Anlaufstellen besonders auch für überforderte, sozial benachteiligte schwangere Frauen – oft motiviert durch die finanziellen Hilfen der Bundesstiftung „Mutter und Kind ...“ aber auch aus psychosozialen Motiven. Die Schwangerschaftsberatungsstellen haben daher eine wichtige „Türöffnerfunktion“ im Kontext Früher Hilfen.

3.1.2.2. SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

Das SGB VIII verfolgt das Leitbild, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Beratung und Unterstützung von Eltern bei der Erziehung sowie der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl stellen zentrale Aufgaben dar.

Das SGB VIII knüpft an das Eltern-Kind-Verhältnis an und setzt daher grundsätzlich die Geburt eines Kindes voraus.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vor der Geburt eines Kindes

An einigen Stellen reicht das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe aber bis in die Zeit vor der Geburt zurück. Als spezifischer Leistungstatbestand für die Zeit vor und nach der Geburt kommt insbesondere § 19 SGB VIII (Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder) in Betracht. Nach Absatz 1 Satz 1 sollen Mütter oder Väter, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, gemeinsam mit dem Kind in einer geeigneten Wohnform betreut werden, wenn und solange sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen. Absatz 1 Satz 3 regelt, dass eine schwangere Frau vor der Geburt des Kindes in der Wohnform betreut werden kann.

Nach § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) Absatz 1 Satz 1 sollen Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung angeboten werden. Bei der Beschreibung der Leistungen in Absatz 2 Nr. 1 ist u.a. von Angeboten der Familienbildung die Rede, die „junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten“.

Brücken, die das SGB VIII baut

Die Bundesregierung wird prüfen, ob in Hinblick auf Frühe Hilfen eine engere Verbindung zwischen der in § 16 SGB VIII geregelten Förderung und den Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. SGB VIII hergestellt werden sollte. Möglicherweise liegt zwischen den Voraussetzungen für die Hilfen zur Erziehung (Antragserfordernis, eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung ist nicht gewährleistet, Hilfe ist geeignet und notwendig für seine Entwicklung) und den anderen Leistungen der Kinder und Jugendhilfe eine Lücke, die durch spezifische Leistungen Früher Hilfen zu schließen ist.

3.1.2.3. SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Kinder sind in der GKV beitragsfrei versichert und von Zuzahlungen befreit. Damit leisten die gesetzlich Versicherten einen erheblichen Solidarbeitrag für Familien mit Kindern. Zu dieser Solidargemeinschaft gehört aber auch, dass bestimmte Grundregeln der GKV für alle gelten.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können bis auf festgelegte Ausnahmen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Als Ausnahmen gelten Arzneimittel, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen berücksichtigt sind. Gerade um die besonderen Belange von Familien zu berücksichtigen, sind Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen von dieser Regelung nicht betroffen. Die Erkrankungshäufigkeit in Bezug auf geringfügige Gesundheitsstörungen nimmt mit zunehmendem Alter ab. Die Krankheitsbilder nähern sich denen der Erwachsenen an und es erfolgt der Wechsel vom Kinderarzt zum Hausarzt. Somit ist ab dem vollendeten zwölften Lebensjahr eine Gleichstellung mit Erwachsenen gerechtfertigt.

Die Entwicklung, dass Impfungen in immer geringerem Maße vom ÖGD durchgeführt wurden, hat bereits vor der Verankerung von Impfungen als Pflichtleistungen der GKV durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) begonnen. Grundsätzlich sollte die Basisimmunisierung so frühzeitig wie möglich und zudem niedrigschwellig erfolgen. Daher ist es sinnvoll, dass Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern im Kontext der U-Untersuchungen beim niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt werden.

Um Impflücken zu schließen, ist aber gleichzeitig auch eine Stärkung des aufsuchenden Impfens durch den ÖGD in Gemeinschaftseinrichtungen erforderlich. Aus diesem

Grunde wurde im Rahmen des GKV-WSG durch den § 20 d (3) SGB V die Möglichkeit geschaffen, Impfungen durch den ÖGD bei Übernahme der Sachleistungen seitens der GKV durchführen zu lassen.

Hebammen als Schlüssel zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind

Als spezifische Leistung zur Unterstützung und Förderung eines gesunden Aufwachsens bereits in der frühen Lebensphase kommt insbesondere die Versorgung durch Hebammenhilfe gem. § 134 a SGB V in Betracht. Neben der Möglichkeit ihrer Beschäftigung bei örtlichen Trägern sind Hebammen oft freiberuflich tätig. In Absatz 1 ist die vertragliche Vereinbarung über die Vergütung freiberuflicher Hebammen geregelt. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Hebammenverbänden geschlossene Hebammen-Vergütungsvereinbarung (HVV) sieht für die Zeit nach der Geburt einen Leistungskatalog mit einer genau festgelegten Art und Anzahl von Leistungen (26 Behandlungseinheiten) vor, die bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt berechnungsfähig sind. Nach dieser Zeit sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig (HVV, Leistungsverzeichnis, Abschnitt C.e). Die in sehr dichten Abständen vorgesehenen Besuche während des Wochenbetts werden nach Angaben der Krankenkassen jedoch meist nicht vollständig in Anspruch genommen und daher auch nicht abgerechnet. Mit dem Ziel einer Förderung gesunden Aufwachsens gerade in den ersten Lebensmonaten sollten Krankenkassen und Ärzte darauf hinwirken, dass die vorgesehenen Leistungen möglichst vollständig in Anspruch genommen werden.

Bei der Arbeit mit belasteten Familien können insbesondere die von Ländern und Kommunen zu finanzierenden Familienhebammen unterstützend wirken. Denn als staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation legen sie einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die soziale, psychosoziale und gesundheitsbezogene Beratung und Betreuung von Risikogruppen.

Primärprävention und Gesundheitsförderung haben viele Facetten

Die Bundesregierung sieht sich durch die Kommission in dem Bestreben bestätigt, Gesundheitsförderung und primäre Prävention im direkten Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen zu verankern. Dafür spricht, dass auf diese Weise Menschen mit Präventionsangeboten niedrigschwellig gut erreicht werden können. Für noch Erfolg versprechender und nachhaltiger hält die Bundesregierung den Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit dem auch Lebensverhältnisse der Bevölkerung gesundheitsfördernd gestaltet werden sollen, den der Bericht als „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“ bezeichnet. Neben den Kindertagesstätten, in denen leider nicht alle Kinder erreicht werden können, sind Kinderkrippen, Schulen, Jugendeinrichtungen und Stadtteile geeignete Settings.

Die Leistungen der GKV zur Primärprävention (§ 20 SGB V) sind darauf hin überprüft worden, ob mit ihnen ein Beitrag zur Verminderung von eingeschränkten Gesundheitschancen erbracht worden ist. Es wurde festgestellt, dass die Krankenkassen nach wie vor ein Schwergewicht auf Leistungen der individuellen Prävention legen, mit denen überwiegend gesundheitsbewusste Versicherte erreicht werden. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement im Rahmen der Vorgaben des § 20 Absatz 2 SGB V im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit noch intensivieren könnten.

Die Bundesregierung hat die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung gestärkt, in dem über das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ auch gesundheitsfördernde Stadtteilprojekte finanziert werden können. Begleitend dazu wurde eine Handreichung für Stadtteilakteure wie Quartiersmanager entwickelt („Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“), um sie zu befähigen, Gesundheitsförderungsprojekte zu initiieren.

Als Maßnahmen kommen dabei auch unterstützende Angebote für Schwangere und junge Familien im Rahmen regionaler Netzwerke in Betracht. Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass eine solche Netzwerkarbeit Ressourcen braucht. Sehr zu begrüßen ist, dass einige Länder bereits im Rahmen von Gesetzen zur Förderung eines gesunden Aufwachsens und für einen verbesserten Kinderschutz dafür Sorge getragen haben.

Auf dem Weg zu einer verbesserten Datenbasis

Die Kommission fordert die Bundesregierung auf, ressortübergreifende Grundlagen- und Praxisforschung zu initiieren und verweist auf die Erforderlichkeit belastbarer Daten über das Ausmaß von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in Deutschland. Auch die Bundesregierung sieht diese Bedarfslage und wird entsprechende mit dem Datenschutz zu vereinbarende Maßnahmen prüfen. In diesem Zusammenhang kommt einer konsequenten Umsetzung der in § 294 a SGB V (Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden) normierten Mitteilungspflicht Bedeutung zu. Danach haben Ärztinnen und Ärzte bei Anhaltspunkten für eine Körperverletzung oder Hinweisen auf eine Drittverursachung der Gesundheitsschäden den Krankenkassen die entsprechenden Angaben mitzuteilen. In Annahme der Geltendmachung von möglichen Schadensersatzansprüchen durch die Krankenkassen nehmen Ärztinnen und Ärzte aber von einer entsprechende Diagnosestellung in Fällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Abstand. US-amerikanische Erfahrungen zeigen, dass diese in Krankenhäusern oder Notfallstationen sowie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu erhebenden gesundheitlichen Parameter durchaus geeignet sind, um eine epidemiologische Beschreibung der Phänomene zu erreichen.

Der Anregung des 13. Kinder- und Jugendberichts hinsichtlich kontinuierlicher Gesundheitserhebungen im Kinder- und Jugendalter wurde durch den Aufbau eines Gesundheitsmonitorings am RKI bereits Rechnung getragen. Der Kinder- und Jugendsurvey KIGGS wird in Form einer Kohorte alternierend als Telefonbefragung und Untersuchungssurvey fortgeführt. Die Ergebnisse dieser Erhebung, die auf Ebene des Bundes repräsentativ ist und regional aufgestockt werden kann, werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes analysiert und veröffentlicht werden.

3.2. Neue Perspektiven für Kinder und Jugendliche mit Behinderung

3.2.1. Im Vordergrund steht der junge Mensch

Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben – ebenso wie Kinder und Jugendliche ohne Behinderung – ein Recht auf eine umfassende Förderung ihrer Entwicklung, die sich an ihren spezifischen Bedürfnissen und Interessen als junge Menschen ausrichtet. Die Bundesregierung unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission nachdrücklich, insbesondere auch unter Bezugnahme auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und § 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Zu Recht fordert die Kommission, dass alle Maßnahmen an einer Inklusionsperspektive auszurichten sind, die keine Aussonderung akzeptiert.

Kinder und Jugendliche mit Behinderung sind in erster Linie Kinder und Jugendliche

Die Einnahme einer inklusiven Perspektive verlangt ein Leistungsangebot für behinderte Kinder und Jugendliche, das sich primär an der Lebenslage „Kindheit und Jugend“ orientiert und erst sekundär nach der Behinderung oder anderen Benachteiligungen und Belastungen in dieser Lebenslage differenziert. Dies ist nach Auffassung der Bundesregierung der Maßstab, an dem die Leistungen für junge Menschen mit Behinderung zu messen sind.

Die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist dadurch gekennzeichnet, dass hierfür eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungssysteme in der Verantwortung steht. Neben der Kinder- und Jugendhilfe sind hier insbesondere die Sozialhilfe, die GKV und die Schule zu nennen.

Der junge Mensch muss im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme stehen

Angesichts dieser Aufspaltung der Verantwortung liegt bereits ohne genaue Betrachtung dieser Teilsysteme und ihrer Schnittstellen zueinander nahe, dass die Realisierung des inklusiven Ansatzes eine besondere Herausforderung darstellt. Der Bundesregierung ist es deshalb ein wichtiges Anliegen, die für die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher verantwortlichen Systeme auf ihre inklusive Ausrichtung hin zu überprüfen. Vor allem gilt es, die Systemübergänge eingehend in den Blick zu nehmen.

3.2.2. Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem

3.2.2.1. Kinder und Jugendliche mit Behinderung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe – eine Schnittstelle mit Reibungsverlusten

Die Kommission hat ihr besonderes Augenmerk auf das Verhältnis der Teilsysteme „Kinder- und Jugendhilfe“ und „Sozialhilfe“ gerichtet. Nach Auffassung der Bundesregierung steht diese Schnittstelle zu Recht im Fokus der Kommission, weil hier Abgrenzung und Systemzuordnung nicht unproblematisch erscheinen.

Die Art der Behinderung eines jungen Menschen entscheidet über die Zuordnung zu einem Leistungssystem

Für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung und für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, ist die Kinder- und Jugendhilfe vorrangig vor der Sozialhilfe leistungs verpflichtet (vgl. § 35 a SGB VIII). Demgegenüber liegt die vorrangige Leistungszuständigkeit für Kinder und Jugendliche mit wesentlicher körperlicher oder geistiger Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, bei der Sozialhilfe (vgl. § 10 Absatz 4 SGB VIII). Kinder und Jugendliche mit einem erzieherischen oder einem behinderungsspezifischen Bedarf, der aus einer (drohenden) seelischen Behinderung resultiert, sind demnach dem Leistungssystem „Kinder- und Jugendhilfe“ zugeordnet, während für Kinder und

Jugendliche mit einer (drohenden) körperlichen oder geistigen Behinderung das Leistungssystem „Sozialhilfe“ zuständig ist.

Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung sind unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet

Die Verantwortungsaufteilung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe basiert folglich sowohl auf einer Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung als auch auf einer Differenzierung nach der Art ihrer Behinderung. Diese Zuordnungslogik führt nach Auffassung der Kommission in der Praxis zu erheblichen Definitions- und Abgrenzungsproblemen, aus denen letztlich „Verschiebebahnhöfe“ bzw. „schwarze Löcher“ in der Hilfestellung für die Betroffenen resultieren. Die Bundesregierung hätte sich zu diesen Aussagen von der Kommission eine systematischere Analyse der hierfür maßgeblichen Ursachen gewünscht.

Im Kindes- und Jugendalter vermischen sich die erzieherischen und behinderungsspezifischen Bedarfskategorien

Aus Sicht der Bundesregierung scheitert eine eindeutige Zuordnung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung und Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung zu einem der beiden Leistungssysteme letztlich daran, dass die Entwicklungsdynamik in der Lebensphase „Kindheit und Jugend“ eine trennscharfe Unterscheidung der (Hilfe-)Kategorien „allgemeiner Förderbedarf“, „erzieherischer Bedarf“, „seelische Behinderung“, „geistige Behinderung“ und ggf. auch „körperliche Behinderung“ erheblich erschwert bzw. in manchen Fällen nahezu unmöglich macht. Die Bundesregierung hat hier insbesondere folgende Konstellationen im Blick:

- ***Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen können nur im Kontext des familialen und sozialen Beziehungs- und Erziehungssystems betrachtet werden***

Im Kindes- und Jugendalter sind psychische Krankheitssymptome von Erscheinungsformen der Entwicklungsverzögerung oder anderen Verhaltensauffälligkeiten aufgrund besonderer biographischer oder sozialer Belastungen kaum abzugrenzen. Hinzu kommt, dass ein (besonderer) erzieherischer Bedarf auch dadurch entstehen kann, dass ein Kind/Jugendlicher behindert ist. Unabhängig davon, ob diese Behinderung körperlicher, geistiger oder seelischer Natur ist, steigen die Anforderungen an die Erziehungskompetenz der Eltern. Eine Überforderung der Eltern bei der Erziehung eines Kindes bzw. Jugendlichen mit Behinderung kann demnach sowohl bei körperlich als auch bei geistig und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen auftreten. In solchen Fällen ist es unmöglich zu entscheiden, ob das Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs mit der Behinderung des Kindes bzw. Jugendlichen, der mangelnden Kompetenz der Eltern oder mit anderen sozialen oder biographischen Faktoren zu begründen ist.

- ***Seelische und geistige Behinderungen sind oftmals schwer zu unterscheiden***

Erhebliche Schwierigkeiten können auch mit der Abgrenzung von seelischer und geistiger Behinderung verbunden sein. Insbesondere beim Personenkreis der intellektuell behinderten Kinder bzw. Jugendlichen mit Autismus ist eine Zuordnung im Einzelfall schwierig. Eine generelle Zuordnung autistischer Kinder und Jugendlicher zum Personenkreis der geistig behinderten Kinder wird denjenigen Kindern und Jugendlichen mit autistischen Syndromen nicht gerecht, die über eine normale Intelligenz oder über ausgeprägte Sonderbegabungen verfügen.

- ***Bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderungen ist die Klärung des zuständigen Leistungssystems besonders schwierig***

Nur selten betreffen (drohende) Behinderungen im Kindes- und Jugendalter lediglich einen Funktionsbereich. Zum Beispiel können körperliche oder geistige Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen zu schweren psychischen Fehlentwicklungen und damit zu einer Folgebehinderung in Form einer (drohenden) seelischen Behinderung führen. Bei Mehrfachbehinderungen

bereitet die Feststellung des zuständigen Leistungsträgers besonders große Schwierigkeiten.

- ***Die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in Tageseinrichtungen wird durch strukturelle Barrieren erschwert***

Die gemeinsame Förderung behinderter und nicht behinderter Kinder in Tageseinrichtungen ist nicht nur ein gesellschaftspolitisches Ziel von zentraler Bedeutung, sondern auch ein gesetzlicher Auftrag. So hat der Gesetzgeber über den Grundsatz der uneingeschränkten Teilhabe (§ 4 Absatz 3, § 19 Absatz 3 SGB IX) hinaus in § 22 a Absatz 4 SGB VIII einen integrativen Förderauftrag normiert, wonach Kinder mit und ohne Behinderung grundsätzlich in Gruppen gemeinsam gefördert werden sollen. Aufgrund der geteilten Verantwortung für körperlich/geistig und seelisch behinderte Kinder kann dieses Ziel nur durch eine enge Zusammenarbeit der Träger der Kinder- und Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe erreicht werden. Je nach Art der Behinderung haben Kinder- und Jugendhilfe oder Sozialhilfe den behinderungsspezifischen Bedarf, der über den im Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe liegenden allgemeinen Förderbedarf hinausgeht, zu decken. Hier zeigen sich in der Praxis noch Umsetzungsdefizite.

3.2.2.2. Die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung

Die Bundesregierung hält es angesichts der beschriebenen Abgrenzungsprobleme für notwendig, Optionen für eine Neugestaltung der Verantwortungsbereiche von Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe zu entwickeln.

Die Rückführung der Hilfen für junge Menschen mit seelischer Behinderung in die Sozialhilfe als Konzeptansatz

Bereits in der Vergangenheit wurden infolge der Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe immer wieder Forderungen nach einer

Neuordnung der Zuständigkeiten laut. Eine hierbei intendierte Konzeption, die zuletzt im Rahmen des Gesetzentwurfs des Bundesrates zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG, Bundesrats-Drucksache 712/04) vertreten wurde, sieht die Rückführung der Hilfen für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte junge Menschen in die Sozialhilfe vor. Damit würde die bis zur Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Jahre 1990 geltende Rechtslage wiederhergestellt. Das Leistungssystem der Sozialhilfe wäre dann für alle behinderungsspezifischen Leistungen unabhängig vom Lebensalter des behinderten Menschen zuständig. Für alle erzieherischen Hilfen bliebe es bei der Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Alleinzuständigkeit der Sozialhilfe für behinderte junge Menschen würde die entwicklungsbezogenen Bedürfnisse von behinderten Kindern und Jugendlichen in den Hintergrund rücken

Die Bundesregierung plädiert dafür, die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ als Ausgangspunkt den Überlegungen zu einer Neukonzeption der Zuständigkeitsordnung für die Förderung von jungen Menschen mit Behinderung voranzustellen. Eine Rückverlagerung der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung in die Sozialhilfe hätte den Nachteil, dass das Paradigma der Behinderung und nicht die spezifischen Bedarfslagen der Entwicklungsstufe „Kindheit und Jugend“ im Vordergrund stünden. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung wären (weiterhin) unterschiedlichen Leistungssystemen zugeordnet. Zwar entfielen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen seelischer und geistiger Behinderung. Es wäre jedoch mit erheblichen Streitigkeiten zu rechnen, die im Hinblick auf behinderte Kinder und Jugendliche zwischen einem erzieherischen und einem behinderungsspezifischen Bedarf zu differenzieren versuchen. Diese haben seinerzeit den Gesetzgeber zur Einführung von § 35 a SGB VIII bewogen. Insbesondere infolge der Wechselwirkungen zwischen Behinderung und erzieherischem Bedarf würden mit dieser Option Abgrenzungsprobleme nicht gelöst. Darüber hinaus würde dieser Ansatz auch zu keiner Verbesserung im Bereich der integrativen Kindertagesbetreuung führen.

Die Verlagerung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung in die Kinder- und Jugendhilfe als Lösungsoption

Der Handlungsauftrag des Leistungssystems „Kinder- und Jugendhilfe“ bezieht sich auf die Realisierung des allgemeinen Rechtes junger Menschen auf umfassende Förderung ihrer Entwicklung. Eine konsequente Umsetzung des Anliegens, die Lebenslage „Kindheit und Jugend“ mit ihren spezifischen Bedarfslagen in den Vordergrund zu stellen, könnte demnach durch eine (altersdifferenzierte) Zusammenführung aller Kinder und Jugendlicher mit Behinderung in der Kinder- und Jugendhilfe herbeigeführt werden. Eine solche Zusammenführung wurde bereits von den Kommissionen für den 10. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 13/11368, S. 280) und den 11. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 14/8181, S. 229) gefordert. Die Kinder- und Jugendhilfe wäre dann für alle pädagogisch-therapeutischen Leistungen an junge Menschen unabhängig von der Ursache und Art der Behinderung und der zu ihrer Bewältigung notwendigen Hilfen zuständig. Die Unterscheidung nach Behinderung und Erziehungsschwierigkeiten wäre für die Hilfestellung unerheblich. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung wären demselben Leistungssystem zugeordnet.

Die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe kann nur dann eine Lösung sein, wenn die damit verbundenen Herausforderungen geschultert werden können

Die Bundesregierung weist ausdrücklich darauf hin, dass mit der Umsetzung dieses Ansatzes immense Herausforderungen, insbesondere für die Kommunen als örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe, verbunden wären. Die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe könnte aus Sicht der Bundesregierung daher nur dann als Lösungsoption in Betracht kommen, wenn die damit verbundenen finanziellen, personellen und strukturellen Fragen gelöst werden können. Deshalb muss zunächst eingehend geprüft werden, welche finanziellen, personellen und strukturellen Verschiebungen mit der Realisierung dieses Ansatzes verbunden wären. In

Abhängigkeit vom Ergebnis dieser Prüfung wären dann gegebenenfalls weitere Schritte zur Umsetzung zu prüfen und Konzepte zu entwickeln.

Großen Herausforderungen stehen erhebliche Synergien und fachliche Vorteile einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe gegenüber

Trotz dieser zweifelsohne großen und vielfältigen Herausforderungen hält es die Bundesregierung für notwendig, die Möglichkeit einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe intensiv zu prüfen. Denn den genannten Herausforderungen stehen nicht nur Synergien durch den Wegfall problematischer Schnittstellen, sondern insbesondere fachliche Vorteile gegenüber. Beispielsweise würde dadurch das seitens der Kommission geforderte „Behinderten-Mainstreaming“ im Rahmen jugendhilfepolitischer Planungen und Maßnahmen ebenso erleichtert wie die integrative Förderung behinderter Kinder in Tageseinrichtungen oder der Zugang von Eltern körperlich oder geistig behinderter Kinder zur Erziehungs- und Familienberatung.

3.2.3. Vom Nebeneinander zum Miteinander in der Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche mit Integrationsrisiken – Herausforderungen für ein ganzheitliches Hilfesystem

3.2.3.1. Die Komplexleistung „Frühförderung“ – Ganzheitliche Leistungserbringung in gemeinsamer Verantwortung von Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen

Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt und geholfen werden. Denn gerade die frühkindlichen Entwicklungsphasen sind durch eine hohe Beeinflussbarkeit gekennzeichnet. Dabei können die Ursachen für eine Behinderung oder eine Entwicklungsauffälligkeit ganz unterschiedlich sein. Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder haben deshalb regelmäßig einen Bedarf an einem Ineinandergreifen von medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Hilfen, die auch das familiäre Umfeld gezielt einbeziehen.

Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Kindes und seiner Familie ist unabdingbar und muss mit einem ganzheitlichen Hilfeansatz einhergehen

Die Regelungen des SGB IX zur Früherkennung (Diagnostik) und Frühförderung tragen diesem Ziel Rechnung. Unter dem Begriff „Frühförderung“ werden auf interdisziplinärer Basis medizinische, pädagogisch-psychologische und soziale Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt zusammengefasst. Während für medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit (drohender) Behinderung die Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit für nicht ärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach der Art der (drohenden) Behinderung und obliegt demnach entweder dem Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe oder dem Träger der Sozialhilfe; es sei denn, Landesrecht ordnet diese Leistungen unabhängig von der Behinderungsart nur einem der beiden Leistungsträger zu (vgl. § 10 Absatz 4 Satz 3 SGB VIII).

Die Komplexeleistung ermöglicht eine ganzheitliche Hilfe für Kinder mit (drohender) Behinderung trotz geteilter Verantwortung

Bis zum Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 gab es keine gesetzliche Grundlage für eine interdisziplinäre Leistungserbringung aus einer Hand. Das hat sich mit dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung aus dem Jahr 2003 geändert. Der Gesetzgeber hat durch diese Regelungen die Grundlage dafür geschaffen, dass Leistungen der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe und Leistungen der Krankenkassen als eine „Komplexeleistung“ durch Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren erbracht werden können.

Trotz des hohen Bedarfs ist Frühförderung als Komplexeleistung bundesweit relativ wenig verbreitet

Aus Sicht der Bundesregierung sind hierfür insbesondere folgende Gründe ausschlaggebend: Die Frühförderungsverordnung regelt die Leistungserbringung und -finanzierung nicht im Detail, sondern überlässt wesentliche Aspekte, insbesondere die Frage der Kostenteilung zwischen den Leistungsträgern, der Regelung durch Landesrahmenempfehlungen. Voraussetzung dafür, dass die Frühförderung als Komplexleistung tatsächlich in Anspruch genommen werden kann, ist damit eine Einigung der beteiligten Leistungsträger und der Leistungserbringer auf Ebene des jeweiligen Bundeslandes bzw. auf regionaler Ebene über die Entgelte für die Frühförderleistungen, die Aufteilung der Entgelte und die Anforderungen, die an Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren zu stellen sind.

Obwohl in den meisten Bundesländern inzwischen Landesrahmenempfehlungen abgeschlossen wurden, fehlt es vielfach noch an der Vereinbarung von konkreten Leistungsvereinbarungen vor Ort. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zwischen den Leistungsträgern besteht oft Uneinigkeit darüber, wer in welcher Höhe für welche Leistungsbestandteile der Frühförderung aufzukommen hat. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Komplexleistung Frühförderung nach dem SGB IX und der Frühförderungsverordnung eine neue eigenständige Leistung ist, die sich nicht in der Addition bislang vorhandener Leistungspflichten der beteiligten Leistungsträger erschöpft. Sofern sich die Leistungsträger einigen können, wird seitens der Leistungserbringer immer wieder vorgetragen, dass die angebotenen Vergütungssätze zu niedrig seien und sie damit keine den Anforderungen gerecht werdende Frühförderleistung erbringen könnten. Darüber hinaus wird die Komplexleistung „Frühförderung“ nach wie vor in erheblichem Umfang durch anderweitige Mittel finanziert.

Die flächendeckende Etablierung der Frühförderung als Komplexleistung ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung

Die Bundesregierung beabsichtigt in einem klarstellenden gemeinsamen Rundschreiben der zuständigen Ressorts gegenüber den zuständigen Landesministerien und den Spitzenverbänden der beteiligten Leistungsträger, auf die bestehende Rechtslage hinzuweisen. Das Rundschreiben soll vorher mit den Spitzenverbänden der Träger der

Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Krankenkassen abgestimmt werden. Die Spitzenverbände haben zugesagt, dieses Rundschreiben an ihre Mitglieder weiterzuleiten und um eine entsprechende Handhabung zu bitten.

3.2.3.2. Kooperation und Koordination in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – die Entwicklung multimodaler Versorgungsnetze

Der Bericht beschreibt die Probleme in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS). Die Kommission vermutet insbesondere bezüglich der Pharmakotherapie mit Stimulanzien eine zu leichtfertige Verordnung dieser Arzneimittel durch die Ärztinnen und Ärzte insbesondere außerhalb des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Bundesregierung und Krankenkassen fördern die Entwicklung eines multimodalen Versorgungssystems für junge Menschen mit ADHS

Die Versorgung der Betroffenen im Sinne eines in den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften festgelegten multimodalen Therapiekonzeptes wird durch zahlreiche Maßnahmen der Selbstverwaltung und auch des Bundesgesundheitsministeriums gefördert. Dies erfordert u. a. ein flexibles und zielgruppengerechtes Informationssystem, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt werden wird. Dieses Informationssystem soll sich streng an empirischer Evidenz orientieren und nicht nur die Fachkreise, sondern insbesondere auch – unter Nutzung kommunikationswissenschaftlicher Expertise – die breite Öffentlichkeit erreichen.

Der Aufbau eines „Zentralen ADHS-Netzes“, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde, hatte positive Auswirkungen auf die Entwicklung regionaler, alle relevanten Akteure einbindender Versorgungsnetze.

Mit den bereits erfolgten Gesundheitsreformgesetzen wurden wirksame Instrumente zur Kooperation und Koordination in der Behandlung von Menschen mit ADHS eingeführt

Die vergangenen Gesundheitsreformgesetze stärken mit neuen Vergütungs- und Vertragsinstrumenten Kooperation und Koordination in der Behandlung von Menschen mit ADHS. Diese neuen Möglichkeiten werden auch bereits in verschiedenen Regionen genutzt (z.B. über Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V oder zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V).

Insbesondere der im vergangenen Jahr vorgestellte Mustervertrag nach § 73 c SGB V, der in der "Vertragswerkstatt" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt wurde, zeigt, dass die Selbstverwaltungspartner die Notwendigkeit einer leitliniengerechten Qualifizierung der Versorgung erkannt haben und in die richtige Richtung gehen. Wenn seitens der Leistungserbringer und der Krankenkassen zukünftig die von der Bundesregierung geschaffenen Instrumente vermehrt genutzt werden, können die vielerorts noch bestehenden Lücken bei der Umsetzung einer multimodalen vernetzten Behandlung der Jugendlichen mit ADHS, die insbesondere auch nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Eltern- und Lehrerberatung oder Verhaltenstherapie des ADHS-kranken Kindes umfasst, weitgehend geschlossen werden. Auf Basis des Mustervertrages der KBV haben die Betriebskrankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg zum 1. April 2009 einen ersten Vertrag zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS geschlossen.

3.2.4. Von der Ausgrenzung zur Integration – Herausforderungen für die Förderung von jungen Menschen mit Lernstörungen

Aus Sicht der Bundesregierung sollte das Verhältnis von Kinder- und Jugendhilfe und Schule als weitere Schnittstelle im Rahmen einer Überprüfung der für die Förderung junger Menschen mit Behinderung verantwortlichen Leistungssysteme besondere Aufmerksamkeit erfahren. Die Bundesregierung hält eine Betrachtung dieser Schnittstelle deswegen für notwendig, weil sie einen Zusammenhang zwischen dem seitens der Kommission festgestellten Anstieg gesundheitlicher Belastungen von Kindern

und Jugendlichen im Schulalter und den gestiegenen Ausgaben der Kommunen für Leistungen im Bereich der Hochbegabung oder vor allem der so genannten Teilleistungsstörungen sieht. Hierzu zählen insbesondere Entwicklungsstörungen bei schulischen Fertigkeiten wie die Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie) und die Rechenstörung (Dyskalkulie).

Schulische Probleme gehen häufig mit der Ausgrenzung der davon betroffenen Kinder und Jugendlichen einher

Lernstörungen an sich stellen keine (seelische) Behinderung dar, die eine Leistungsverpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe auslöst. Bei der Kompensation spezifischer Lernschwierigkeiten nehmen die Schulen eine Schlüsselrolle ein. In den einzelnen Landesgesetzen bzw. Empfehlungen finden sich dazu landesspezifisch unterschiedliche Regelungen und Verpflichtungen.

Aus einer Lernstörung kann jedoch eine seelische Störung resultieren, die wiederum zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen kann, wenn die notwendigen Fördermaßnahmen nicht oder zu spät erfolgen. Erst dann liegt eine (drohende) seelische Behinderung vor, die die gegenüber der Schule nachrangige Leistungsverpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe auslöst.

Die steigende Zahl der infolge von Lernproblemen seelisch beeinträchtigten jungen Menschen unterstreicht die Bedeutung eines ausreichenden Förderangebotes in der Schule, um einer Ausgrenzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen entgegenzuwirken.

Ausgrenzung vermeiden und durch verbesserte individuelle Förderung die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen sichern

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Bundesregierung wichtig, individuelle Fördermaßnahmen zur Kompensation von Lernstörungen zu verbessern. Die Kommission bezeichnet unter Bezugnahme auf die föderale Struktur Deutschlands eine

systematischere Berücksichtigung des Förderpotentials der Schule als Desiderat ihres Berichts.

4. Schlussbemerkungen

Der 13. Kinder- und Jugendbericht weist wiederholt darauf hin, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Im Anschluss an die Ottawa-Charta und den Befähigungsansatz plädiert er für ein Verständnis von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, die auf „eine Stärkung der Lebenssouveränität von Heranwachsenden durch die Verminderung bzw. den gekonnten Umgang mit Risiken und eine Förderung von Verwirklichungschancen, Entwicklungs- und Widerstandsressourcen“ zielen.

Zu Recht betont der Kinder- und Jugendbericht daher, dass dafür die bisher weitgehend auf den Erwerb von sozialem Lernen, auf die Vermittlung von kulturellen und personalen Kompetenzen sowie auf die Befähigung zu praktischem Handeln ausgerichtete pädagogische außerschulische Praxis in einem ganzheitlichen Sinne weiterzuentwickeln ist: Stärker als bisher müssen Körper bzw. Leiblichkeit sowie Gesundheit und Wohlbefinden Inhalte fachlicher Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden. Denn die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung lässt sich nur angemessen denken, wenn dabei Gesundheit und Wohlbefinden und damit auch die Achtsamkeit gegenüber dem Körper, dem eigenen wie dem der anderen, einbezogen sind.

Insofern stellt der 13. Kinder- und Jugendbericht auch eine Erweiterung des 12. Kinder- und Jugendberichts dar. Während dort Bildung – im durchaus sonst auch üblichen Sinne – weitgehend losgelöst von Körpererfahrung und Leiblichkeit, von Wohlbefinden und Gesundheit diskutiert wurde, betont der 13. Kinder- und Jugendbericht, dass der eigene (gesunde) Körper nicht nur eine Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse darstellt, sondern dass der eigene Körper selbst ein Medium für Bildungsprozesse darstellt.

