Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Kinderrecht auf Förderung und Teilhabe und die „inklusive Lösung“

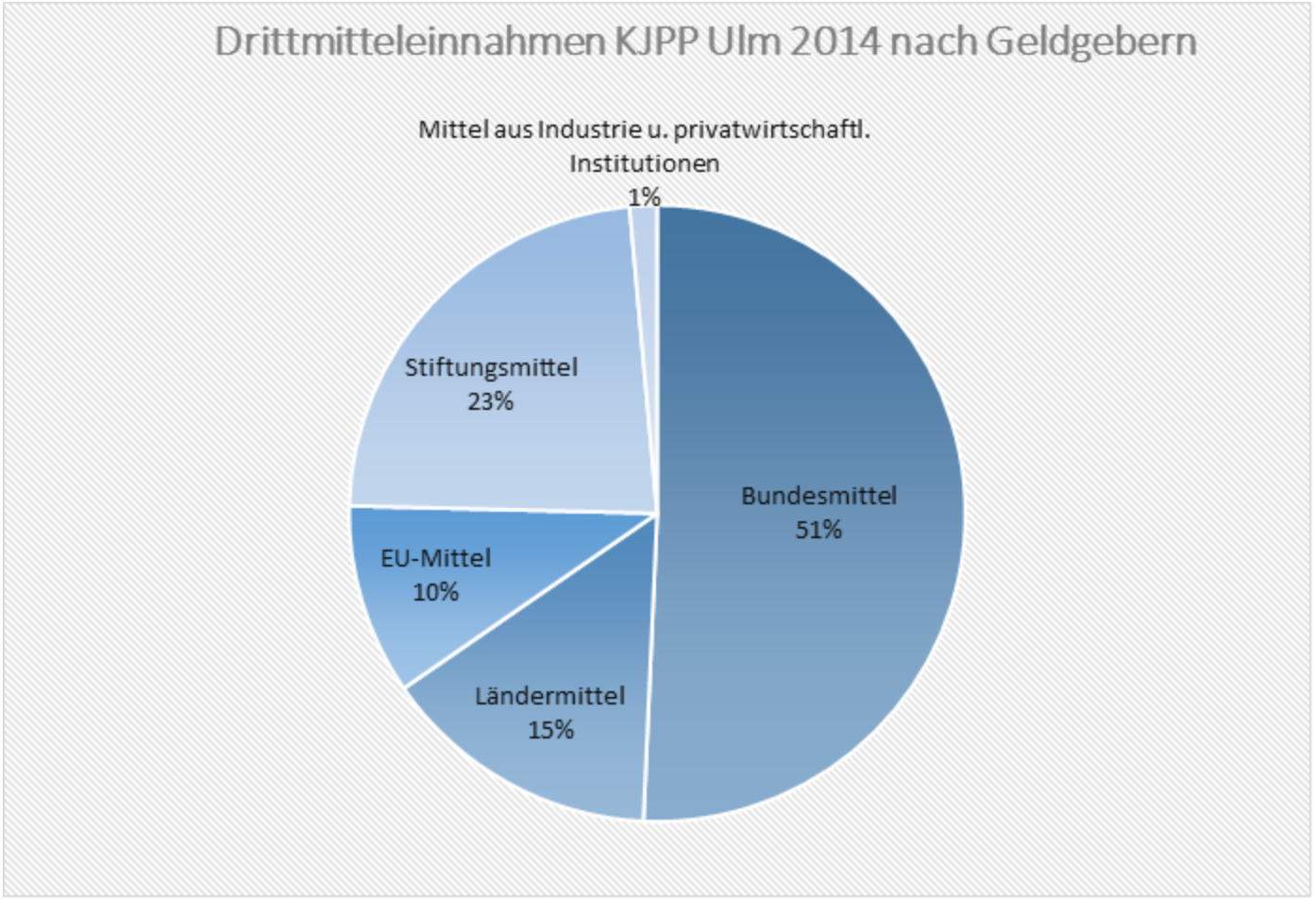
9.11.2015 Frankfurt

J. M. Fegert, Ulm

Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

- Forschungsförderung von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Päpstliche Universität Gregoriana, Caritas, CJD
- Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Goethe Institut, Pro Helvetia, Adenauer-, Böll- und Ebert-Stiftung Shire, Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- Keine industriegesponserten Vortragsreihen, „speakers bureau“
- Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit für Servier, BMBF, Lundbeck
- Mindestens jährliche Erklärung zu conflicts of interest gegenüber der DGKJP und AACAP wegen Komissionsmitgliedschaft
- Kein Aktienbesitz , keine Beteiligungen an Pharmafirmen, Mehrheitseigner 3Li


Drittmitteleinnahmen KJPP Ulm 2014 nach Geldgebern
Mittel aus Industrie u. privatwirtschaftl. Institutionen 1%
Stiftungsmittel 23%
Bundesmittel 51%
EU-Mittel 10%
Ländermittel 15%

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Politische Debatten:

Kinderbeauftragter vs. Normenkontrolle
Kinderrechte in die Verfassung

Cave : Symbolpolitik! Online Petition und was jetzt?

siehe Stellungnahme der DGKJP 2015

Kinderrechte in die Verfassung: langjährige Forderung von UNICEF, national coalition und vielen anderen Verbänden

Nicht im Kontext Artikel 6 GG

sondern als Voraussetzung freier Persönlichkeitsentfaltung

Position BMFSFJ (Staatssekretär Kleindiek Juni 2015):

„***Recht auf Förderung ihrer Fähigkeiten zur bestmöglichen Entfaltung ihrer Persönlichkeit“***

Notwendigkeit der Verfahrensbeteiligung

„Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden , ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden auch wenn man nicht akzeptiert wird.“

(Mädchen 8 Jahre, in Fegert et al. 2000 ,gefördert von VW II/ 74 904)

UN KRK: Artikel 12 (Meinung bilden, angemessen berücksichtigen)

Artikel 13 (Informationsfreiheit)

voice effect

- Mitsprachemöglichkeiten im Entscheidungsprozess erhöhen die wahrgenommene Fairness, selbst dann wenn keine Kontrolle hinsichtlich des Ergebnisses der Entscheidung besteht
- Mitsprache führt zu höherer Akzeptanz und Bindung an die Folgen der Entscheidung
- Schleiermacher 1826***: „ Man darf den Willen nicht unterdrücken, denn je schwächer er sich entwickelt, desto weniger kann er nachher anerkannt werden ...“***

Prinzipielle Umfassenheit des Kindeswohlbegriffs
(Coester 1983, Seite 163)

- Kindeswohlförderung, Förderung der Teilhabe: Salutogenese-Konzept (Antonowsky) führt zur Definition von Basisbedürfnissen, die für eine Entwicklung erfüllt sein müssen.
- Berücksichtigung der Entwicklungsdimension
  - Entwicklungsaufgaben
  - Altersentsprechende Teilhabe
- **Positiv Definition** von Elementen die zum Kindeswohl beitragen versus **negativ Definition** im Sinne einer Eingriffsschwelle (Kindeswohlgefährdung)

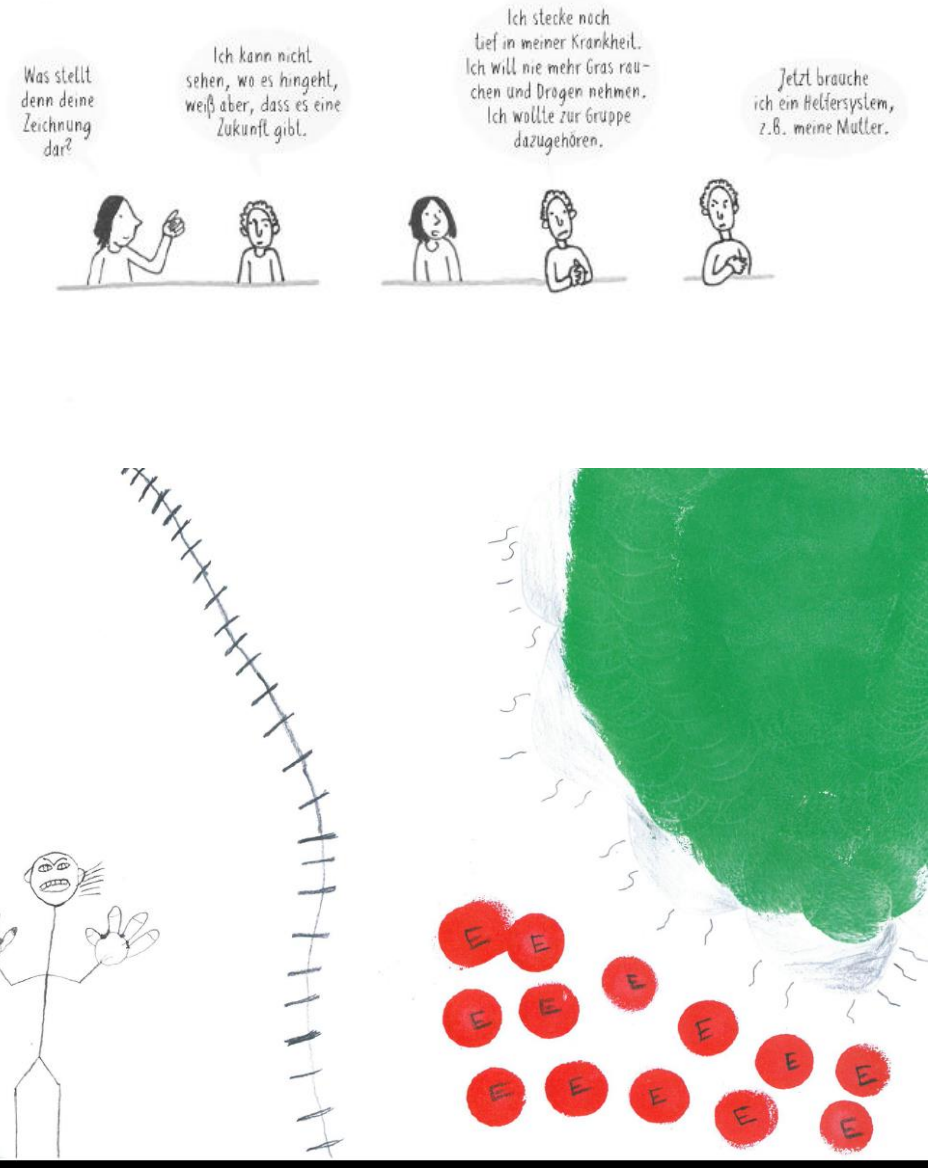
Kindliche Basisbedürfnisse und deren Berücksichtigung in der UN-Kinderrechtskonvention

Basic need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31

Problemfälle Beteiligungsparadoxon (Fegert 1998)

- Gut geförderte Kinder ohne Entwicklungsdefizite, Behinderungen und/oder psychische Störungen haben die besten Voraussetzungen um bei Entscheidungen zu partizipieren.
- Die stärksten Interessenkonflikte und damit die höchste Notwendigkeit der eigenständigen Beteiligung von Kindern ergeben sich in Belastungssituationen und bei Kindern die in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, bzw. behindert sind

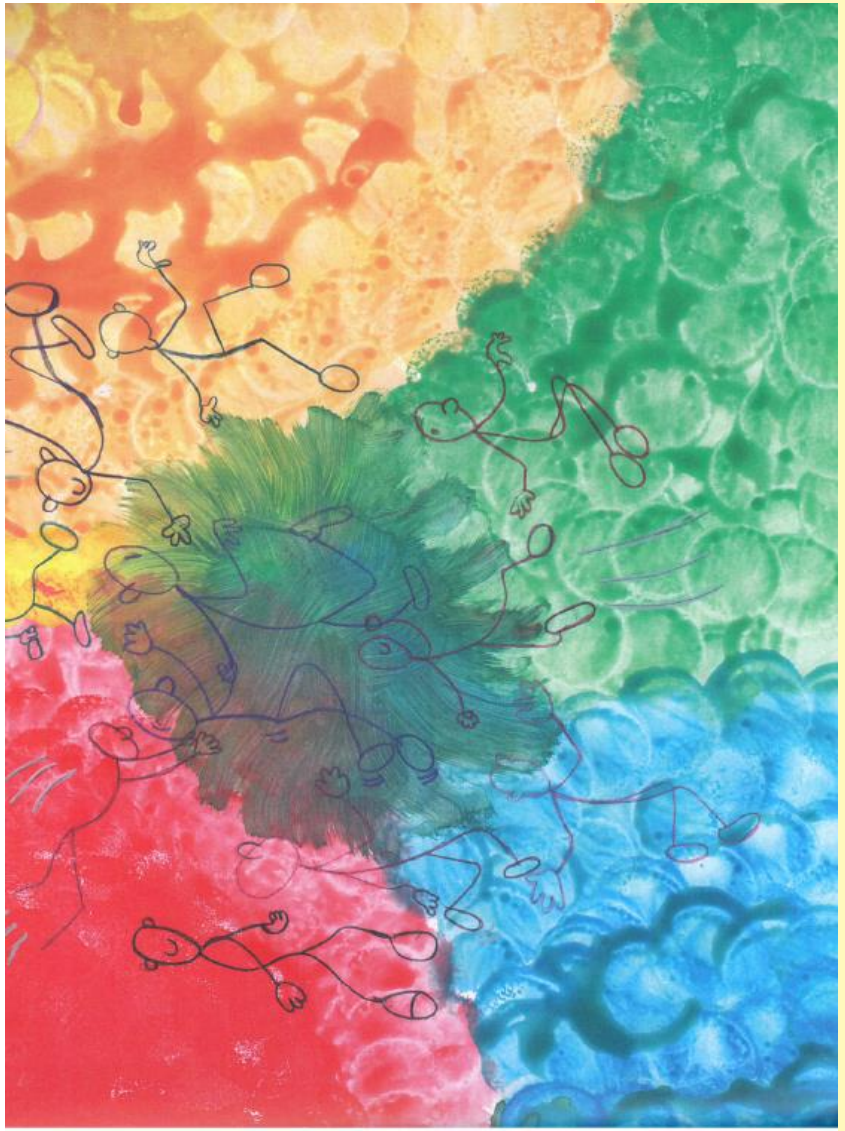
Unser Thema:
Dazugehören!
Bilder aus der
Hans-Lebrecht-Schule


Was stellt denn deine Zeichnung dar?
Ich kann nicht sehen, wo es hingeht, weiß aber, dass es eine Zukunft gibt.
Ich stecke noch tief in meiner Krankheit. Ich will nie mehr Gras rauchen und Drogen nehmen. Ich wollte zur Gruppe dazugehören.
Jetzt brauche ich ein Helfersystem, z.B. meine Mutter.

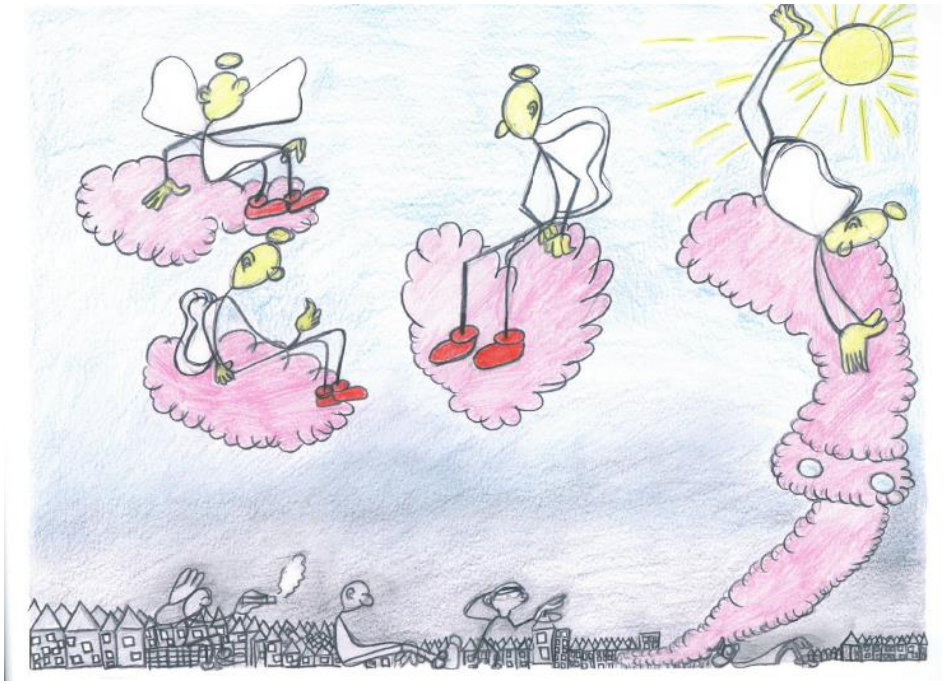
Ein schöner Farbwirbel! Was hast du damit ausdrücken wollen?

Alle sind anders, so wie die Farben. Sie treffen sich in der Mitte, verschmelzen miteinander und gehören zusammen.

In der Mitte tanzen sie fröhlich miteinander. Aber die, die noch außerhalb sind, sind trotzdem nicht alleine.



Kannst du mir beschreiben, was du da gemalt hast?
Ich gehöre zu einer Stadt, in der noch Anonymität, Einsamkeit und Langeweile herrschen.
Das ist traurig!
Deshalb ist alles im Nebel, grau und verhangen.
Zum Glück gibt es Helfer, die uns unterstützen, das zu ändern.



Capability Approach

Nach Amartya Sen 1998 Nobelpreis

Verwirklichungschancen als Freiheiten

- Politische Freiheiten (Kinderrechte)
- Rechte auf Verfahrensbeteiligung, Informationsfreiheit, angemessene Berücksichtigung,
- Ökonomische Faktoren (Ressourcen, Verteilungsgerechtigkeit)
- Soziale Chancen (Bildung, Gesundheit)
- Transparenzgarantien (z.B. Informationspflichten, Transparenz im Hilfeverfahren, Zugänglichkeit von Informationen)
- Soziale Sicherheit (Jugendhilfe, Eingliederungshilfe)

Teilhabekonzepte und Teilhabedimensionen

(Diewald et al. 2016 in Migrationsgutachten WissBeirat Familienfragen)

- Prozessualität der Teilhabe (Teilhabe muss erreicht und aufrecht erhalten werden)
- Teilhabe per se doppelseitig konstruiert (muss von Betroffenen erwünscht, angestrebt und von der Gesellschaft ermöglicht werden)
- Teilhabe durch konkreten Handlungsbezug gut operationalisierbar (Handlungsbereiche, Subsysteme, Kommunikationsprozesse)
- Teilhabekonzept beschreibt Status der Abgrenzung (Barrieren) ebenso wie deren Überwindung und Unterstützung bei der Überwindung Faszilitation
- Entspricht der Tradition europäischer Demokratien in der **Verbindung von Rechten und Pflichten**, d.h. dem Konzept der **voraussetzungsvollen staatlich-gesellschaftlichen Vertragsgemeinschaft**

Entwicklungsdimension der Persönlichkeitsentfaltung

- Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben notwendig für spätere freie Persönlichkeitsentfaltung als Erwachsener
- Kinderrechte in die Verfassung: wenn, dann in Artikel 2 GG
- Kinderrechte in der Verfassung: kein Widerspruch gegen Elternrechte (also nicht in Artikel 6 GG)
- Verpflichtung des Staates Strukturen vorzuhalten die Förderung und Inklusion ermöglichen

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Artikel 3 GG
[Gleichheit vor dem Gesetz]

Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

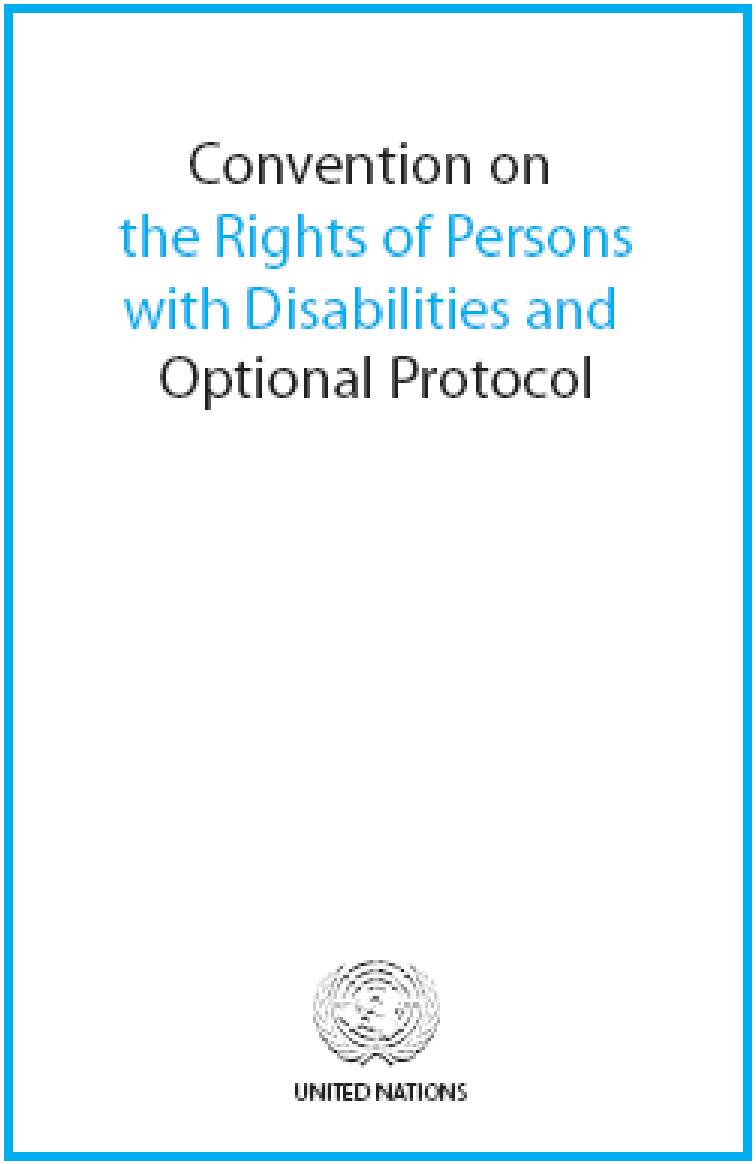
Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.

Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. **Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.**

UN-Behindertenrechtskonvention

Übereinkommen und Zusatzprotokoll am 13. Dezember 2006 in New York verabschiedet

- 3. Mai 2008 nach Ratifizierung durch 20 Vertragsstaaten in Kraft getreten. Alle EU-Mitgliedsstaaten bis auf Lettland haben die Konvention ratifiziert, 16 das Zusatzprotokoll unterzeichnet
- UN-Behindertenrechtskonventivon ist 2 Jahre nach Unterzeichnung am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten


Convention on
the Rights of Persons
with Disabilities and
Optional Protocol
UNITED NATIONS

Integration versus Inklusion

Artikel 3 **UN-Behindertenrechtskonvention „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft**“,

Diversity Ansatz: *„Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“*

Artikel 24 „Education“:

2. (a) Personen mit Behinderung sollen nicht vom allgemeinen Bildungssystem wegen ihrer Behinderung ausgeschlossen werden

Band 4 Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht

Jörg M. Fegert
Theo Frühauf

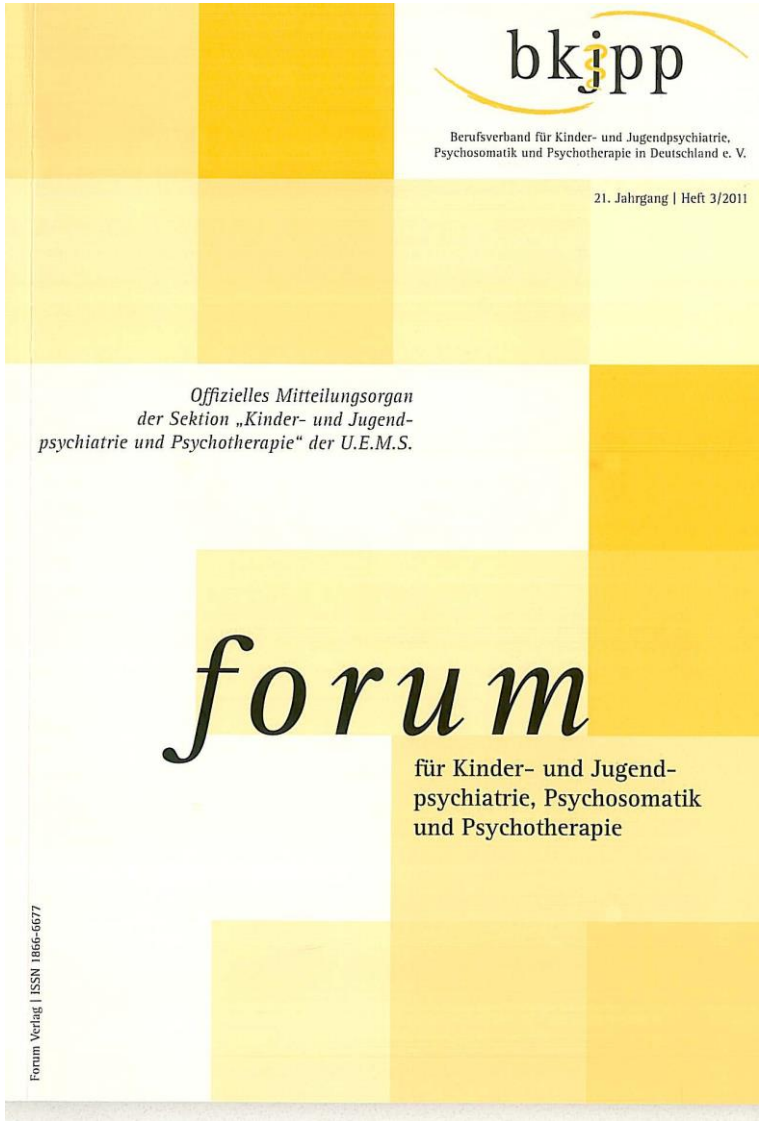
INTEGRATION VON KINDERN MIT BEHINDERUNGEN

Seelische, geistige und körperliche Behinderung

DJI Deutsches Jugendinstitut

Trick gescheitert (offizielle amtliche deutsche Übersetzung) Inklusion vs. Integration

- **Begriff der Inklusion** ist ein neuer Begriff
- **Integration** = (Wieder)eingliederung behinderter Menschen in die Gesellschaft
- **Inklusion** = Umgestaltung der sozialen Umwelt als Voraussetzung für die gemeinsame Nutzung und gesellschaftliche Teilhabe durch heterogene Gruppen von Kindern und Jugendlichen hin - Einbezug von Anfang an
- **Alle Leistungssysteme müssen sich so verändern, dass sie eine individuelle Förderung aller Personen ermöglichen**
- Abschaffung von Parallelstrukturen und Sondereinrichtungen



Inhalt

Editorial: Separation, Integration, Inklusion
Ingo Spitczok von Brisinski 2

Alle in einen Topf? Kinder- und Jugendpsychiatrie und Inklusion
Klaus Hennicke..... 16

Pädagogische Inklusion – Hoffnung oder Illusion?
Anmerkungen eines Kinderpsychiaters
Wolfram Kinze..... 35

Wo wir noch gar nicht wissen, wie wir das machen sollen
– Fragen zur Inklusion
Michael Buscher 42

Inklusion bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz
unter Berücksichtigung biopsychosozialer Aspekte
Ingo Spitczok von Brisinski 56

Inklusion gestalten – Seelische Probleme von Kindern und Jugendlichen
in der Schule
Hubertus Adam, Heidi Bistritzky & Angela Ehlers 77

Inklusion trifft Förderschwerpunkt
Herbert Kajosch 102

Die therapeutische Gemeinschaft – Voraussetzung einer erfolgreichen
Therapie von geistig Behinderten, Mehrfachgeschädigten und Kindern
mit autistischen Spektrum-Störungen – Ein Beitrag aus der Praxis
der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten
Fürstenwalde/Spree von 1972 bis 1990
Susanne Stachat 105

Religion im medizinischen Alltag
Hamit Ince 121

Buchrezension
Zur Psychoanalyse der ADHS 127

Hinweise für Autoren 129

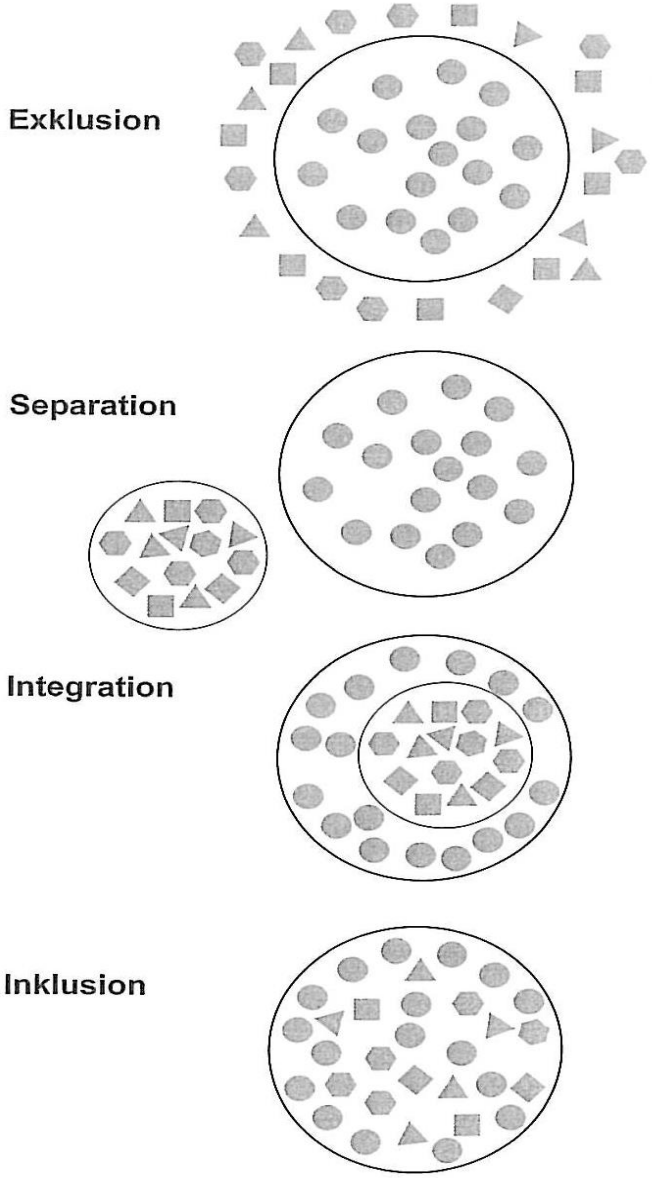


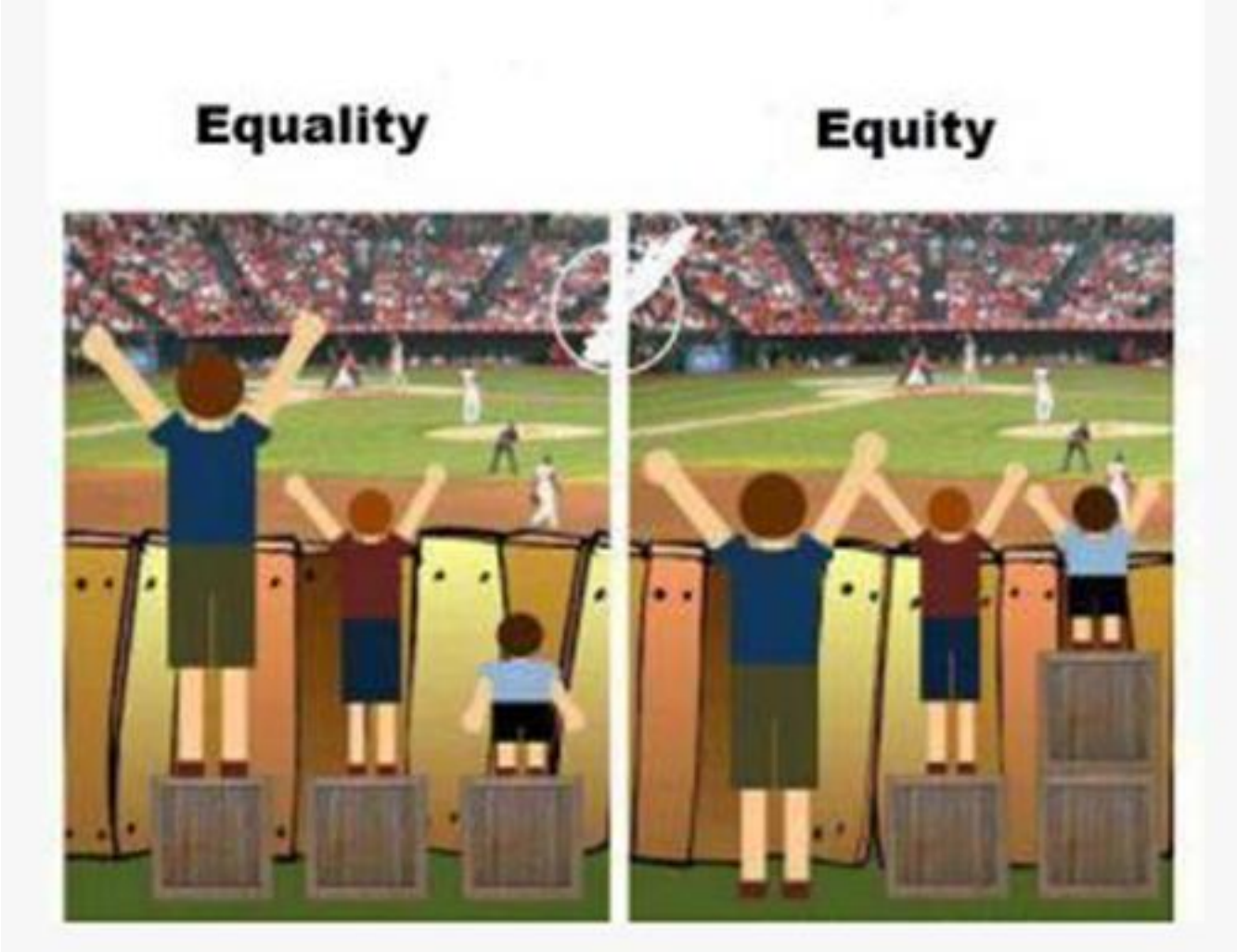
Abb.1: Verschiedene Formen des Zusammenlebens zwischen unterschiedlichen Gruppen in einer Gesellschaft/unterschiedlichen Mitgliedern in einer Gruppe.

Inklusion

„Inklusion heißt nicht, Menschen mit Behinderung in ein ansonsten gleichbleibendes System des Bestehenden einzubinden. Inklusion ist der kritische Maßstab, der das bestehende System darauf hin befragt, wie es sich ändern muss, damit behinderte und nicht behinderte Kinder zusammen lernen können.“

Uwe Becker, Süddeutsche Zeitung, 10.04.2013

Inklusion bedeutet nicht gleiches Recht für alle, sondern jedem die Förderung die er/sie benötigt



Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Inklusion in Deutschland – eine bildungsstatistische Analyse der Bertelsmann Stiftung

Begriffserläuterungen

- **Förderquoten** geben den Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf an allen Schülerinnen und Schülern an – unabhängig von ihrem Förderort.
- **Exklusionsquoten** geben den Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf, die separiert in Förderschulen unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern an
- **Inklusionsquoten** geben den Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf, die inklusiv in allgemeinen Schulen unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern an
- **Exklusionsanteile** geben den Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf, die separiert unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf an.
- **Inklusionsanteile** geben den Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Förderbedarf, die inklusiv unterrichtet werden, an allen Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf an.

Zentrale Ergebnisse der Studie

- 6,4 Prozent der Schülerinnen und Schüler hatten 2011/12 einen diagnostizierten sonderpädagogischem Förderbedarf
- Große Unterschiede in den Bundesländern:
  4,9 Prozent in Rheinland-Pfalz
  10,9 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern
- Förderquote ist von 2000/01 bis 2011/12 von 5,3 auf 6,4 Prozent angestiegen
- Im gleichen Zeitraum ist die Quote der Schüler, die in Förderschulen lernen (Exklusionsquote), kaum angestiegen: von 4,6 auf 4,8 Prozent.
- Die Quote der Schülerinnen und Schüler, die in allgemeinen Schulen inklusiv unterrichtet werden (Inklusionsquote), verdoppelte sich von 0,7 auf 1,6 Prozent.

Zentrale Ergebnisse der Studie

- Unterschiede zwischen den Bildungsstufen: Inklusionsanteil in
  - Kindertagesbetreuung bei **67,1 %**
  - Grundschulen bei **39,2 %**
  - weiterführenden Schulen bei **21,9 %**
- Nur **9,8 Prozent** der inklusiv unterrichteten Schülerinnen und Schüler lernen 2011/12 in Realschulen oder in Gymnasien
- Drei Viertel der Förderschüler verlassen die Schulen ohne Hauptschulabschluss
- Geringe Zugangschancen auf den Ausbildungsmarkt

Konrad Adenauer Stiftung

Auf dem Prüfstand: Inklusion im deutschen Schulsystem

Christine Henry-Huthmacher u. a.

Zum Mitnehmen

- Im Mittelpunkt der Inklusion stehen das Kind und sein Wohl, Differenz und Vielfalt der Behinderung bedürfen vielfältiger Angebote.
- Die Abschaffung der Förderschule nimmt den Eltern die Wahlfreiheit.
- Die aktuelle Umsetzung der Inklusion in Deutschland erfolgt in sechzehn Geschwindigkeiten, sechzehn Diagnosekatalogen und sechzehn Finanzierungsmodellen. Dies hat Konsequenzen auf die Zahl der Förderschülerinnen und -schüler, die Förderschwerpunkte und die Unvergleichbarkeit der Diagnoseergebnisse.
- Der/die Schulbegleiter/in ist eine zusätzliche personelle Unterstützung in Inklusionsklassen. Ob ein neuer „Beruf" entsteht, ist noch unklar. In den meisten Bundesländern bestehen keine fachlichen Rahmenbedingungen für seine/ihre Aufgaben.
- Die Herausforderung der schulischen Inklusion besteht in der verbesserten Zusammenarbeit von sonderpädagogischem Personal, Regelschulkräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe. Entscheidend ist die Hinführung zu einer Doppelbesetzung in allen Klassen.
- Eine „Ombudsstelle Inklusive Bildung" kann zur besseren Umsetzung der schulischen Inklusion beitragen. Sie unterstützt Eltern von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, indem sie als Beratungs- und Klärungsstelle auch bei Konflikten vermittelt.
- „Unterstützungs- und Kompetenzzentren Inklusion" helfen bei der Umsetzung des schulischen Inklusionsprozesses für Kinder mit emotionalen und sozialen Auffälligkeiten.

http://www.kas.de/wf/doc/kas_42671-544-1-30.pdf?150929110010

UNIVERSITÄT ULM · CURANDO · SCIENDO · DOCENDO

Keine Experimente auf Kosten der Kinder

- **Anordnung von Inklusion und Abschaffung fördernder Institutionen ohne Übergangsstrategien und Aufbau hinreichender neuer Förderangebote**, widerspricht häufig dem individuellen Kindeswohl.
  - Gefahr durch doktrinär angeordnete Abschaffung von Spezialeinrichtungen ohne klare Analyse wie sie ersetzt werden können (Beispiel: auch in der Psychiatrieplanung NRW Abbau der Spezialstation für jugendliche Sexualstraftäter in Viersen, Abbau von Spezialangeboten für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen.
  - Angeordneter Abbau zahlreicher Sonderschulen in mehreren Bundesländern.
- Elternwunsch und Kampf um inklusive Beschulung kann bisweilen Vermeidungsstrategie einer individuellen Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten des eigenen Kindes bedeuten.
- **Individuelles Kindeswohl (Entwicklungschancen) relevanter Maßstab** nicht prinzipieller Anspruch auf eine inklusive Gesellschaft, der sicher auch Teil des Kindeswohls ist.

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Inklusion - gemeinsames Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen als gesellschaftliches Ziel

Herausforderung, Verpflichtung und Aufgabe einer sozialen Gemeinschaft, alle Menschen in vergleichbarer Weise von Geburt an bis ins Alter am Leben in allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv zu beteiligen.

vs. *Ausgrenzung,* „Sonderbezirke“ für bestimmte Gruppen von Menschen (Menschen mit Behinderung, mit Migrationshintergrund, sozial Schwache etc.)

aber:

inklusives Aufwachsen als **„Differenzierungsstrategie“**
keine **„Normalisierungsstrategie“**

→ **Inklusion heißt auch Berücksichtigung des „Besonderen“**
individuelle Förderung in einem inklusiven Setting

(13. Kinder- und Jugendbericht, 2009)

Video Aktion Mensch Inklusion

http://www.youtube.com/watch?v=COJyb3D_JjA

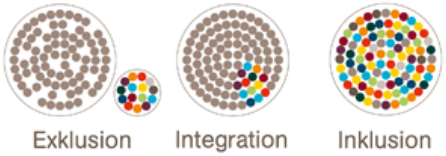
Video: Inklusion in 80 Sekunden erklärt

Was ist Inklusion?

In rund 80 Sekunden erklärt dieser Film im Strichmännchen-Stil, was Inklusion bedeutet: beim Sport, in der Schule, bei der Arbeit.

› **Jetzt Film downloaden**
(Dateigröße: 7 MB, Auflösung: 730x410 Pixel)

› **Jetzt barrierefreie Version downloaden**
(Deteigräße: 11,5 MB, Auflösung 730x410 Pixel)



Info-Grafik "Exklusion - Integration - Inklusion":

› **Grafik für Online-Verwertung downloaden**

› **Grafik als Druckdatei downloaden**

Inklusion betrifft **alle** Kinder und Jugendlichen

alle Kinder und Jugendliche mit Behinderung oder die von Behinderung bedroht sind (**große Lösung**)
alle Kinder und Jugendliche mit Teilhabebeeinträchtigung
Problematik Teilhabebeinträchtigungen aufgrund mangelnder Förderung
(inklusive Lösung: Rechtsanspruch für alle Kinder)

→ in erster Linie **Kinder und Jugendliche** mit Bedürfnissen Problemen und Entwicklungsaufgaben wie alle anderen Kinder und Jugendliche auch

→ alle Kinder und Jugendlichen, auch behinderte Kinder, haben ein Recht darauf, dass ihre Bedürfnisse im erzieherischen Bereich wahrgenommen und adressiert werden

der erzieherische Bedarf ist gerade bei Kindern und Jugendlichen mit seelischer, körperlicher oder geistiger Behinderung erhöht

Kinder ohne Einschränkungen bekommen auch verändertes Umfeld

13. Kinder- und Jugendbericht

Erster Kinder- und Jugendbericht, der explizit den Auftrag hat, die Lebensbedingungen von Kindern mit Behinderung in den Blick zu nehmen.

Entscheidung der Kommission:

- Lebenslage von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen als Querschnittsthema = keine Institutionenperspektive **sondern personenzentriert**
- Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sind in erster Linie Kinder und Jugendliche mit Bedürfnissen, Problemen, Entwicklungsaufgaben etc. wie alle anderen Kinder und Jugendliche auch und sie brauchen einen behinderungsbedingten Nachteilsausgleich , damit sie in der Gesellschaft bleiben können (Inklusion)

13. Kinder- und Jugendbericht

… ausgewählte zentrale Erkenntnisse:

- In der Forschung gibt es kaum Daten über die gesundheitliche Lebenslage von Kindern mit Behinderung (Ausnahme ist der Bereich medizinischer Diagnostik).
- Die **medizinischen Diagnosen** sind in der Mehrzahl **„defizitorientiert“ („was geht nicht?“)** und geben kaum Einblicke in Ressourcen und Lebenslagen.
- **Krankheit und Behinderung** werden selten unterschieden – gleichwohl bewegen sich auch Heranwachsende mit Behinderungen auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit und Gesundheit steigt mit besseren Teilhabe-Chancen!
- Die **Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Jugend- und Sozialhilfe für verschiedene Arten von Behinderungen ist hinderlich für die richtige Hilfe zum richtigen Zeitpunkt.**

13. Kinder- und Jugendbericht

… ausgewählte zentrale Erkenntnisse:

- Der Hilfebedarf wird häufig aus **einer Angebots- und Institutionenlogik** heraus formuliert und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen.
- Die Praxis der Leistungsträger ist **durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweis zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe (und auch Krankenkassen) geprägt. Komplexleistungen und Mischfinanzierungen spielen kaum eine Rolle**.
- Es entstehen an den Schnittstellen der Systeme „**Verschiebebahnhöfe“ und bisweilen „schwarze Löcher“.**
- Kindertagesstätten als Ausnahme: Hier haben wir es bundesweit mit einem flächendeckenden Ausbau integrativer Angebote zu tun.

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

§ 2 SGB IX Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Vorgeschichte der Eingliederungshilfe

- Krankenversicherung nach Bismarcks-Sozialreformen
  - 1881 gesetzliche Krankenversicherung
  - 1884 gesetzliche Unfallversicherung
  - 1889 gesetzliche Invalidenversicherung

Entwicklung der Eingliederungshilfe
Unterscheidung zwischen diagnostizierbaren Abweichungen und Funktionseinschränkungen

- Ausschluss so genannter „**stationärer Erkrankungen“** bei „Krüppeln und Sinnesbehinderten“ aus der Krankenversicherung.
- Anfang 20. Jahrhundert (**1906)**

  erste „Reichs - Krüppelzählung“
- Schon vor der „Reichs-Krüppelzählung“ Debatte zwischen Biesalski (Orthopäde und Gründer des Berliner Oskar-Helene-Heims) und dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamts über die Formulierung des Begriffs „Krüppel“
- Erfassung aller Fehlbildungen versus Erfassung von Personen, „welche durch Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit eines oder mehrerer Glieder in ihrer **Erwerbsfähigkeit** gänzlich behindert oder wenigstens beschränkt“ sind.

Weimarer Republik

- Aufgrund der zahlreichen Kriegsopfer werden 1919 neue Standards in der Kriegsgeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge eingeführt.
- 1920 wird Versorgungsrecht neu geregelt und die **Wiedergewinnung der Erwerbstätigkeit** in den Mittelpunkt gestellt.
- 1920 Verpflichtung der Stadt- und Landkreise zur Fürsorge und Prävention im Behindertenbereich im preußischen **Krüppelfürsorgegesetz**
- 1924 **Reichsjugendwohlfahrtgesetz** macht Jugendhilfe zu eigenständigem Zweig der Fürsorge
- **Damals „Große Lösung“ Jugendamt war seit seiner Einführung damals auch für Hilfen für behinderte Kinder und Jugendliche zuständig (vgl. Welti 2005)**
- Einschnitt Nazizeit „lebensunwertes Leben“, Aktion T4, Behindertentötung

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinder-Psychiatrie 1940 in Wien

Gründung und Erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder-Psychiatrie und Heilpädagogik in Wien

Von

Professor Dr. **P. Schröder**, Leipzig

Am 5. 9. 1940 hat in Wien im großen Hörsaal der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik die Erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder-Psychiatrie und Heilpädagogik stattgefunden. Sie war von fast 500 Teilnehmern besucht, Pädagogen, Ärzten und Verwaltungsbeamten, welche mit der Betreuung und Erziehung, der Erkennung und Bewertung von Kindern und Jugendlichen zu tun haben, soweit sie körperlich, an ihren Sinnesorganen, oder aber geistig und seelisch anlagemäßig benachteiligt oder umweltgeschädigt und vernachlässigt sind.

Als Einberufer und Leiter der Tagung konnte Professor Dr. *P. Schröder*-Leipzig Vertreter des Reichsinnenministeriums, des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda sowie des Reichsgesundheitsamtes begrüßen und ihnen für Förderung

Zitat: P. Schröder, Leipzig, Zeitschrift für psychische Hygiene, 13 Band (1940)

„Als Einberufer und Leiter der Tagung konnte Prof. Dr. P. Schröder – Leipzig – ***Vertreter des Reichsinnenministeriums, des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda sowie des Reichsgesundheitsamt begrüßen und ihnen für Förderung und materielle Unterstützung danken.*** *Er dankte ferner vor allem dem NS-Lehrerbund, Reichsfachschaft V und der Gesundheitsführung der Reichsjugendführung für ihren raschen und verständnisvollen Einsatz; er begrüßte sodann die Vertreter des deutschen Gemeindetags, der deutschen Vereinigung für Jugendrichter und Jugendgerichtshilfe, der Gesellschaft für Heilpädagogik, des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, des Zentralausschusses für innere Mission …“*

Vereinigung von Heilpädagogen und Kinderpsychiatern …

Es habe in den letzten Jahren alles dahin gedrängt, auch in Deutschland, wie es im Ausland bereits an verschiedenen Stellen geschehen ist, die Gesamtheit der Heil-Pädagogen und Kinder-Psychiater zu gemeinsamer Arbeit zusammen zu fassen. … „Ein rascher Zusammenschluss wurde insbesondere durch den NS-Lehrerbund begünstigt und ermöglicht. Die Gelegenheit zur Festsetzung der ersten Tagung gab die für Anfang September 1940 anberaumte Wiener Kinderwoche, welche mit der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde begann und mit der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie endete; beide hatten auf die Tagesordnung ihres letzten bzw. ihres ersten Verhandlungstages Referate aus dem Gebiete der kindlichen Seelenkunde und Pädagogik gesetzt.“

Verständnis der Ministerien

„Durchführbar ist alle Heilpädagogik nur, wenn Verständnis für sie besteht bei der Verwaltung, den Jugendämtern, den örtlichen Regierungsstellen und den Ministerien … Erst dann vermag auch sie (die Kinderpsychiatrie) was alle Sonderpädagogik will: **mithelfen, geschädigte oder nicht vollwertige Kinder eingliedern in die Volksgemeinschaft und ihren Wirtschaftsprozess, allerdings … unter steter, strenger Auswahl der brauchbaren und wertvollen, und unter ebenso strengem zielbewusstem Verzicht auf die durch charakterologische Frühdiagnose als überwiegend wertlos und unerziehbar erkannten**. Solches Wissen und können ist bereits an verschiedenen Stellen vorhanden. Es auszubauen und es zu verbreiten, gehört mit zu den Hauptaufgaben der neuen Gesellschaft.“

Unterschiede zwischen Feststellung des Rechtsanspruchs in der Jugendhilfe und der Sozialhilfe

- § 53 SGB XII und Eingliederungshilfeverordnung: Verpflichtender Rechtsanspruch ist an das Kriterium „**wesentliche Behinderung“** geknüpft
- § 35 a SGB VIII Rechtsanspruch an die Erfüllung der in Abs. 1, Satz 1, Nr. 1 und 2 genannten Leistungsvoraussetzungen gebunden
- Kein Verweis mehr auf die Wesentlichkeit der Behinderung
- Kein Verweis auf eine Eingliederungshilfeverordnung

Unterschiede zwischen Feststellung des Rechtsanspruchs in der Jugendhilfe und der Sozialhilfe

- Weiterer Unterschied:
  In der Sozialhilfe spielt das **Erfolgskriterium** nach § 53 Abs. 1, Satz 1 SGB XII eine Rolle: Hilfen werden nur so lange gewährt, wie die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.
- Eine solche Einschränkung macht im Kindes- und Jugendalter, also im Entwicklungsalter keinen Sinn.

Hierzu Wiesner-Kommentar zu § 35 a:
„Gerade im Hinblick auf den Personenkreis von Kinder und Jugendlichen kann es keinen vernünftigen Grund für eine solche Leistungsbegrenzung geben, da damit deren Entwicklungschancen verkürzt und das generelle Ziel der Verbesserung der Teilhabe aufgegeben würde“. (5. Auflage 2015, RZ 8).

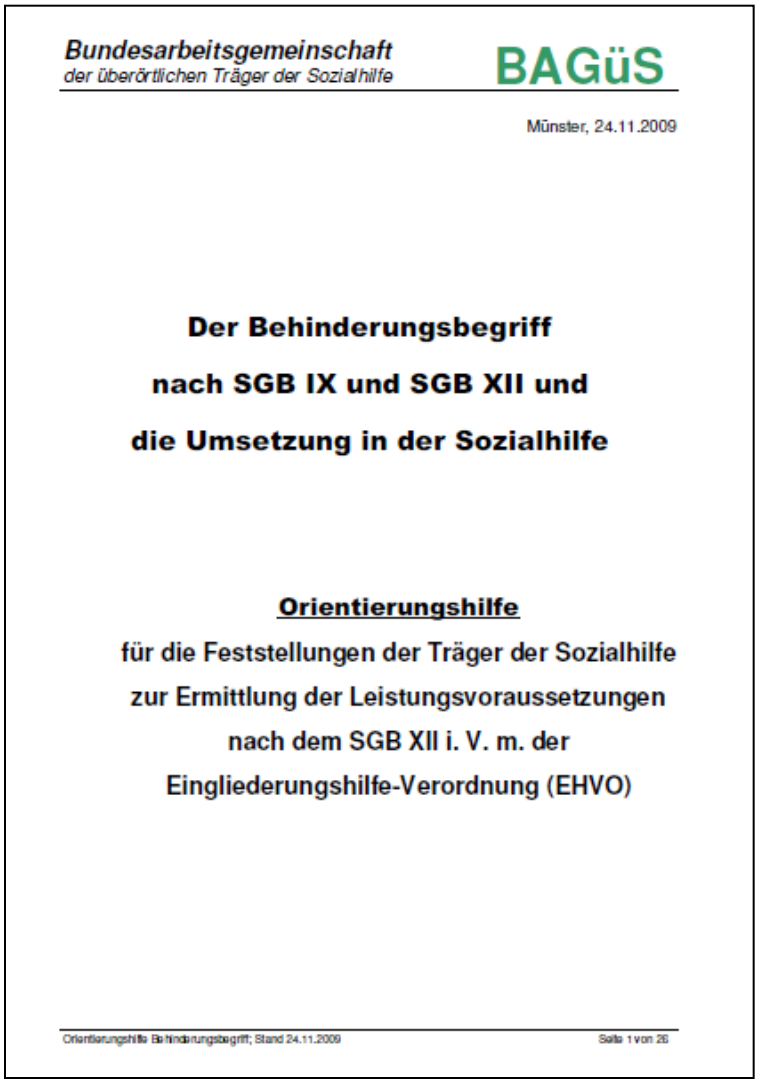
Wiesner
SGB VIII
Kinder- und Jugendhilfe
Kommentar
5. Auflage
25 Jahre SGB VIII
Weiter im Brennpunkt sozialer Arbeit
C.H.BECK

Definition „wesentliche Behinderung“ (§ 53 Abs. 1 SGB XII)

Eine wesentliche Behinderung liegt dann vor, wenn ein körperliches Gebrechen eine Schwäche der geistigen Kräfte oder eine seelische Störung besteht **und dadurch eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit** entstanden ist.

Amtsarztgebot im SGB XII

Eingliederungshilfeverordnung (EHVO) und Orientierungshilfe für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII der BAGüS vom 24.11.2009



Bundesarbeitsgemeinschaft
der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

BAGüS

Münster, 24.11.2009

Der Behinderungsbegriff

nach SGB IX und SGB XII und

die Umsetzung in der Sozialhilfe

Orientierungshilfe

für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe

zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen

nach dem SGB XII i. V. m. der

Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO)

Begriff der „wesentlichen“ Behinderung

Was spricht für und was spricht gegen die Verwendung des Begriffs der „wesentlichen“ Behinderung im Entwicklungsalter	
Pro	Contra
Bestandswahrung (amtsärztlicher, diagnostischer Feststellungsautomatismus**)**	**Mangelhafte Überprüfung** geeigneter Hilfen im Einzelfall
Abwehr von unberechtigten sozialrechtlichen Ansprüchen	**Vorbeugungs- und Frühinterventionsgedanke** (Gleichstellung der drohenden seelischen Behinderung)
Beibehaltung der statistisch definierten Intelligenzabgrenzungen (Streit ICD-10 vs. DSM-5 Definitionen)	**Eine unwesentliche geistige Behinderung kann es nicht geben**
Außenkriterium Nennung in der Eingliederungshilfeverordnung. Also Diagnose als Merkmal für Wesentlichkeit.	Tatsächliche Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung im Einzelfall, vgl. 2-stufige Behinderungsdefinition und höchstrichterliche Rechtsprechung

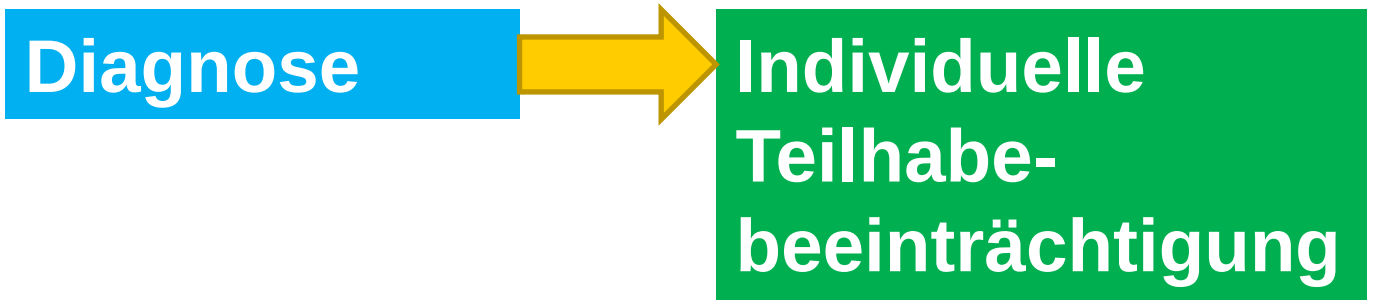
Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe

Zweigliedrigkeit der Norm :

1. **Eingangsvoraussetzungen werden ärztlich, bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutisch festgestellt.**
2. **Teilhabebeeinträchtigung** am sozialen Leben, bzw. **Hilfebedarf** zur Behebung derselben **wird unter Federführung des zuständigen Jugendamts erhoben und definiert.**


Diagnose
Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung

§ 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

- **§ 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche**
- (1) **Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn**
- **1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und**
- **2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.**
- **Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs.4 gilt entsprechend.**

(1a)

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- **1.eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
- **2.eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder**
- **3.eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,**

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

Anhang: weitere Infos s. auch www.uniklinik-ulm.de/kjpp

Stellungnahme

Vertrauliche (§ 203 StGB und § 76 SGB X)

ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME ZUR PLANUNG EINER EINGLIEDERUNGSHILFE

nach § 35a SGB VIII (KJHG),

nach § 53 SGB XII (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)

Weitergabe dieses Schreibens an Dritte nur nach Rücksprache!

Angaben zur Person:

- **Name:** [Name], **Geburtsdatum:** [Geburtsdatum]
- **Wohnort:** [Wohnort]
- **Schule:** [Schule]
- **Personensorgeberechtigte:** [Personensorgeberechtigte]
- **Andere wesentliche Erziehungspersonen:** [andere wesentliche Erziehungspersonen]

Mit Einwilligung der/des Personensorgeberechtigten vom (s. Anlage) nehme(n) ich/wir zur Hilfeplanung Stellung (Nichtzutreffendes bitte streichen):

☐ aufgrund unserer persönlichen Untersuchung und Aktenkenntnis vom

☐ aufgrund unserer stationären Behandlung von/seit bis

☐ aufgrund unserer teilstationären Behandlung von/seit bis

☐ allein auf der Basis der Aktenlage

1. Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:

Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten[1]

☐ keine Störung vor (Eingangskriterien für einen Rechtsanspruch nach § 35 a SGB VIII liegen nicht vor).

⇨ (wird Hilfe zur Erziehung für erforderlich gehalten [§ 27 ff. SGB VIII])

ja/nein

[1] Nach dem SGB V Abs. 2 Satz 1 sind die Diagnosen nach dem der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.

Die seelische Gesundheit

- weicht aufgrund dieses Störungsbildes länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab. ☐ ja ☐ nein

- wenn „nein", wird mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. ☐ ja ☐ nein

1.1 ***Störungsbild/Erkrankung***

1.1.1 Psychische Störungen (Bei Mehrfachdiagnosen soll die schwerere Diagnose die Hauptdiagnose sein)

F ☒ ☐ ☐ ☐ organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F ☒ ☐ ☐ ☐ psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F ☒ ☐ ☐ ☐ Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F ☒ ☐ ☐ ☐ affektive Störungen
F ☒ ☐ ☐ ☐ neurotische/Belastungs- und somatoforme Störungen
F ☒ ☐ ☐ ☐ Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F ☒ ☐ ☐ ☐ Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen
F ☒ ☒ ☐ ☐ tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F ☒ ☐ ☐ ☐ Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Exakte Hauptdiagnose:

_____

Relevante psychiatrische Komorbiditäten (Nebendiagnosen):

_____

1.1.2 Körperliche Erkrankungen:

_____

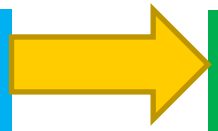
_____

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

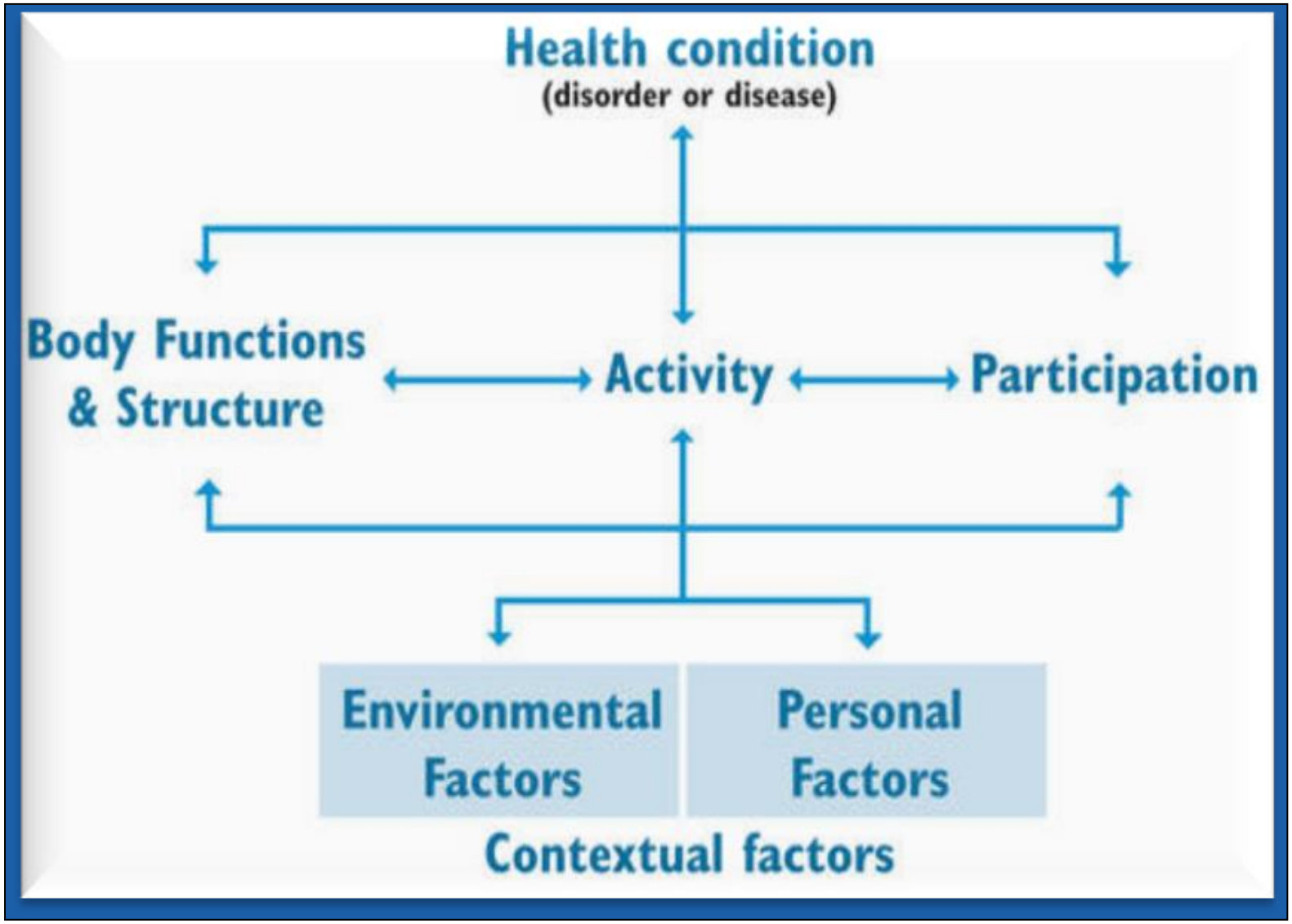
2 Klassifikationssysteme der WHO

Diagnose
ICD 10



Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung
ICF

ICF der WHO


Health condition
(disorder or disease)
Body Functions & Structure
Activity
Participation
Environmental Factors
Personal Factors
Contextual factors

Kinder- und Jugend-psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

ICF der WHO: Überblick über Komponenten des Funktionsniveaus

	Body Functions & Structures	Activities	Participation	Contextual Factors
Levels of Functioning	Body (body parts)	Individual (person as a whole)	Society (life situations)	**Environmental factors** (external influence on functioning) **+** **Personal factors** (internal influence on functioning)
Charakteristics	Body function Body structure	Performanc of individuals activities	Involvement in life situations	**Features of the physical, social and attitudinal world + Attributes of the person**
Positive aspect (Functioning)	Functional and structural integrity	Activity	Participation	**Facilitators**
Negative aspect (Disability)	Impairment	Activity limitation	Participation restriction	**Barriers / hindrances**
Qualifiers: First Qualifier	Uniform Qualifier: Extend or Magnitude			
Qualifiers: Second Qualifier	Localisation	Assistance	Subjective satisfaction	

Generelle Aspekte der Teilhabebeeinträchtigung

zu beachtende Elemente (entsprechend von der WHO in der ICF verwendet):

- die **Pervasivität**, d.h., ob das Störungsbild in mehreren Bereiche Auswirkungen hat, z.B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule und auch in der Freizeit auswirkt, oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Die Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- die **Intensität**, d.h., ob das Störungsbild in einem (oder mehren) Bereich(en) so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe vereinbar ist. Das bedeutet, dass z.B. auch bereits ein Bereich genügt, um eine Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in den anderen Bereichen hoch und ausreichend sein kann.
- die **Chronizität**, d.h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung. Für die Chronizität liegt bereits in der Norm des §35a KJHG ein Kriterium vor, da dort der Halb-Jahreszeitraum in der Regel vorausgesetzt wird

Teilhabebeinträchtigung

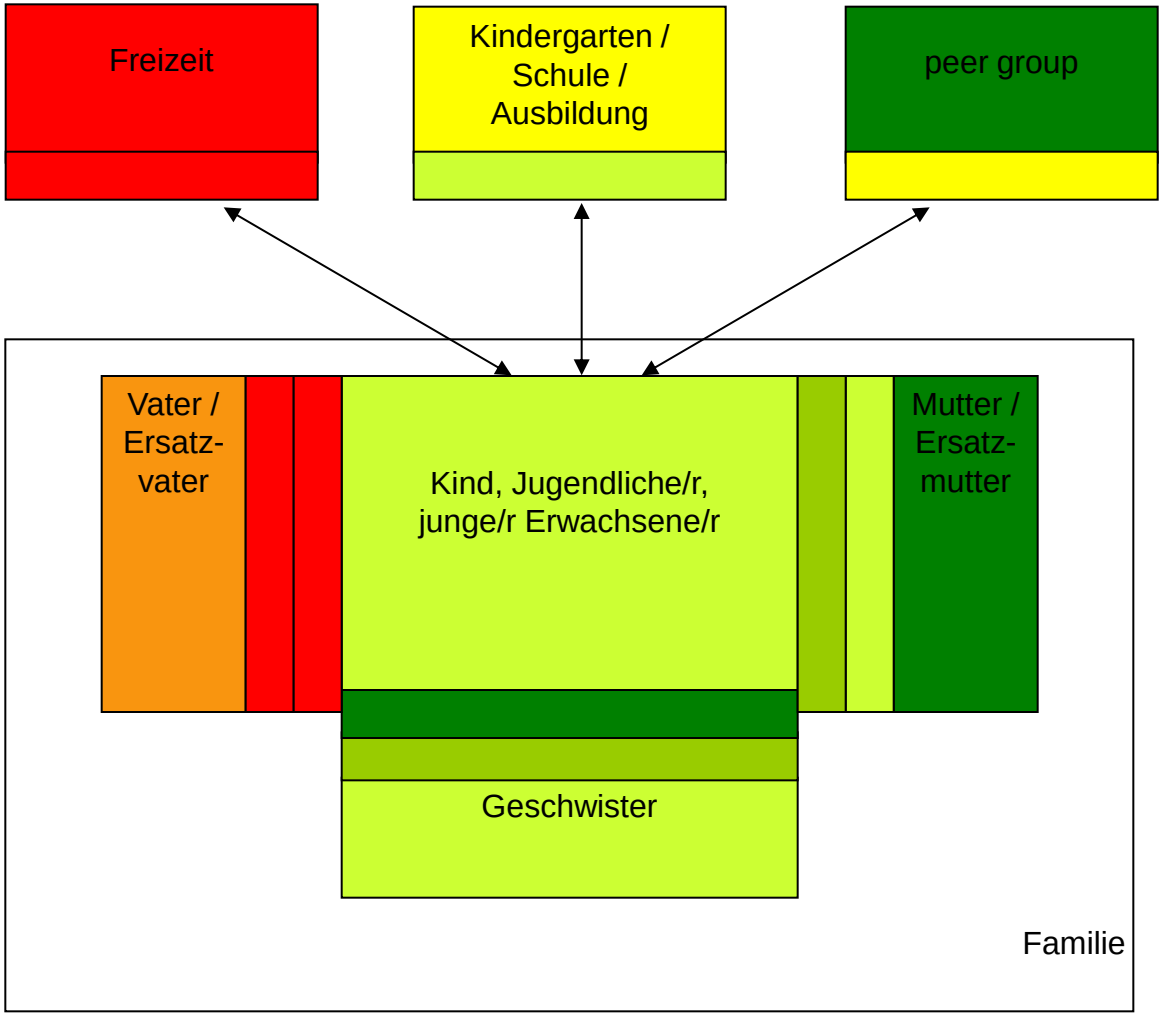
Indikatoren – Einteilung

Individuelle Voraussetzungen:

- soziale Lebenslage
- Selbstpflegekompetenzen
- Kompetenzen der Familie
- Leistungsfunktionen des Kindes / Jugendlichen
- Leistungsfunktionen der Familie

Interaktionelle Voraussetzungen:

- Integration in die Familie
- Integration Kita / Schule / Arbeit,
- Integration in die Peer-Group,
- Integration in der Freizeit und
- Integration in den Sozialraum.
- Beziehungsqualitäten des Kindes / Jugendlichen



keine Teilhabe-beeinträchtigung	ein wenig/etwas beeinträchtigt	teilweise beeinträchtigt	weitgehend beeinträchtigt	vollständige Teilhabe-beeinträchtigung

UNIVERSITÄT ULM · SCIENDO · DOCENDO · CURANDO

Variabilität der Teilhabebeinträchtigung bei seelischen und körperlichen Problemen

Unterschiedliche Verläufe in Bezug auf Behinderungs-/Erkrankungsform

i. progredienter Verlauf, Zunahme von Einschränkungen, z.B. Mukoviszidose

ii. kontinuierlicher Verlauf, Einschränkung bleibt, unterschiedliche Schweregrade, z.B. Autismus, geistige Behinderung

iii. variabler Verlauf, Besserung möglich, z.B. ADHS, psychische Störungen, Zustand nach Operation

→ unterschiedliche Hilfelstrategien nötig zur erfolgreichen Anpassung an die Gegebenheiten

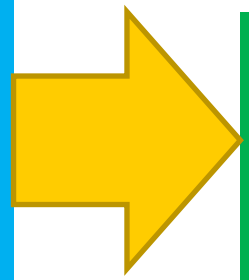
→ **Motivation, Optimierung**

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Große Lösung

Diagnose
Seelische Störung
Körperliche Störung
Geistige Behinderung



Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung

Verpasste Chancen „große Lösung“

- 1990 bei Einführung des KJHG
- Nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht und der Stellungnahme der Bundesregierung
- Nach den Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
- Nach der Wahl 2013 – nichts konkretes zur Inklusion und „großer Lösung“ im Koalitionsvertrag

Hilfen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder

Auf dem Weg zur großen Lösung?

Gruppe der behinderten Erwachsenen

Gleichstellung mit anderen Behinderten

Behinderung und Teilhabe

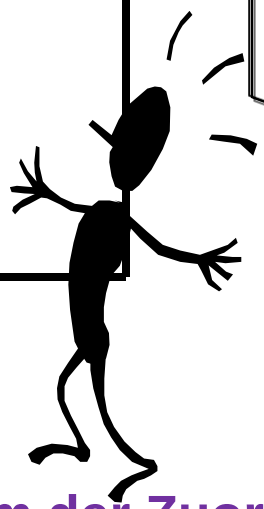
SGB IX

Kinder

Inklusion

KJHG

SGB VIII



Problem der Zuordnung der Kinder mit Mehrfachbehinderungen

Argumente für die „große Lösung“

Argumente für die „große Lösung“ in der Jugendhilfe

- Zuständigkeit **eines** Jugendamtes für alle Kinder und Jugendlichen
- Mehrfachbehinderungen: seelische Behinderungen treten vermehrt in Kombination mit geistiger Behinderung und körperlicher Behinderung auf
- Abgrenzung der seelischen und körperlichen oder geistigen und gesellschaftlichen Ursachen der Teilhabebeeinträchtigung kaum möglich, da Teilhabe immer den Menschen in seiner Gesamtheit betrifft

Contra-Argument für „Grosse Sozialhilfelösung“:

Transition in die Zuständigkeit der Sozialhilfe im Erwachsenenalter

Versorgung aus einer Hand mit fachlicher Expertise

Leistungsansprüche und Schnittstellen im Sozialrecht für Kinder und Jugendliche mit (drohender) Behinderung welche im Rahmen einer großen Lösung zu berücksichtigen sind

- **SGB VIII** (Jugendhilfe, insbesondere § 35 a SGB VIII) Inklusionsdebatte, „große Lösung“, Unterstützung bei Teilhabebeeinträchtigung für alle Kinder und Jugendlichen
- **SGB XII** (Sozialhilfe, insbesondere bei Mehrfachbehinderung)

Schnittstellen:

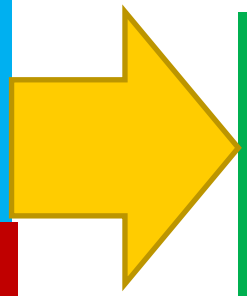
- Zukünftiges SGB XIV (Soziales Entschädigungsrecht; jetzt OEG, insbesondere bei Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen als Verbrechensopfer)
- **Schnittstelle (zur Schule) und zur Arbeitsagentur**
- **Schnittstelle zum Erwachsenenalter**

Inklusive Lösung

Diagnose

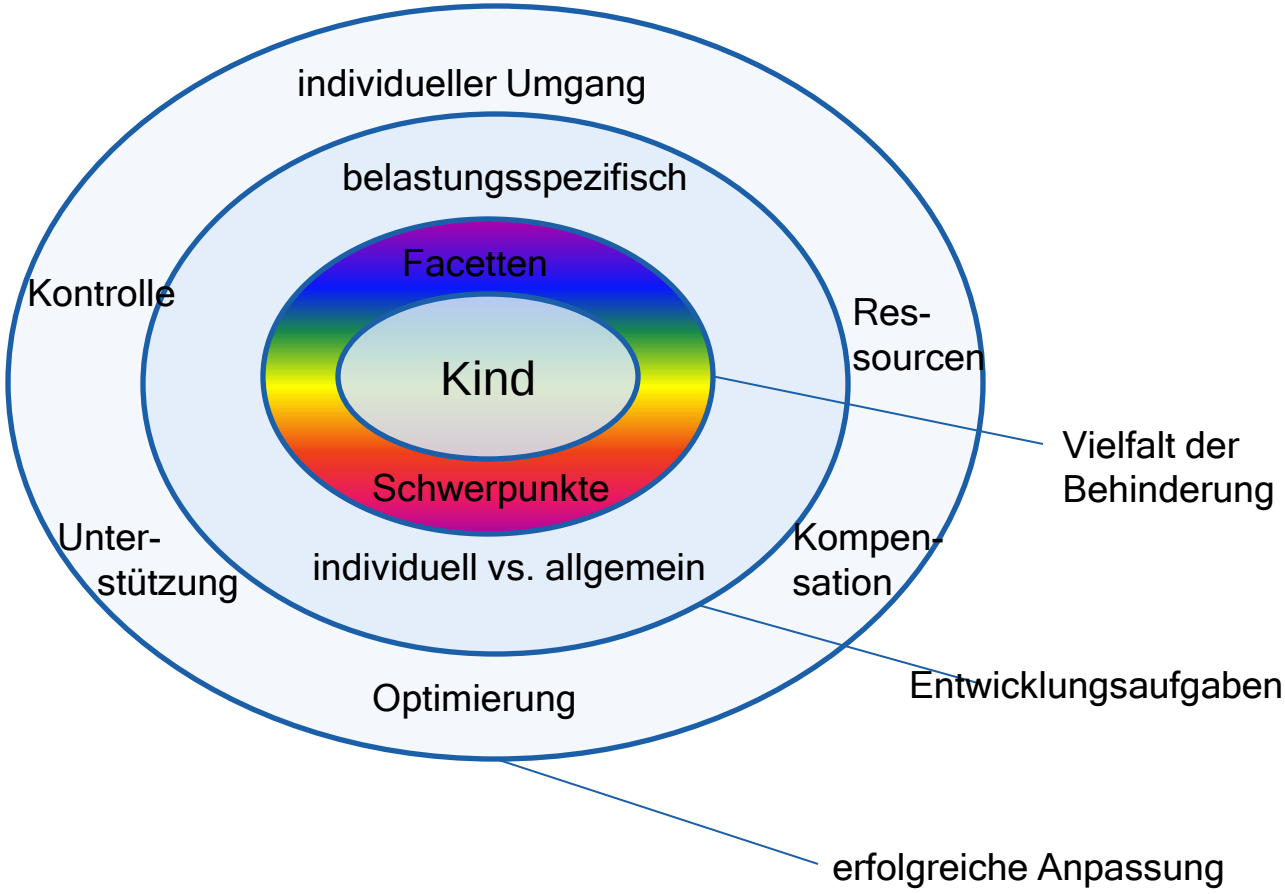
- **Seelische Störung**
- **körperliche Störung**
- **Geistige Behinderung**

Feststellbare Förderdefizite



Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung

Inklusive Lösung: individuelle Kinderechte auf Hilfen zur Teilhabe bei unterschiedlichen Ursachen für Teilhabedefizit

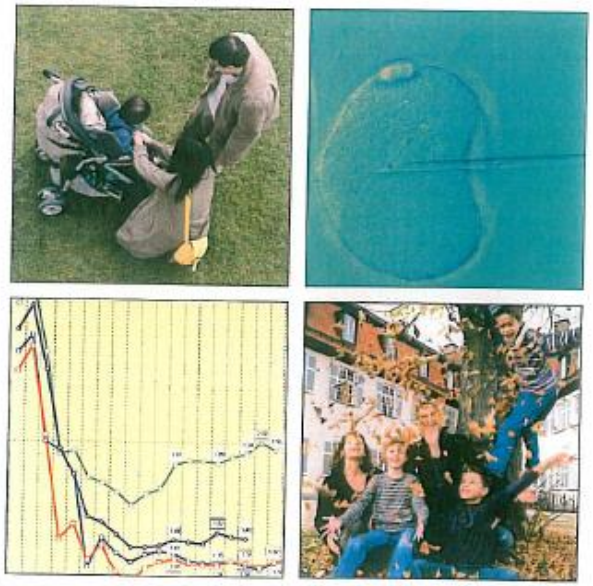


Familie, Wissenschaft, Politik

Ein Kompendium der Familienpolitik

Herausgegeben vom
Wissenschaftlichen Beirat für Familienfragen beim
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Managing Editor
Prof. em. Dr. Dr. Siegfried Keil



Armut verhindert Entwicklung und Teilhabe

14 Familien in prekären Situationen

Jörg M. Fegert, Sabine Walper

Familien gestalten ihren Alltag unter sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen. Zahlreiche Risikofaktoren wie eine sehr frühe Familiengründung im Teenage-Alter, die Geburt eines behinderten Kindes oder die chronische Erkrankung eines Familienmitglieds (=> 13), Gewalt in der Partnerschaft, das mehr oder minder konfliktafte Ende der elterlichen Partnerschaft, schwerwiegende Erziehungsprobleme, die in Gewalt und Vernachlässigung eskalieren können, aber auch der Mangel an finanziellen Ressourcen zur Sicherung der ökonomischen Basis können das Familienklima und die individuellen Entwicklungschancen der einzelnen Familienmitglieder überschatten. Wesentliche Aufgabe der Sozialberichterstattung (=> 3) ist es, auch über die Verbreitung solcher Problemlagen in Familien zu informieren, um die Instrumente der Familienpolitik (=> 5), der Steuer- und Sozialpolitik (=> 7) und speziell die Angebote der Familienberatung (=> 12.5) entsprechend justieren zu können.

Wenn von Familien in prekären Situationen die Rede ist, so ist der Fokus zumeist auf finanzielle Problemlagen von Familien gerichtet, die durch Arbeitslosigkeit oder Niedrigeinkommen entstehen und ihren Niederschlag in schlechten Wohnverhältnissen oder anderen Merkmalen eines weiter gefassten Begriffs von Armut finden können (Bien, Weidacher 2004). Neben den Belastungen von Familien in Armut sollen hier aber auch exemplarische Probleme in der Gestaltung von Beziehungen in der Familie aufgegriffen werden, die das Recht von Kindern auf eine Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit auf besonders naheliegende Weise gefährden (siehe § 1 des KJHG).

14.1 Familien in Armut

14.1.1 Was ist Armut?

Betrachtet man die Lebensverhältnisse in Deutschland, so haben sich sozioökonomische Unterschiede in der jüngeren Vergangenheit durch den strukturellen Wandel auf dem Arbeitsmarkt, die wirtschaftlichen Transformationsprozesse im Zuge der deutschen Vereinigung und die neue Sozialgesetzgebung seit dem 1. Januar 2005 (Hartz IV) verschärft. Schon Ende der 1990er Jahre verdiente das obere Fünftel der Einkommensbezieher etwa das Vierfache dessen, was das untere Fünftel nach Hause trug (BMAS 2001). Diese Unterschiede haben sich seither eher verschärft. Gleichwohl ist in Deutschland absolute Armut im Sinne einer Gefährdung existentieller Grundbedürfnisse zur Sicherung des Überlebens selten

Medizinischer Fortschritt: Entsolidarisierung bei „Behinderungsschicksal“ Soziale Risiken und seelische Gesundheit

13 Familie, Medizin und Gesundheit

Jörg M. Fegert

13.1 Medizinischer Fortschritt verändert Familie

Die Fortschritte der Biotechnologie und der medizinischen Forschung haben in den letzten 50 Jahren erheblich zur Veränderung des Familienbildes, des Generationengefüges und – über den „Pillenknick“ – zeitweise auch zu den demografischen Veränderungen beigetragen. Der Umgang mit Krankheitsbelastungen etc. wird durch Familien bestimmt. Der Gesundheitsstatus von Familienmitgliedern hat starken Einfluss auf die wahrgenommene Lebensqualität und korreliert gleichzeitig mit multiplen sozioökonomischen Faktoren. In Bezug auf Langzeiteffekte und Gesundheitsfolgen kommt damit den familiär begründeten Aufwachsensbedingungen von Kindern eine besondere Bedeutung zu. Die Säuglingssterblichkeit (ein wichtiger Qualitätsparameter für ein Gesundheitssystem) reduzierte sich in Deutschland durch die Einführung von Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und durch die Fortschritte in Frauenheilkunde und Perinatalmedizin im Umgang mit Risikosituationen von 33,8 gestorbenen Säuglingen auf 1000 Lebendgeborene im Jahr 1960 (höher als in den meisten westlichen Industrieländern) auf 4,4 Sterbefälle je 1000 Lebendgeburten (RKI 2004). Mit der Einführung hormoneller Kontrazeptiva wurde Familienplanung in weit stärkerem Maße möglich, außereheliche und außerfamiliale Sexualität und immer frühere sexuelle Kontakte von Jugendlichen reflektieren eine zunehmende Entkoppelung der Sexualentwicklung und des Sexuallebens vom Wunsch der Familiengründung und vom Kinderwunsch. Nicht nur das Timing, z. B. in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sondern auch andere Vorstellungen und Erwartungen an das Wunschkind begannen sich damit zu verändern. Insbesondere in Westdeutschland sank die Kinderzahl und stieg das Alter der Mütter bei der Geburt. Die Geburt eines Kindes und sein „So-Sein“ verlor zunehmend den zufalls- oder schicksalshaften Charakter und wurde zu einem geplanten Ereignis, bei dem möglichst viele Risiken ausgeschlossen und möglichst viele Wünsche erfüllt werden sollen (=> 10.2).

Die Fortschritte der pränatalen Diagnostik reduzierten vielleicht gerade bei älteren Erstgebärenden das Risiko, ein behindertes Kind zu gebären, erhöhten aber auch die Rate elektiver (Spät-) Abtreibungen aus medizinischer Indikation. Während also noch in den 1950-er, 1960-er und 1970-er Jahren die Geburt eines Kindes mit Trisomie 21 eher als unvermeidbarer Schicksalsschlag angesehen wurde, dem man mit solidarischem Mitgefühl und Unterstützung begegnete, kann heute vielfach davon ausgegangen werden, dass der bewusste Verzicht einer späten Erstgebärenden auf pränatale Diagnostik auch zu einer Entsolidarisierung nach dem Motto, „Sie hat es ja so gewollt, nun muss sie auch die Konsequenzen tragen“,

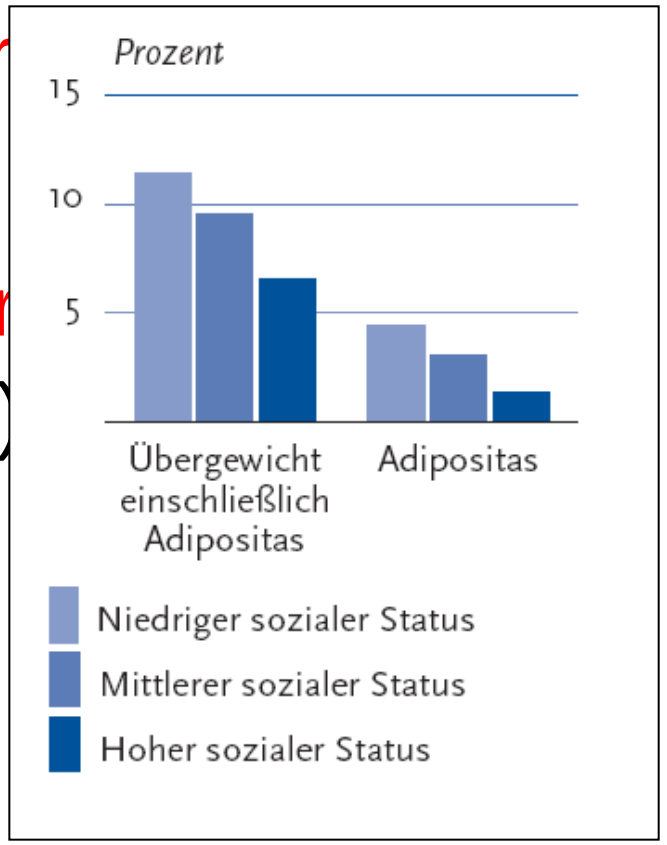
KiGGS: Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Kinder aus armen Familien leiden häufiger an:

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS): Lebenszeitprävalenzen einer ADHS-Diagnose und von ADHS-Verdachtsfällen bei 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

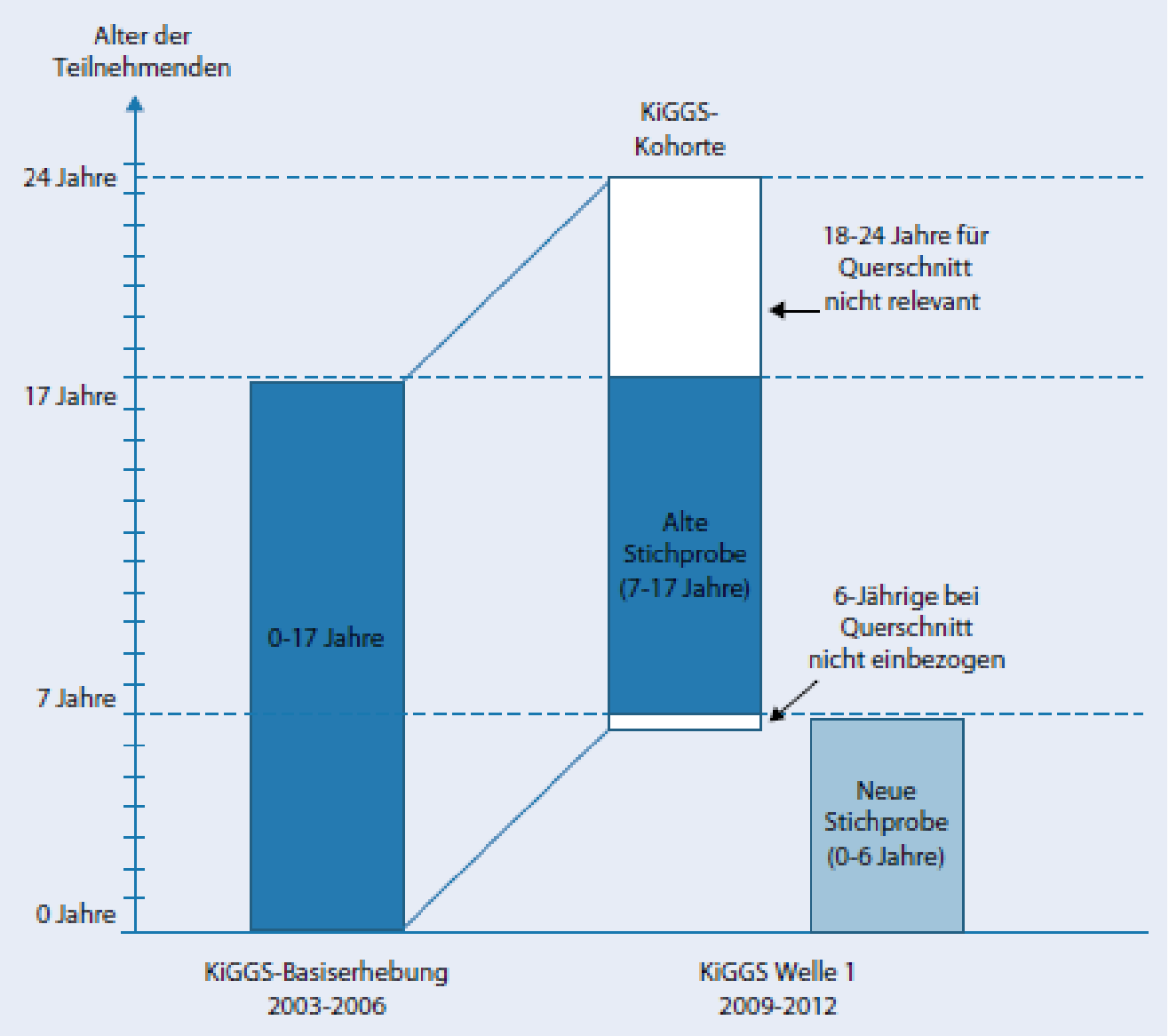
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Diagnose von ADHS	Verdacht auf ADHS
Jungen	**2,4%**	**7,2%**
Mädchen	**0,6%**	**4,7%**
Niedriger Sozialstatus	**2,8%**	**10,4%**
Mittlerer Sozialstatus	**1,3%**	**5,7%**
Hoher Sozialstatus	**0,9%**	**2,9%**
Migrant	1,6%	6,0%
Nicht-Migrant	1,5%	6,0%
Ost	2,2%	**8,1%**
West	1,4%	**5,6%**
Gesamt	1,5%	6,0%



Quelle: KiGGS Survey, 2008

KiGGS Design

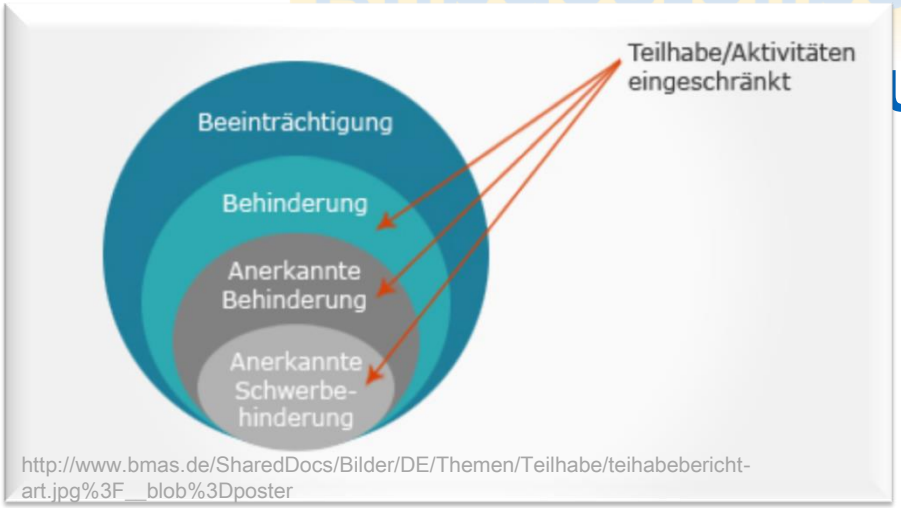


Lange, M. et al (2014). Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57: 747-761

Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Umsetzung in Deutschland

Monitoring

Bundesteilhabebericht



http://www.bmas.de/SharedDocs/Bilder/DE/Themen/Teilhabe/teihabebericht-art.jpg%3F__blob%3Dposter

- Behinderung entsteht im Zusammenklang von Beeinträchtigung und Benachteiligung
- Lebenslage von 18,1 Mio. | ca. 20 % der deutschen Bevölkerung

Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Umsetzung in Deutschland

Typische Teilhabekonstellationen der Menschen mit Beeinträchtigungen

Risikofaktoren	Ca. 3,4 Mio.	Ca. 3,3 Mio	Ca. 7,9 Mio.
Einkommenshöhe	überdurchschnittlich	gering	höher
Erwerbsstatus und -umfang	Überwiegend Vollzeitarbeit	uneinheitlich	gering
Schulabschluss	hoch	oft ohne	höher
Berufliche Qualifikation	gut	gering	
Familiäre Situation/Unterstüt-zung	stabil	instabil	Eher stabil
Gesundheitszustand	gut	kritisch	Eher kritisch
Selbstbestimmung	ausgeprägt	gering	

Quelle: BTB 2013, 255ff.

Ältere
Frauen
Migrationshintergrund

Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Umsetzung in Deutschland

Etwa ein Viertel der Menschen mit Beeinträchtigungen leben ohne besondere Exklusionsrisiken.

http://www.sagerviertel.de/images/kreis_viertel.jpg

Etwa ein Viertel der Menschen mit Beeinträchtigungen leben mit extrem kumulierten Exklusionsrisiken.

…va die Hälfte der Menschen mit Beeinträchtigungen leben mit Exklusionsrisiken, die teilweise kompensiert werden können.

http://www.monheim.de/uploads/t_dmfgalleria/Inklusion_Schriftbild_Fotolia_44737068_L.jpg

Inklusive Lösung

Diagnose

- **Seelische Störung**
- **körperliche Störung**
- **Geistige Behinderung**

Feststellbare Förderdefizite

Fascilitatoren

Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung

- **Barrieren**
- **Hinderungs-gründe**

Hilfen aus einer Hand – auch für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Appell für eine inklusive Lösung

Kinder und Jugendliche ohne Behinderung oder mit (drohender) seelischer Behinderung erhalten Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe), Kinder und Jugendliche mit körperlicher und sogenannter geistiger Behinderung im Rahmen der Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII.

„Die Aufteilung der Zuständigkeiten für junge Menschen mit Behinderungen auf die Sozialhilfe und die Kinder- und Jugendhilfe führt in der Praxis zu erheblichen Definitions- und Abgrenzungsproblemen, aus denen Zuständigkeitsstreitigkeiten, erheblicher Verwaltungsaufwand und vor allem Schwierigkeiten bei der Gewährung und Erbringung von Leistungen für Kinder und Jugendliche und ihre Familien resultieren.“ Diese Situation schildert der Abschlussbericht der beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelten Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. Sie erschwert vielen behinderten Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern das Leben zusätzlich.

Wir fordern eine Gesamtzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen, da

- Kinder und Jugendliche mit ihren Bedarfen regelmäßig nur im Kontext ihrer Familie und ihres sozialen Umfelds betrachtet werden können,
- sowohl seelische und sogenannte geistige Behinderungen als auch behinderungsbedingte und erziehungsbedingte Bedarfe oftmals schwer zu unterscheiden sind,
- bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachbehinderungen die Klärung des zuständigen Leistungssystems besonders schwierig ist und regelmäßig kein Leistungsträger zuständig sein will, solange Unklarheiten bestehen und
- die inklusive Bildung und Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder in Angeboten der Kinder- und Jugendarbeit durch strukturelle Barrieren erschwert wird.

Behinderte Kinder sind in erster Linie Kinder!

Inklusive Lösung

Diagnose
- **Seelische Störung**
- **körperliche Störung**
- **Geistige Behinderung**

Feststellbare Förderdefizite

Problem: defizitäre Erziehung oberhalb der Schwelle von § 1666 BGB

Fascilitatoren

Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung
- **Barrieren**
- **Hinderungs-gründe**

„Gesamtzuständigkeit“ der Jugendhilfe

Individuelle Teilhabe-beeinträchtigung

- **Barrieren**
- **Hinderungs-gründe**

Fascilitatoren

ohne Bestandswahrung
im Vergleich zur Eingliederungshilfe auf der Feststellungsebene

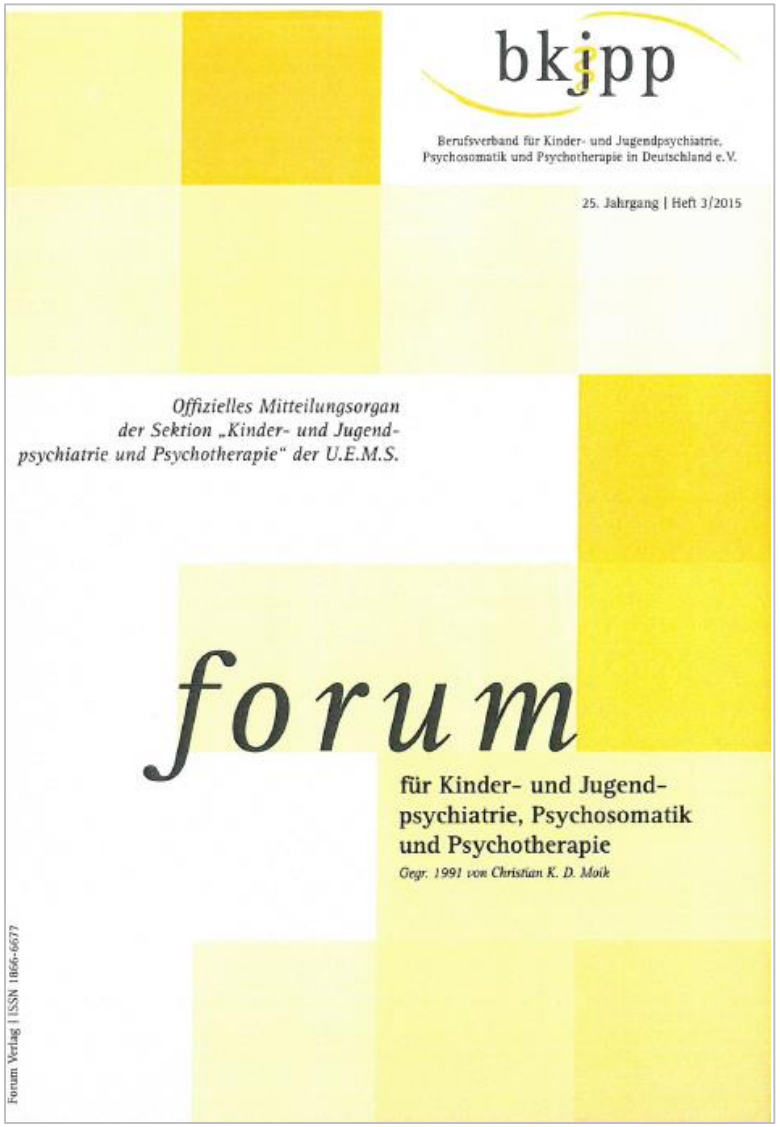
Keine Zweigliedrigkeit

keine Garantie der interdisziplinären Feststellung und Hilfeplanung

Gliederung

1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie



Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

25 Jahre SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe – Schnittmengen und Konflikte zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe

Jörg M. Fegert, Reinhard Wiesner, Gundolf Berg & Michael Kölch

Unter Mitarbeit der Gemeinsamen Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion: H. Adam, S. Jödicke-Fritz, T. Meysen, V. Roessner, E. Thoms

Einleitung

Bereits vor dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) gab es aktive Stimmen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie die z. B. von Lempp und Specht, die eine sogenannte große Lösung, d. h. die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen, mit und ohne Behinderung, forderten. Kennzeichnend für die Debatten vor Einführung des Gesetzes im Jahr der Wiedervereinigung 1990 war der Streit um die sogenannten Verhaltensauffälligkeiten und die Frage, ob es sich, insbesondere bei Störungen des Sozialverhaltens, um Störungen mit eigentlichem Krankheitswert handelt. Nach der theoretischen Vorstellung sollten rein erzieherische Probleme, für die pädagogische Lösungsansätze zielführend wären, von Krankheiten mit therapeutischen Lösungsansätzen unterschieden werden. Doch dies war in der Praxis bereits damals nicht möglich. Gerade in Bezug auf die schwierigsten Kinder und Jugendlichen beschrieben schon damals Gintzel & Schone (1990) Drehtüreffekte zwischen den Systemen, insbesondere bei stationären Jugendhilfeeinrichtungen und der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie.

- Praxis oder Ambulanz (Institutsambulanz)
- Intensives Case Management (kombinierte psychiatrische, medizinische, rechtliche und soziale Hilfen) community based
- Home-based treatment services
- Family support services
- day treatment program
- Tagesklinik = partial hospitalisation
- Emergency/Crisis services
- Hospital treatment (Vollstationäre Behandlung)

Schnittstelle Jugendhilfe – Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vor Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Streit um „Verhaltensauffälligkeiten“. Zuständigkeit der Jugendhilfe vs. Zuständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie

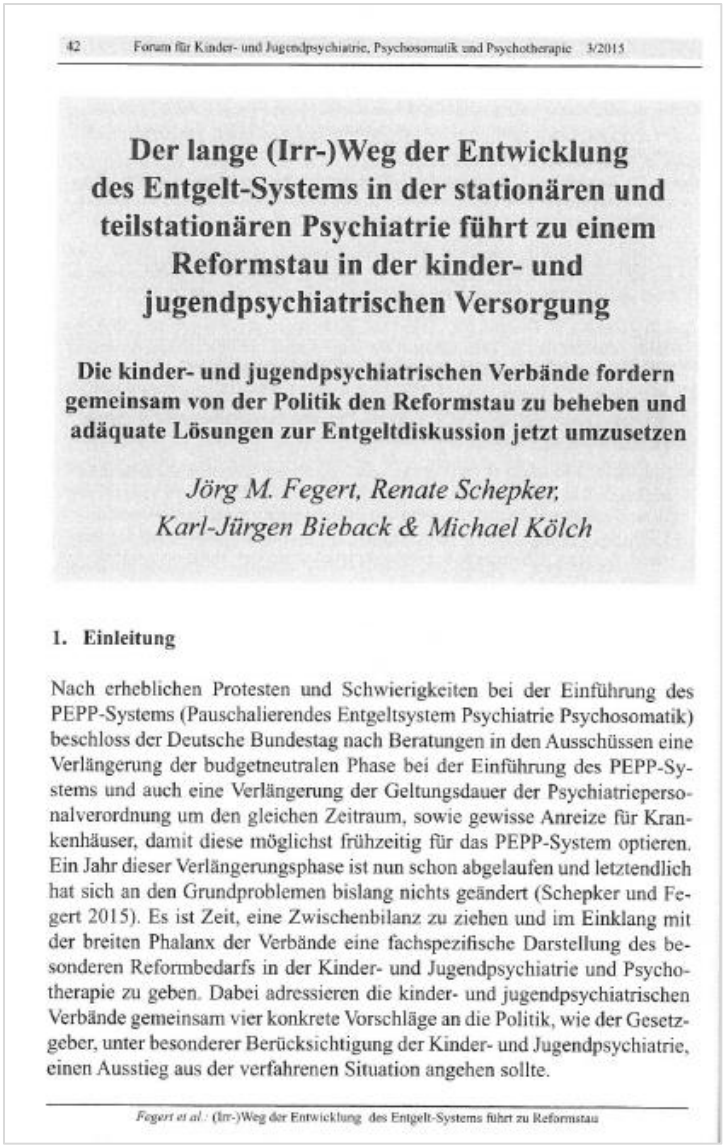
Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetztes 1990 zunächst Debatte um große Lösung, dann Realisierung der kleinen Lösung. Zuständigkeit der Jugendhilfe für die Kinder und Jugendlichen mit seelischer Behinderung.

Aktuell verstärkte Debatte um das **wie** der **Umsetzung der Inklusion im Kindes- und Jugendalter** (nach zahlreichen bislang folgenlosen Positionierungen zum **ob** der großen Lösung z.B.;13. Kinder- und Jugendbericht und positive Stellungnahme der damaligen Bundesregierung, interkonferenzielle UAG,Verbände)

Bereich Schule mit ganz unterschiedlichen Lösungen in einzelnen Bundesländern Treiber der Inklusionsdebatte

PEPP Entgeltreform in der Psychiatrie verhindert kreative sektorübergreifende Versorgungsmodelle im natürlichen Milieu

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie



Der lange (Irr-)Weg der Entwicklung des Entgelt-Systems in der stationären und teilstationären Psychiatrie führt zu einem Reformstau in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände fordern gemeinsam von der Politik den Reformstau zu beheben und adäquate Lösungen zur Entgeltdiskussion jetzt umzusetzen

Jörg M. Fegert, Renate Schepker, Karl-Jürgen Bieback & Michael Kölch

1. Einleitung

Nach erheblichen Protesten und Schwierigkeiten bei der Einführung des PEPP-Systems (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik) beschloss der Deutsche Bundestag nach Beratungen in den Ausschüssen eine Verlängerung der budgetneutralen Phase bei der Einführung des PEPP-Systems und auch eine Verlängerung der Geltungsdauer der Psychiatriepersonalverordnung um den gleichen Zeitraum, sowie gewisse Anreize für Krankenhäuser, damit diese möglichst frühzeitig für das PEPP-System optieren. Ein Jahr dieser Verlängerungsphase ist nun schon abgelaufen und letztendlich hat sich an den Grundproblemen bislang nichts geändert (Schepker und Fegert 2015). Es ist Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen und im Einklang mit der breiten Phalanx der Verbände eine fachspezifische Darstellung des besonderen Reformbedarfs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu geben. Dabei adressieren die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände gemeinsam vier konkrete Vorschläge an die Politik, wie der Gesetzgeber, unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Ausstieg aus der verfahrenen Situation angehen sollte.

Exklusion ist teuer (EU Grünbuch)

Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit- Follow-up von Kindern mit und ohne Verhaltens-Störungen und psychischen Störungen

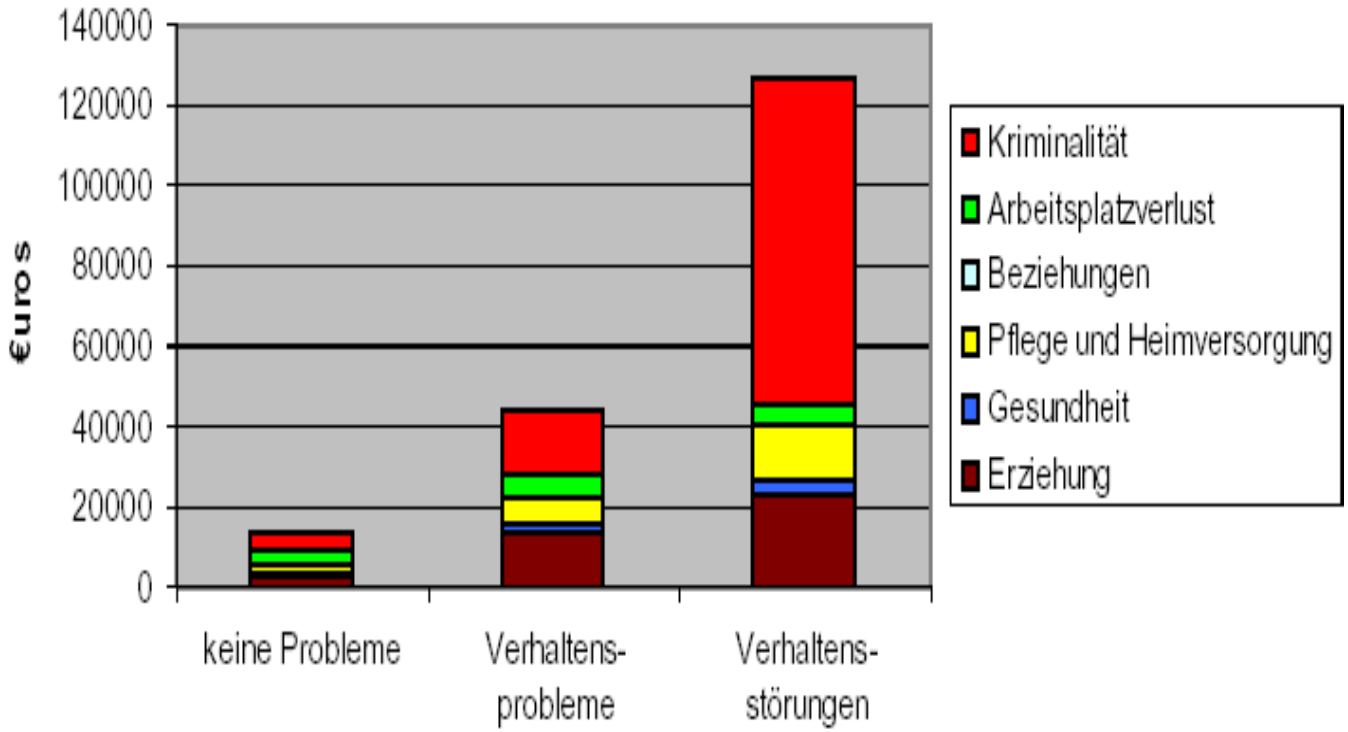


Abb.: Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).
Quelle: Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, J. (2001). Financial costs of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-196.

Kosten der Jugendhilfe in Deutschland

Art der Hilfe	Betrag in Tausend € (Daten von 2013)	Betrag pro Einwohner in € (Basis 2013: 80,8 Millionen)	Betrag pro 0- bis 21-Jährigem/r in € (Basis 2014: 16,4 Millionen)
Einzel- und Gruppenhilfen	8 408 787	104,1	512,5
Hilfe zur Erziehung	6 520 779	80,7	397,4
Heimerziehung; Erziehung in einer sonstigen betreuten Wohnform	3 437 999	42,5	209,5
Vollzeitpflege	1 000 500	12,4	61,0
Andere	2 082 280	106,5	524,3
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	1 027 519	12,7	62,6
Hilfe für junge Volljährige (i.d.R. 18- bis 21-Jährige)	601 927	7,4	36,7
vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen	258 562	3,2	15,8
Einrichtungen	297 764	3,7	18,1
SUMME	**8 706 551**	**107,8**	**530,7**

Continuum der Diagnostik und Krankenversorgung für behinderte Kinder und Jugendliche - Fallzahlen

Interkonferenzielle Unterarbeitsgruppe (UAG) der Gesundheits- und Sozialminister/Jugendministerkonferenz:

- 2013 erhielten ca. 180.000 Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung sozialrechtliche Eingliederungshilfen
- In Folge der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil dieser Kinder tendenziell leicht ab
- Anteil der Kinder nimmt zu, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von einer seelischen Behinderung bedroht oder behindert sind
- Insgesamt erfüllen derzeit ca. 1,5 % aller Kinder und Jugendlichen Kriterien für eine Behinderung

Schätzung der Fallzahlen

§ 35a SGB VIII

Fallzahlen

2007: 22.533 Maßnahmen

2013: 53.566 Maßnahmen

(Quellen: UAG; Dortmunder Jugendhilfestatistik)

SGB XIII

Fallzahlen

2007: 124.564 Einzelfallhilfen

Hochrechnung wäre zu ungenau und komplex

(Quelle: UAG)

Schätzung der Fallzahlen

2013: 178.130 Maßnahmen

ca. 1,4 % aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren

In einer Kommune mit 100.000 Einwohnern sind **ca. 225** Kinder und Jugendliche betroffen

Die Zahl der notwendigen Abklärungen liegt mindestens bei der doppelten bis vierfachen Anzahl von Fällen (d.h. ca. 500 bis 1000)

Gliederung

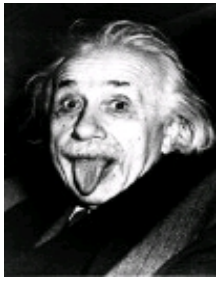
1. Politische Debatten um Kinderrechte
2. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 3 GG
3. Inklusion – Umsetzung in der Schule
4. Inklusion – Herausforderung für Gesundheitswesen und Jugendhilfe
5. Behinderung, wesentliche Behinderung
6. Eingliederungshilfe in der Jugendhilfe
7. Feststellung des Teilhabedefizits
8. Große Lösung, inklusive Lösung, Gesamtzuständigkeit
9. Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe / Kinder- und Jugendpsychiatrie
10. Fazit

FAZIT

- Kinder und Jugendliche **mit und ohne** Behinderung sollten bei einer drohenden Teilhabebeinträchtigung Förderung und Hilfen erhalten können (**inklusive Lösung**)
- **Rechtsanspruch der Kinder und Jugendlichen stärkt kinderrechtliche Position, aber bestehende Rechte von Kindern mit Behinderung nicht einschränken**
- Inklusionsdebatte erfordert **adäquate Unterstützungspalette** von der medizinischen Diagnostik bis zur altersangemessenen Umsetzung individueller Unterstützung (continuum of care)
- Gesundheitswesen und Jugendhilfe dürfen nicht länger nur die Folgen schulischer Entscheidungen ausbügeln, sondern sie müssen **im Sinne des individuellen Kindeswohls** zu aktiven Akteuren in der Inklusionsdebatte werden

„Es gibt keine großen Entdeckungen und Fortschritte, solange es noch ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

Albert Einstein (*1879 in Ulm)



XXXV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

„Dazugehören“

Bessere Teilhabe für traumatisierte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche

22. – 25. März 2017 Ulm

Kongresszentrum CCU und Maritim Hotel Ulm

Kongresspräsident: Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Wissenschaftlicher Kongresssekretär: PD Dr. Paul Plener
Politische und organisatorische Kongresssekretärin: Dr. Daniela Harsch

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp
www.deutsche-traumastiftung.de
www.comcan.de

XXXV. DGKJP KONGRESS
mit umfangreichem Fortbildungsprogramm
22. – 25. März 2017
CCU und Maritim Hotel Ulm
www.dgkjp-kongress.de
dgkjp
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.