



DIE DEUTSCHEN  
UNIVERSITÄTSKLINIKA®

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Familie,  
Senioren, Frauen u. Jugend  
Ausschussdrucksache  
19(13)116f



UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | KJP | 89075 Ulm

Klinikumsinterne Klassifikation:

**KLINIK**  
für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

**Ärztlicher Direktor**  
Prof. Dr. Jörg M. Fegert  
Steinhövelstraße 5  
89075 Ulm

**Sekretariat**  
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de  
T: 0731 500-61600  
F: 0731 500-61602

Datum 15.2.2021

## Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG)

*Drucksache 19/26107*

Grundsätzlich sind der Gesetzentwurf und die Absicht, Kinder und Jugendliche zu stärken, absolut zu begrüßen. Der weitere Entwicklungsbedarf der Jugendhilfe war schon im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode dargelegt worden und wurde in einem vielschichtigen Dialogprozess „Mitreden – mitgestalten“ diskutiert. Insofern ist zu hoffen, dass nach diesem ausführlich fachlichen Abstimmungsprozess dieses dringend notwendige Gesetzesvorhaben erfolgreich abgeschlossen werden kann. Der Gesetzentwurf soll erstmals die Sicherstellung gesellschaftlicher Teilhabe für **alle** Kinder und Jugendlichen gewährleisten. Junge Menschen, deren Eltern und Familien sollen besser beteiligt werden. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderungen sollen Hilfen aus einer Hand erhalten. Diese Hilfen sollen nach den Vorgaben der VN-BRK an der Inklusionsperspektive ausgerichtet werden. Der Gesetzentwurf will die spezifischen Belange von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung stärker zum Tragen kommen lassen, was grundsätzlich, gerade auch aus kinder- und jugendpsychiatrischer psychotherapeutischer Sicht, sehr zu begrüßen ist. Kinder und Jugendliche sollen besser geschützt werden und mehr Prävention vor Ort soll ermöglicht werden. Grundsätzlich ist all diesen Anliegen nachhaltiger Erfolg zu wünschen.

Besonders erfreulich ist, dass verschiedene Anregungen insbesondere die Regelungen im BGB im Kontext Dauerverbleibensanordnung nun entsprechend unserer Kritik abgeändert wurden. Damit wurde klargestellt, dass das Kindeswohl durch Rückführung in die Herkunftsfamilie nicht gefährdet werden darf. Eine besondere Bedeutung im vorliegenden Gesetzentwurf hat das Übergangsmanagement zwischen Jugendalter und jungem Erwachsenenalter. Im Kontext der psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände haben wir uns seit Jahren

für eine bessere Transition eingesetzt (vgl. *Fegert, Hauth, Freyberger, Banaschewski 2017*). Gerade für Jugendliche mit Teilhabebeeinträchtigungen ist der Übergang in die Erwachsenenwelt oft hochproblematisch, da sich die Grundsätze der Hilfestellung wandeln. Insofern sind die geplanten Regelungen zum Übergangsmanagement grundsätzlich zu begrüßen. Besondere Aufmerksamkeit bedarf die Gruppe der sogenannten „*Care Leaver*“, also Kinder und Jugendliche, die in Institutionen oder Pflegefamilien untergebracht worden waren und im Gegensatz zu vielen Familienkindern relativ abrupt Verantwortung übernehmen müssen. Wir evaluieren derzeit im Auftrag der Schweizer Bundesregierung ein Modellprojekt der Kollegen in Basel (Dr. Marc Schmid, Prof. Klaus Schmeck) – das Projekt *JAEL*, welches die Entwicklungsverläufe fremdplatzierter Jugendlicher prospektiv bis in die Mitte des dritten Lebensjahrzehnts verfolgt hat. Dabei wird deutlich, dass in der Schweiz, nicht zuletzt wegen des relativ hohen Anteils an erzielten beruflichen Bildungsabschlüssen, ein großer Teil dieser junger Erwachsener ihren Platz im Leben findet und trotz manch Herausforderung von einer guten Lebensqualität berichtet. Allerdings gibt es auch ein Fünftel der Jugendlichen mit extrem prekären Lebenssituationen, Sucht, Kriminalität, Wohnungslosigkeit und insgesamt Perspektivlosigkeit.

In Deutschland verfügen wir bislang nicht über belastbare Verlaufsstudien zu Kindern und Jugendlichen, die Hilfen in einer Fremdunterbringung bekommen haben. Eine bessere Datengrundlage und eine spezielle Betrachtung der Situation von Jugendlichen, bei denen Übergänge extrem schwierig sind oder zu scheitern drohen, z. B. bei sog. „Straßenkindern“ über entsprechende Modellprojekte, wäre neben einer generellen Evaluation der Zielerreichung des vorliegenden Gesetzentwurfes dringend erforderlich.

Dennoch möchte ich aufgrund meiner jahrzehntelangen Expertise insbesondere im Bereich Hilfen für Kinder und Jugendliche mit traumatischen Belastungen und (drohender) seelischer Behinderung und vor allem im Kinderschutz im Detail verschiedene Verbesserungen anregen. Diese schriftliche Stellungnahme ist auch abgestimmt mit dem Vorstand von Dazugehören e. V., der interdisziplinären Fachgesellschaft zur Umsetzung von Inklusion und Teilhabe und zur Vermeidung von Mobbing und Diskriminierung, für die ich schon früher zum Referentenentwurf Stellung genommen habe.

Im Folgenden nehme ich zu den einzelnen Regelungen Stellung:

## Artikel 1

**§ 8a (E):** Die Neufassung von Abs. 1 Satz 2 wird ausdrücklich begrüßt, insbesondere dass das Jugendamt sich einen unmittelbaren Eindruck vom Kind und seiner persönlichen Umgebung verschaffen soll falls dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist. Gerade als Angehöriger der Heilberufe, der sich mit der Medizinischen Kinderschutz-Hotline dafür einsetzt, die Meldebereitschaft von Ärztinnen und Ärzten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe

gegenüber der Jugendhilfe zu steigern wenn gewichtige Anhaltspunkte vorliegen, begrüße ich den interdisziplinären Ansatz, die Person, welche im Rahmen von § 4 Abs. 1 Satz 1 KKG dem Jugendamt Daten übermittelt, auch in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen. Seit dem sogenannten „Missbrauchsskandal 2010“ sind die Meldungen nach der Jugendhilfe-Statistik Jahr um Jahr kontinuierlich angestiegen. Durch diesen überproportionalen Anstieg entsteht der Eindruck einer sinkenden Meldebereitschaft der Heilberufe, da der Anteil der Meldungen aus dem heilberuflichen Bereich von 7,5 % auf 6 % der Meldungen insgesamt gesunken ist. In absoluten Zahlen waren aber die Meldungen aus dem Gesundheitsbereich 2019 mit über 10.000 Meldungen deutlich angestiegen. Dennoch ist dies natürlich nicht ausreichend und es ist zu hoffen, dass der Einbezug der meldenden Personen aus der Medizin bei der Gefährdungseinschätzung und entsprechende Rückmeldungen nach § 4 KKG (E) siehe unten zu einer weiteren Erhöhung der Kooperationsbereitschaft führen.

**§ 8a Abs. 3 Satz 1 und Satz 3:** Es sollte in Satz 1 durch den Zusatz „oder sonstiger Dritter“ – wie im Bundesratsverfahren durch das Saarland vorgeschlagen – deutlich gemacht werden, dass es sich hier bei den genannten Professionen nicht um eine abschließende Liste, sondern um eine Nennung häufiger Beispiele handelt. Als Mitglied der Kommission Kinderschutz im Saarland unterstütze ich die Initiative, Arbeitgeber oder andere Dritte zu informieren, wenn andere Kinder oder Jugendliche in Gefahr sein könnten, von einer betreffenden Person missbraucht oder misshandelt zu werden. Hierfür sollte ausdrücklich eine entsprechende Übermittlungsbefugnis ins SGB VIII aufgenommen werden, um ein ggf. notwendiges Tätigwerden des Jugendamts zur Abwendung einer solchen Gefährdung zu ermöglichen. Ein solcher Zusatz soll sicherstellen, dass (zu) eng ausgelegte Datenschutzbestimmungen nicht dazu führen, dass z. B. Träger von Gesundheitseinrichtungen nicht darüber informiert werden, wenn der Jugendhilfe bekannt wird, dass ein Mitarbeiter, der beruflich Kontakt zu Kindern hat, diese Stellung nutzt, um Kinder z. B. über Online Grooming oder andere Anbahnungswege für mögliche sexuelle Übergriffe anzugehen. Der Vorschlag resultiert aus einer realen Fallkonstellation, in der sich das zuständige Jugendamt durch ein Rechtsgutachten abgesichert hatte, in dem ihm empfohlen wurde, die entsprechende Klinikleitung nicht zu informieren, da dafür keine explizite Rechtsgrundlage bestehe. Deshalb sollte hier in § 8a unbedingt eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für Kinderschutz in Institutionen geschaffen werden. Diese sollte das Jugendamt in solchen oder vergleichbaren Konstellationen auffordern, anhand der Bewertung der Erkenntnisse aus dem konkreten Fall die Gefahren für mögliche andere Kinder und Jugendliche einzuschätzen und diese mit den Risiken sowie Folgen einer Fehleinschätzung bei falscher Verdächtigung abzuwägen. Auf der Basis dieser Güterabwägung sollte dem Jugendamt eine entsprechende Gefahrenabwehr ausdrücklich durch eine im Gesetz festgehaltene Übermittlungsbefugnis ermöglicht werden. Mir erscheint es einerseits wichtig hier den Entscheidungsträgern im Jugendamt einen Ermessensspielraum zu überlassen, gleichzeitig aber dafür zu sorgen, dass falls eine Information, z.B. eines anderen

Arbeitgebers, für notwendig erachtet wird, eine klare Rechtsgrundlage mit einer Befugnis zur Datenübermittlung geschaffen wird.

**Zu begrüßen ist in § 8b (E)**, dass die fachliche Beratung nach dieser Norm den **spezifischen Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen** Rechnung tragen soll. Ebenso ist aus der Perspektive der gleichberechtigten Teilhabe von jungen Menschen mit Behinderung § 9 die neu eingefügte Nr. 4 zu begrüßen, die explizit dazu auffordert, entsprechende Barrieren der Teilhabe abzubauen. Mit Aufgreifen des Begriffs „Barrieren“ wird ein direkter Bezug zur *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF bzw. ICF-CY) der WHO hergestellt, die den Abbau oder die Überwindung von Barrieren (barriers and hindrances) gegebenenfalls durch Faszilitatoren (unterstützende Hilfen) fordert.

**§ 9a (E)**: Ausdrücklich zu begrüßen ist die Einrichtung von **Ombudstellen**. Gleichwohl bleibt die hier getroffene Regelung sehr vage, sodass die jeweilige Ausgestaltung in unterschiedlichen Bundesländern evaluiert werden sollte. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass niederschwellige jugendgemäße Zugänge (digital participation) für Beschwerden gewählt werden, z. B. digitale Applikationen.

**§ 10 (E)**: In Abs. 4 (§ 10 (E)) wird nun die jahrzehntelange Forderung der Fachverbände nach einer großen Lösung, nämlich der **primären Zuständigkeit der Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen mit unterschiedlichen oder kombinierten Behinderungsformen** prinzipiell eingelöst. Allerdings sind Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen erst ab dem Januar 2028 vorrangig der Kinder- und Jugendhilfe zugeordnet. Die sogenannte „inklusive Lösung“ wird zwar in weiter Ferne unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII als Gesamtzuständigkeit für Leistungen für junge Menschen realisiert, Voraussetzung ist aber, dass bis spätestens Ende Januar 2027 ein Bundesgesetz konkrete Regelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis, Art und Umfang der Leistung, Kostenbeteiligung und zum Verfahren getroffen hat. Insofern kann man eine Mehrstufigkeit bei der Umsetzung der „großen Lösung“ bzw. „inklusive Lösung“ feststellen, was wohl ein notwendiger Kompromiss gerade mit Blick auf die Herausforderung für Länder und zuständige Kommunen war. Allerdings sollte man unbedingt Anreize schaffen, diese sinnvollen Lösungen lokal früher umzusetzen, um damit auch positive Erfahrungen sammeln zu können. Deshalb rege ich nachdrücklich an, hier eine **Experimentierklausel** aufzunehmen, die es engagierten Städten und Kreisen ermöglicht, **zeitnah und schnellstmöglich die vollständige Umsetzung** vorzunehmen. Dies würde bei einer entsprechenden **Evaluation von Gelingensbedingungen** und Schwierigkeiten bei der Umsetzung dem Gesetzgeber das Treffen eines adäquaten Regelwerks bis spätestens 2027 erleichtern. Deshalb sollte hier ein groß angelegtes Bundesmodellprogramm aufgelegt werden.

**§ 10a (E) und § 10b (E)** regeln **Beratung für Leistungsberechtigte** und – neu – die Einführung eines **Verfahrenslotsen**. Dieser Verfahrenslotse, der Orientierung im „Hilfeschungel“ gerade für junge

Menschen mit Rechtsansprüchen in unterschiedlichen Sozialleistungssystemen gewährleisten soll, soll leider erst mit der zweiten Stufe auf dem Weg zur inklusiven Lösung – also im Jahr 2024 – umgesetzt werden. Tatsächlich kann man der Gesetzesbegründung nur zustimmen, dass *„junge Menschen mit (drohenden) Behinderung und ihren Eltern oder Personensorge- und Erziehungsberechtigten... ein Sozialleistungssystem gegenüber (stehen), das durch eine Vielzahl von Leistungstatbeständen in unterschiedlichen Sozialgesetzen geprägt ist.“* Konflikte zwischen diesen Trägern dürfen nicht auf Kosten der Betroffenen gehen. Es braucht deshalb Unterstützung und Orientierung im „Hilfeschungel“, wie ich es früher schon häufig bezeichnet habe. Es ist nicht zu verstehen, weshalb die Tätigkeit dieser Lotsen mit der dritten Stufe der Umsetzung und der generellen Zuständigkeit der Jugendhilfe für junge Menschen mit Behinderung beendet werden soll, da es ja nicht nur um Ansprüche nach dem Bundesteilhabegesetz im SGB IX und im SGB VIII geht, sondern auch um andere Leistungen nach anderen Büchern, insbesondere Gesundheitsleistungen und Leistungen der medizinischen Rehabilitation aus dem SGB V. Folgt man dem oben gemachten Vorschlag einer **Experimentierklausel und von Modellregionen**, müsste wenigstens dort das wichtige Instrument des **Verfahrenslotsen von Anfang an eingeführt** und erprobt werden.

**§ 35a (E):** Schon in meiner früheren Stellungnahme zum Referentenentwurf hatte ich, gemeinsam mit zahlreichen anderen Verbänden, deutlich kritisiert, dass die **moderne mit der VN-BRK vereinbare Behinderungsdefinition** in diesem Gesetzentwurf nicht konsequent aufgegriffen wird. Zwar wird in **§ 7 Abs. 2 (E) eine korrekte** Definition gemäß des neuen Behinderungsbegriffs verwendet: *„Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und junge Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und junge Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“* In § 35a wird die Abweichung der seelischen Gesundheit immer noch über die Diagnose nach der jeweils gültigen amtlichen deutschen Übersetzung der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) definiert. Derzeit angewandt wird ICD-10; im nächsten Jahr steht eine Umstellung auf ICD-11 bevor. Im Kontext des SGB IX wird allerdings die Beeinträchtigung der mentalen Funktion bei Erwachsenen nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Sinne einer funktionsbezogenen Ermittlung der Behinderung nach § 13 SGB IX erfasst. In SGB IX ist die Jugendhilfe als Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX genannt und damit gelten auch die ab 2020 eingeführten Modifikationen des § 35a Abs. 3 SGB VIII mit Verweis auf die neuen Regelungen im SGB IX. In Absatz 1 Satz 1 im § 35a sollte also in Bezug auf die seelische Behinderung auf § 7 Abs. 2 des Buches verwiesen werden.

Baden-Württemberg schlägt vor, Absatz 2 folgendermaßen zu fassen: „*Hinsichtlich der Feststellung der Behinderung, der Ermittlung des Hilfebedarfs und der Feststellung der erforderlichen Teilhabeleistung sind gemäß § 13 SGB IX Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden, die eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung entsprechend gewährleisten. Die Bedarfsermittlung erfolgt auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsbeeinträchtigung, Behinderung und Gesundheit nach ICF.*“ In einem vom BMFSFJ geförderten Projekt gemeinsam mit dem Deutschen Jugendinstitut hat meine Arbeitsgruppe eine altersentsprechende Ermittlung der Teilhabebeeinträchtigung nach den Kriterien der ICF im Kontext der Jugendhilfe erarbeitet und belegt, dass ein solches Vorgehen machbar ist (Ziegenhain, Fegert, Hartl, Kindler „Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung drohender Teilhabebeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe“. Auch mit Blick auf § 36b (E) ist eine solche einheitliche Feststellung geboten, um den Zuständigkeitsübergang zwischen Kindes- und Jugendalter und Erwachsenenalter problemloser zu gestalten. Zu begrüßen ist, dass diese Norm Kontinuität und Bedarfsgerechtigkeit der Leistungsgewährung sicherstellen soll. Dafür ist aber eine kompatible Bedarfsermittlung Voraussetzung.

In Bezug auf den **Vorschlag der FDP-Fraktion (19/26158)**, zu dem hier auch Stellung bezogen werden soll, befürworte ich grundsätzlich die Streichung der Kostenheranziehung von jungen Menschen in Pflegefamilien oder Institutionen, denn die Reduktion von bislang 75 % auf 25 % führt immer noch nicht zu dem gewünschten Effekt, dass es sich für Jugendliche mit Hilfen aus der Jugendhilfe im Übergang zum Erwachsenenalter (§ 41) und in der Nachbetreuung (§ 41a (E)) lohnt eine Berufstätigkeit oder Lehre aufzunehmen. Außerdem wird durch die Reduktion der mögliche Effekt einer Kostenersparnis durch den Wegfall bürokratischen Aufwands verspielt.

Gerade der Übergang und die Nachbetreuung von jungen Menschen mit belastenden Lebenserfahrungen und (drohender) seelischer Behinderung ist generell schwierig und sozialrechtlich äußerst kompliziert. In der jetzigen Situation und nach Abklingen der Corona-Pandemie ist mit einer verschärften wirtschaftlichen Ausgangslage zu rechnen und ein eventuell bestehender Hilfebedarf konnte über längere Zeit durch Hygiene-Einschränkungen nicht umgesetzt werden. Insofern sind zeitnahe effiziente Planungsverfahren und Übergänge dringend erforderlich. Das Land Baden-Württemberg hat deshalb in der BIOPRO-Initiative soeben beschlossen, ein Modellprojekt zu dieser Thematik mit Modellstandorten in den vier Landesteilen zu fördern (siehe Anlage).

Als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut begrüße ich nachdrücklich die Einführung des **§ 28a (E) Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen**. Diese Norm entspricht Teilen der Empfehlungen der **Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern“**. Diese flexible Hilfsmöglichkeit, die auch durch ehrenamtlich tätige Personen als Patinnen oder Paten erbracht werden kann und die sich in zeitlicher Hinsicht nach dem Bedarf im Einzelfall richtet,

hat sich in mehreren Modellen bewährt und steht nun grundsätzlich zur Verfügung. Zu begrüßen ist deshalb auch die Neufassung von § 36a Abs. 2 (E).

## Artikel 1 und 6 Pflegefamilien, Einrichtungsdefinition

Ausdrücklich zu begrüßen ist **§ 37 b (E)**, die Einführung dieser Regelungen zum **Schutz vor Gewalt**, explizit auch in Bezug auf **Pflegeverhältnisse**, bezieht sich laut Gesetzesbegründung insbesondere auf die Ergebnisse unseres Forschungsprojektes „Foster Care - Rechte stärken, beteiligen, schützen, junge Menschen in Pflegefamilien“ (vgl. Fegert al. 2020). Zu begrüßen ist die Einführung der Möglichkeit der **Dauerverbleibensanordnung in § 1632 Abs. 4 BGB**. Der ausdrückliche Verweis auf das Bedürfnis des Kindes nach kontinuierlichen und stabilen Lebensverhältnissen ist zu begrüßen. Die Änderung im Regierungsentwurf, im Vergleich zur früher von mir stark kritisierten Fassung im Referentenentwurf hat die zentralen Kritikpunkte ausgeräumt und wird begrüßt.

**§ 45 bis 47 SGB VIII (E)**: Zu begrüßen ist, dass die Prüfmöglichkeiten der Erlaubnis erteilenden Behörde teilweise erweitert wurden. Die hier erstmals eingeführte Definition der Einrichtung ist zu begrüßen. Allerdings ist der in § 45a (E) formulierte Landesrechtsvorbehalt zur Festlegung von Kriterien für die Zuordnung familienähnlicher Betreuungsformen, die nicht in einer Einrichtung eingebunden sind, nicht wirklich zielführend, da er Interpretationsspielräume zwischen der Erlaubnis der Familienpflege und familienähnlichen Betreuungsformen eröffnet. Es wäre zu prüfen, ob die in der Gesetzesbegründung genannten, gewachsenen Strukturen und regionalen Unterschiede nicht auch ohne diese Ausnahmeregelung generell zugerechnet werden könnten.

## Artikel 2 Änderungen des Gesetzes zu Kooperation und Information im Kinderschutz

Mir ist nicht ganz nachvollziehbar welche Verbesserung mit den Umstellungen in § 4 KKG verbunden sein sollen. Aus Sicht der Zusammenarbeit für einen kooperativen Kinderschutz ist die Einführung von **§ 4 Abs. 4 KKG (E)** allerdings von höchster Relevanz und sehr zu begrüßen. Gerade Angehörige der Heilberufe haben in der Corona-Situation bei Anfragen an der Medizinischen Kinderschutzhotline immer wieder einen kompletten **Blindflug** beklagt (Fegert et al. 2020). Sie hätten bei einer entsprechenden Meldung bei gewichtigen Anhaltspunkten auf eine Kindeswohlgefährdung keine Rückmeldung vom Jugendamt erhalten und in der Pandemiesituation nicht wissen können, ob lokal überhaupt entsprechende Hilfen zur Verfügung stehen und ob, wie üblich im Kinderschutz, gehandelt werde. Schon die Kommission Kinderschutz in Baden-Württemberg, der ich angehörte, hatte nachdrücklich gefordert Rückmeldungen an meldende Personen in einer expliziten gesetzlichen Regelungen zu ermöglichen. Allerdings war im Abschlussbericht davon ausgegangen worden, dass auch de lege lata eine einfache Eingangsbestätigung schon möglich gewesen ist. Dringend wurde aber de lege ferenda angemahnt auch bei Bedarf eine inhaltliche Rückmeldung geben zu können, z.B. ob sich die gewichtigen

Anhaltspunkte aus Sicht der Jugendhilfe bestätigt haben und ob das Jugendamt Maßnahmen zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen ergriffen hat. Diesen Forderungen trägt der Gesetzesentwurf nun voll umfänglich Rechnung. Mit Bezug auf Diskussionen im Bundesrat sei hier aus fachlicher Sicht noch einmal klar festgestellt, dass etwaige Meldepflichten, z.B. für Angehörige der Heilberufe kontraindiziert sind, da sie empirisch anderen Orts zu einem Gesamtrückgang von Meldungen geführt haben. Unser Kinderschutzsystem ist mit den Zugängen in Ländern des „Common Law“ kaum vergleichbar. Insofern ist es schwierig einzelne Elemente anderer Kinderschutzsysteme zu übertragen, ohne die dortige jeweilige Rahmung zu berücksichtigen.

**§ 5 KKG (E):** Ebenfalls mit Bezug auf die Analyse des „Staufener Falls“ in Baden-Württemberg sollte im neu eingeführten § 5 KKG auch die **Bewährungshilfe** explizit erwähnt werden. Im Rahmen von Lockerungen bei verurteilten Sexualstraftätern können sich gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen ergeben. Insofern sollte hier für entsprechende Hinweise an das Jugendamt eine gesetzliche Grundlage zur Übermittlung der erforderlichen Daten geschaffen werden.

### Artikel 3 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Änderungen in § 1 Abs. 4 SGB V und § 2b etc. zur Beachtung des Entwicklungsaspekts werden ausdrücklich begrüßt. Problematisch sehe ich § 73c SGB V, da hier eine Honorierung der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der Heilberufe und der Jugendhilfe nur bei Fragen der Kindeswohlgefährdung vorgesehen wird. Die sukzessive Einführung der „inkluisiven Lösung“ macht auch zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit (drohenden) Behinderungen interdisziplinäre Zusammenarbeit unbedingt erforderlich. Vom Grundsatz her solle Kooperation deshalb grundsätzlich vergütet werden. Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang, ein Kooperationsgebot im SGB V in den allgemeinen Vorschriften (§ 2 SGB V) und in der Übersicht über die Leistungen (§11 SGB V) aufzunehmen, damit die Kooperation mit Angehörigen der Heilberufe nicht nur im Rahmen der Hilfeplanung § 36 SGB VIII geregelt ist, sondern auch als Gebot an die Heilberufe generell im SGB V aufgegriffen wird. Vergütungsmöglichkeiten sollten auch für den Einsatz telemedizinischer Mittel geschaffen werden. Wenn man aber, wie hier geplant, allein im Kinderschutz die ärztliche Kooperation honoriert, kann der falsche Eindruck entstehen, dass hier finanzielle Fehlanreize für unklare Fälle als „Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ geschaffen werden, um dann diese Fälle abrechnen zu können, geschaffen werden. Gerade weil im Gesetz in § 36 Abs. 3 SGB VIII schon eine gute gesetzliche Regelung der Zusammenarbeit der Angehörigen der Heilberufe und der Jugendhilfe im Kontext der Hilfeplanung besteht, wirkt die neu vorgesehene Regelung in **§ 73c SGB V (E)** besonders auffällig. Denn damit wird signalisiert, man erwartet überall Zusammenarbeit, honoriert diese aber nicht, aber wenn Ärztinnen und Ärzte Kindeswohlgefährdungen melden, dann wird dies finanziell abrechnungsfähig.



## Fazit

Zusammenfassend kann der vorliegende Regierungsentwurf als das gut tragbare Ergebnis eines jahrelangen fachlichen Verständigungsprozesses angesehen werden, welches in die richtige Richtung weist. Bedauerlicher Weise bedeuten die Übergangsregelungen in **§ 107 SGB VIII (E)** quasi eine Zementierung des Status Quo für lange Zeit. Wenn der Zuständigkeitsübergang bei den Hilfen nicht nur als finanzielles Risiko evaluiert und wahrgenommen werden soll, sondern als inhaltlicher **Gestaltungsspielraum für die Fachpraxis**, so ist es wichtig solche Spielräume im Gesetz vorzusehen. Gezielte **Experimentierklauseln** und **Modellvorhaben** sollten die zeitnahe lokale Erprobung der inklusiven Lösung ebenso ermöglichen wie die effiziente Gestaltung der Übergänge zwischen Jugendalter und Erwachsenenalter. Gerade die Unterstützung von **Care Leavern** sollte dabei Beachtung finden. Ursachen für Kontaktverluste zum Hilfesystem, **z.B. bei so genannten „Straßenkindern“**, sollten auch zur besseren Ausgestaltung des Übergangsmanagements untersucht und bessere individualisierte Angebote in Modellvorhaben erprobt werden. Dabei kann auch evaluiert werden, ob nicht doch ähnlich wie bei Kindern die in Familien aufwachsen, das Alter von 25 Jahren das realistische Ziel in Bezug auf die Verselbstständigung darstellt.

Aus der Sicht des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin (Com.Can), dessen Leiter ich bin, ist die lange geforderte **Rückmeldung an meldende Berufsheimnisträger** im Kinderschutz absolut zu begrüßen. Ebenso zu begrüßen sind **flexible Unterstützungsmöglichkeiten** für **Kinder psychisch kranker Eltern in Krisensituationen**. Auch in Bezug auf die **Lebens- und Entwicklungsperspektive von Kindern in Familienpflege** stellt der Entwurf in dem nun errungenen **Formulierungskompromiss einen großen Fortschritt** dar. Endlich wird für eine kompetente Beratung der Herkunftseltern gesorgt, ohne die Verbesserungen in deren Erziehungsfähigkeit ja kaum zu erwarten sind. Gleichzeitig wird die Möglichkeit zu einer **Verbleibensanordnung** geschaffen, wenn die Erziehungsfähigkeit der Herkunftseltern dauerhaft infrage steht. Ein großer Fortschritt ist auch die Einführung von **Schutzkonzepten für Kinder in Familienpflege**, die wir lange, analog zur Situation von Kindern, welche in Institutionen fremduntergebracht sind, gefordert haben.

Die vorgesehene **Evaluation** bezieht sich leider zu wenig auf inhaltliche Dimensionen sondern vor allem auf die anfallenden Kosten. Gerade angesichts der über einen Zeitraum von 7 Jahren geplanten **mehrstufigen Umsetzung der „inkluisiven Lösung“**, müssen **schnellere Veränderungen** durch eine **Experimentierklausel** ermöglicht werden und konsequent evaluiert werden. Auch die Regelungen zu einer Vereinfachung der Übergänge ins Erwachsenenalter müssen evaluiert werden.

Deshalb möchte ich abschließend nachdrücklich empfehlen im Gesetz auch eine entsprechende inhaltliche Evaluation zu regeln.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Ärztlicher Direktor der Klinik für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Leiter des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg (Com.Can)  
Vorsitzender „Dazugehören e.V.“  
Präsident der Deutschen Traumastiftung



#### Literatur:

Fegert, J.M., Hauth, I., Banaschewski, T. & Freyberger, H.J. 2017, "Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie und -psychotherapie", Psychotherapeut, vol. 62, no. 1, pp. 34-38.

Fegert, J.M., Gulde, M., Henn, K., Husmann, L., Kampert, M., Röseler, K., Rusack, T., Schröer, W., Wolff, M. & Ziegenhain, U. 2020, "Qualitätsstandards für Schutzkonzepte in der Pflegekinderhilfe", Das Jugendamt - Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, vol. 93, no. 5, pp. 234-239.

Fegert, J.M., Clemens, V., Berthold, O. & Kölch, M. 2020, "Kinderschutz ist systemrelevant - gerade in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie", Das Jugendamt, vol. 93, no. 4, pp. 178-181.

Ziegenhain, Fegert, Hartl, Kindler: Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung drohender Teilhabebeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe:  
<https://www.uniklinik-ulm.de/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/forschung-und-arbeitsgruppen/sektion-paedagogik-jugendhilfe-bindungsforschung-und-entwicklungspsychopathologie/entwicklung-eines-verfahrens-zur-leistungsbegrueendenden-einschaetzung-drohender-teilhabebeeintraechtungen-durch-fachkraefte-der-jugendhilfe.html>

**Dazugehören BaWü:  
Individuelle Unterstützung für benachteiligte Jugendliche  
im Corona-bedingt erschwerten Übergang zum Erwachsenenalter**

Kontakt: **Prof. Dr. Jörg M. Fegert**  
Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,  
Universitätsklinikum Ulm

Gefördert durch: Ministerium für Soziales und Integration

Durch die Einschränkungen in der Corona-Pandemie haben seelisch behinderte oder suchterkrankte Jugendliche weniger Chancen, ihre Entwicklungsaufgaben im Übergang zum Erwachsenenalter zu bewältigen. Der Gesundheitsstandort Baden-Württemberg muss mit einem modernen vernetzten Gesundheitswesen darauf reagieren und für diese hilfsbedürftigen jungen Menschen die Teilhabechancen verbessern, damit keine „lost generation“ entsteht. Das Projekt realisiert exemplarisch an vier Standorten im Lande neue Wege zu einer digital unterstützten Hilfeplanung für junge Menschen mit Behinderung.

Durch digital unterstützte, vernetzte Fallübergaben in Diagnostik und Therapie sowie durch koordinierte Übergänge von der Kinder- zur Jugendhilfe soll verhindert werden, dass durch langwierige Begutachtungsprozesse und per Brief versandte Stellungnahmen neben den Corona-bedingten Verzögerungen noch mehr Zeit verloren geht. In einem modernen Corona-informierten Übergangmanagement werden die Barrieren und die Unterstützungsmöglichkeiten anhand der medizinischen Diagnostik festgestellt. Im Rahmen eines digital organisierten Netzwerks kann durch aktive Teilnahme frühzeitig eine Ausgrenzung aufgrund von Krankheit und Behinderung vermieden werden. Die notwendige aktive Partizipation der betroffenen jungen Menschen soll durch digitales Training und begleitendes Web-Gruppentraining zur Erhöhung der Selbstbestimmung und Mentalisierungsfähigkeit verstärkt werden. Durch standardisierte, individualisierte Hilfeplanung wird die Genauigkeit der Überführung von Diagnostik in Therapie und Hilfe massiv gesteigert.

Nach der Erprobung an den Projektstandorten steht das Verfahren flächendeckend in Baden-Württemberg zum Einsatz bereit und trägt zu einer aktiven Rückfallprävention und landesweiten digitalen Gesundheitskommunikation bei.