

Köln, 19. Juni 2020

Stellungnahme zum Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (KiJu WE)“

1. Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung einschließlich der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie – ambulant, teilstationär, stationär

Um zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung in unterschiedlichen Settings für die Gegend, in der ich zuständig bin, fundiert etwas sagen zu können, scheint es mir ratsam, einerseits etwas weiter zurückzuschauen, als es im ersten Abschnitt der APK-Erhebung geschah, und andererseits zur allgemeinen Versorgungslage inhaltlich Stellung zu beziehen. In den letzten 30 Jahren hat sich in der strukturschwachen Gegend (Emsland/Ostfriesland), in der die Klinik steht, eine gute kinder- und jugendpsychiatrische sowie kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung etabliert. Zum Zeitpunkt der Gründung der Klinik gab es lediglich eine inoffizielle tagesklinische Einrichtung mit zehn Plätzen. Niedergelassene gab es keine.

Im Bettenbedarfsplan war im Jahr 1990 für die KJP-Versorgung ein Bettenbedarf von 30 ausgewiesen. Heute hat die Abteilung 92 Behandlungsplätze – davon 27 teilstationär. Das verdeutlicht, dass der Bedarf mit dem Angebot gewachsen bzw. weit darüber hinausgewachsen ist. Im ambulanten Bereich betreibt die Klinik zurzeit zwei Institutsambulanzen und teilt sich die Versorgungsaufgaben mit acht niedergelassenen Kolleg*innen. Parallel dazu hat sich das Netzwerk der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen installiert, sodass wir zurzeit eine relativ gute Versorgung für diesen Bereich haben. Allerdings hat das an den erheblichen Wartezeiten für potentielle Patient*innen nichts geändert. Von den Praxen beteiligen sich sechs an der Sozial Psychiatrie Verordnung (SPV), zwei nicht.

Im erweiterten Umfeld der Klinik (Weser-Ems-Gebiet) befinden sich weitere sechs kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, die allesamt in der Zeit ebenfalls gewachsen sind und Zweigstellen und Institutsambulanzen aufgebaut haben. Bundesweit betrachtet hat das Weser-Ems-Gebiet inzwischen eine überdurchschnittlich gute Versorgungslage, was die kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Inanspruchnahmemöglichkeiten betrifft.

Aus systemischer Sicht ist die Frage gerechtfertigt, ob es im Sinne des systemischen Denkens ist, Hilfskonstrukte wie stationäre oder vollstationäre Behandlungssettings weiter auszubauen. Systemisch betrachtet geht es darum, dass die Ressourcen bzw. die Resilienzfaktoren der Systeme, in denen eine psychische oder psychiatrische Erkrankung auftritt, so gestärkt werden sollten, dass diese in der Lage sind, selbst Lösungen herbeizuführen, was wiederum zu einer Reduktion der Behandlungsbedürftigkeit im stationären oder teilstationären Rahmen führt.

Das weitere Ausbauen dieser Behandlungskapazität ist unseres Erachtens nicht zielführend, es sei denn, man nutzt die vorhandene Kapazität, um andere Modelle bzw. andere Behandlungssettings einzuführen oder damit zu experimentieren und Forschung dahingehend zu betreiben, ob nicht wesentlich kürzere Behandlungsdauern unter Mitnahme und Teilhabe der involvierten Systeme nachhaltig und zielführender wären. So könnte man z. B. über stationäre Familientherapie oder stationäre Multifamilientherapie nachdenken. Es gibt inzwischen vielversprechende Studien dazu.

In einem zweiten und späteren Schwerpunkt der APK-Erhebung wird es um Kooperationen mit anderen Hilfssystemen gehen. Ein Manko am derzeitigen System ist, dass diese systemübergreifende Behandlungssettings mit den derzeitigen Krankenhaus-Finanzierungsmodellen kaum zu realisieren sind. Auch die Zulassung der Systemischen Therapie ins Krankenkassensystem hat nicht dazu geführt, dass andere Settings als die bisherigen, wie z. B. das Mehrpersonensetting im Erwachsenenbereich, möglich wären.

Somit wird seitens des Gesundheitssystems versucht, ein Therapiekonzept, was sich dadurch auszeichnet, dass es andere Wege geht als die bisherigen Therapiekonzepte, in einen Rahmen zu zwingen, in dem es seine volle Wirkung nicht entfalten kann. Systemische Psychotherapeut*innen werden gezwungen sich anzupassen, wenn sie wirtschaftlich überleben wollen und müssen dadurch auf ein wichtiges und wirksames Instrument der Kooperation verzichten. Parallel entwickelt und stärkt die Politik aber Themen wie Teilhabe¹ und es fangen erfreulicherweise sogar Ministerien an, SGB-säulenübergreifend bei der Thematik „Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“ zu kooperieren.²

Obwohl die Notwendigkeit von Kooperationsmodellen gesehen wird, wird gleichzeitig die Umsetzbarkeit im psychotherapeutischen Bereich verhindert.

Ein Aspekt, der noch hinzukommt, ist, dass die Komplexität und der Schweregrad der Problematiken, die die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung – meistens unter einem Zwangskontext – als einzigen Ausweg erscheinen lässt, zugenommen haben. Es wird immer schwieriger mit und für diese Kinder und Jugendlichen Perspektiven zu erarbeiten, weil weder die Jugendhilfeeinrichtungen alleine mit pädagogischen Möglichkeiten den Bedarfen der jungen Menschen gerecht werden können noch die KJP mit ihren medizinischen Möglichkeiten dies alleine kann. Beide Systeme – Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – stoßen für sich alleine an Grenzen.

Das hat u. a. damit zu tun, dass die unterschiedlichen Helfer*innensysteme noch nicht optimal aufeinander abgestimmt sind. Hier ist ein eindeutiger Entwicklungsbedarf für die nächsten Jahre! Familien kommen zunehmend an ihre Grenzen und geben Verantwortung für Jugendliche ab. Diese gehen auf die Suche nach eigenen Grenzen und überschreiten damit sämtliche gesellschaftlichen Grenzen. Das Risiko, dass Helfer*innensysteme nur den auffälligen Jugendlichen und nicht den Hilfsbedürftigen dahinter sehen, nimmt mit der Schwere der Auffälligkeiten zu, so dass mehr über Sicherheitsmaßnahmen nachgedacht wird statt über zukunftsgerichtete therapeutische Zugänge.

2. Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel

Insbesondere im ländlichen Raum findet eine erstaunliche und paradoxe Entwicklung statt. Möglicherweise aus wirtschaftlichen Gründen entstehen immer mehr Jugendhilfeeinrichtungen im ländlichen Raum. Dabei handelt es sich nicht nur um Jugendhilfeangebote mit Regelgruppen, sondern häufig um sogenannte Intensiv-Gruppen, die damit werben, dass sie gerade Jugendliche mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Vorgeschichte aufnehmen.

Allerdings zeigt die Erfahrung des Öfteren, dass viele dieser Einrichtungen mit dieser Klientel trotz einer erweiterten Personalausstattung überfordert sind. So entsteht häufig ein neues „Drehtürphänomen“ auf dieser hochintensiven Ebene. Die lokale Klinik muss immer wieder Jugendliche aufnehmen, die in der pädagogischen Betreuung der Jugendhilfeeinrichtungen nicht mehr aufgefangen werden können. Das wiederum führt zu Abgrenzungsversuchen seitens der Kliniken. Die Folgen für die betroffenen jungen Menschen sind oft erheblich. Es ist zu beobachten, dass, statt auf eine konstruktive Kooperation zu setzen, von vornherein Mauern auf Seiten beider Systeme hochgezogen werden, die genau diese bezweckte Kooperation verhindern.

¹ Z. B. im Rahmen der SGB-VIII-Novellierung „Inklusive Jugendhilfe“

² AG KpKE (3/2020): 19 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation der Kinder psychisch und suchtkranker Eltern.

Diese Jugendlichen stellen eine enorme Herausforderung für die beteiligten Systeme dar, bieten aber auch die Möglichkeit, innovative Lösungen zu schaffen. Es entsteht die Befürchtung, dass das gesamte Helfer*innensystem vor dem Kollaps steht, werden hier keine multisystemischen Wege eines gemeinsamen Agierens geschaffen.

Empfehlungen der DGSF für diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen sind:

- a. Im Helfer*innensystem müssen Lösungen geschaffen werden, die genau das tun was die Jugendlichen zeigen: Es müssen Grenzen überschritten werden, indem interdisziplinär gültige Algorithmen geschaffen werden, in welchen auch die Jugendlichen und deren Eltern miteinbezogen werden.
- b. Am Anfang sollte ein Kooperationsvertrag aller Beteiligten stehen.
- c. Es sollte ein Leistungskatalog vorhanden sein, in dem für alle Leistungserbringer*innen abrechenbare Leistungspositionen aufgeführt sind. Die SGB-Zugehörigkeit sollte dabei keine Rolle spielen.
- d. Die DGSF fordert darüber hinaus das Ermöglichen von Einrichtungen, die gemischt finanziert werden, um Pädagogik und Therapie zeitgleich vor Ort stattfinden zu lassen. Das geht nur, wenn es Einrichtungen gibt, die auch von der Personalstruktur darauf vorbereitet sind, psychiatrisch und pädagogisch auffällige Jugendliche zu betreuen, ohne dass ein Einrichtungswechsel notwendig ist. Die Einrichtung müsste über ein pädagogisches und psychiatrisches Konzept und Krisenmanagement verfügen, um das „Drehtürphänomen“ zu verhindern. Auch hier soll die Zusammenarbeit mit den Jugendlichen und deren elterlichen Systemen im Sinne einer gelebten Teilhabe konzeptionell verankert sein.

Bezüglich der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Grundversorgung in ländlicheren Gegenden fehlen vielerorts entsprechende Fachkräfte. Die Dichte der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxen ist im städtischen Umfeld wesentlich größer als im ländlichen Bereich. Daher wird es perspektivisch darauf ankommen, die Versorgung zu vereinfachen und die Schwellen für die Patient*innen abzusenken:

- e. Es wird ähnlich wie in der hausärztlichen Versorgung darauf ankommen, Attraktoren zu schaffen, um die Niederlassung im ländlichen Bereich für die niederlassungswilligen Kolleg*innen attraktiver zu machen.
- f. Die Corona-Zeit hat verschiedene Varianten eröffnet und Abrechnungsmodalitäten möglich gemacht für Video- oder Telefonsprechstunden. Diese offensichtlich gut wirkenden Instrumente könnten für den ländlichen Bereich dauerhaft eingerichtet werden und somit eine einfachere Versorgung darstellen.
Die Not der Familien ist häufig sehr groß, weil ländliche Gegenden auch verkehrstechnisch schlecht strukturiert sind, so dass Eltern häufig Urlaub nehmen müssen, um einen Termin „in der Stadt“ wahrzunehmen.
- g. Ein weiterer Aspekt ist, dass es heute besser als bisher möglich ist, aufsuchend zu arbeiten und entsprechende Modelle dafür zu entwickeln. Das stationsäquivalente Modell in der PEPP-Systematik ist bisher kaum umgesetzt worden, da es nicht praktikabel ist, weil es wirtschaftlich nicht umsetzbar ist und auf Kosten der Bettenkapazität der Abteilung geht. Daher muss hier eine Form gefunden werden, die durch die Personalstruktur einer Abteilung abbildbar ist. Sie muss auch im ambulanten Bereich losgelöst von der SPV stattfinden können.
- h. Auch das Abrechnen von Mehrpersonensettings müsste anders als bisher geregelt werden, damit sowohl familientherapeutisch als auch systemübergreifend im Sinne von Helfer*innenkonferenzen gearbeitet werden kann. Die möglichen Kooperationspartner*innen

für solche interdisziplinären Sitzungen sind Schule, Jugendamt, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe usw.

3. „emerging adulthood“, Adolozzentenversorgung, Transition

Sowohl aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht als auch aus systemischer Sicht ist festzustellen, dass es mit Erreichen des 18. Lebensjahres häufig zu einem Bruch in der Versorgung der 18- bis 21-jährigen Heranwachsenden kommt. Oft dürfen Kinder- und Jugendpsychiater*innen beziehungsweise Psychotherapeut*innen nicht mehr weiter behandeln oder brauchen dafür eine explizite Zusage der Krankenkasse, die von den betreffenden jungen Menschen beantragt werden muss.

Des Weiteren ist es mit erheblichem Aufwand verbunden, bestehende Jugendhilfemaßnahmen über das 18. Lebensjahr hinaus zu verlängern bzw. in ein anderes Format überzuleiten. Auch bei Jugendlichen, die zum Bereich des SGB XII gehören, ist die Lage häufig kompliziert.

Es fehlen einerseits die Versorgungsstrukturen, um diese Gruppe aufzufangen und andererseits die Zuständigkeitserklärung der für diese Altersgruppe Zuständigen. Und das, obwohl die Zuständigkeiten in der Sozialgesetzgebung klar geregelt sind! Die Patient*innen machen häufig die Erfahrung, dass die Therapeut*innen oder Sachbearbeiter*innen davon ausgehen, dass die 18 bis 21-jährigen Patient*innen noch nicht über eine ausreichende emotionale Reife verfügen, um sich einer „Erwachsenen-Therapie“ stellen zu können. Damit stehen diese mit leeren Händen da und es ist abhängig von der Individualität oder Zufälligkeit etwaiger Lösungswege, ob der „Übergabeprozess“ gelingt oder nicht.

Das gleiche Problem gibt es zum Beispiel auch bei der Fortsetzung der medikamentösen Therapie oder beim Koordinieren weiterer therapeutischer und psychotherapeutischer Maßnahmen, auch wenn sie nur einen unterstützenden Charakter haben.

Auch an dieser Stelle fordert die DGSF ein interdisziplinäres Vorgehen, angepasst an die konkrete Situation des betroffenen Heranwachsenden. Die Gestaltung eines Transitionskontextes braucht Kommunikation über das, was bis dahin war und über das, was werden soll. Dafür gibt es bisher häufig nur eine*n Ansprechpartner*in: der*die Patient*in selbst. Damit ist diese*r oft überfordert. Der Prozess muss daher eingebettet werden in ein Hilfskonstrukt, das nicht erst mit dem 18. Geburtstag anfängt. Der Vorlauf dazu muss bereits im 17. Lebensjahr stattfinden, so dass es in dieser Zeit möglich sein muss, die Begleiter*innen und Therapeut*innen der Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr und die Akteur*innen, die für die Zeit danach zuständig sind, gemeinsam an einen Tisch zu bringen. Hier sind mit relativ wenig Aufwand sehr viele Synergieeffekte zu erreichen, die, was die weitere Versorgung der hilfe- und therapiebedürftigen jungen Menschen betrifft, auf Dauer sowohl kosten- als auch ressourcensparend sein werden.

Die DGSF fordert daher, dass nach dem Identifizieren dieser Transitionskandidat*innen ein Versorgungsmodell etabliert werden sollte, das folgende Aspekte enthält:

- Eine vorübergehende Transitionsmaßnahme, die spätestens 6 Monate vor dem Vollenden des 18. Lebensjahres beginnt und längstens bis zur Mitte des 22. Lebensjahres dauert, d. h. maximal 4 Jahre. Danach wäre zu entscheiden, ob die Transitionsmaßnahme bei Bedarf in eine gesetzliche Betreuung übergehen soll. Während dieser Zeit kann einer der Beteiligten auf Wunsch des jungen Menschen die Funktion eines*einer Transitionsbegleiter*in übernehmen.
- In dieser Zeit können alle bis dahin angefangenen medizinischen, pädagogischen, psychotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen auf Wunsch des jungen Menschen fortgesetzt werden.
- In dieser Zeit finden in mindestens halbjährigen Abständen multiprofessionelle und interdisziplinäre Transitionskonferenzen statt, die den bisherigen und den weiteren Verlauf ge-

meinsam mit dem jungen Menschen eruieren. Letzterer entscheidet darüber, wer teilnimmt. Es sollte mindestens ein*e Vertreter*in aus jedem betroffenen SGB-Bereich teilnehmen. Die Teilnahme darf nicht an wirtschaftlichen Argumenten scheitern.

4. Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen

Aus DGSF-Sicht sollte die medikamentöse Therapie der psychisch kranken Minderjährigen wie bisher in der Verantwortung der Fachärzt*innen oder der Ärzt*innen mit einer ähnlichen Qualifikation liegen. Das Verordnen der fortgesetzten Therapie kann an den*die Hausärzt*in delegiert werden. Veränderungen sind mit dem ursprünglich Verordnenden abzustimmen.

Zu den Fachärzt*innen gehören Kinderärzt*innen, Sozialpädiater*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Psychiater*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen oder Fachärzt*innen mit einer Zusatzqualifikation Psychotherapie, Ärzt*innen für Psychosomatik oder Neuropädiater*innen.

5. Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Elternrechten und Kinderrecht

Die psychotherapeutische Behandlung eines Kindes geschieht immer zwischen der Elternverantwortung, dem Sorge- sowie dem Persönlichkeitsrecht und dem Recht auf Selbstbestimmung. Eine Prämisse der Systemischen Therapie ist es, jede Form von Selbstorganisation von Einzelpersonen und Familiensystemen wertzuschätzen. Systemisch zu denken bedeutet auch, persönliches Potential von Kindern und Jugendlichen wahrzunehmen und Eltern in ihrer Verantwortung anzuerkennen und zu stärken. Kinder und deren Angehörige werden daher in ihrer eigenen Sinnggebung der Welt und Gestaltung des Lebens ernstgenommen. Partizipation, Entscheidungsfreiheit und Freiwilligkeit sind maßgebliche Wirkfaktoren eines erfolgreichen therapeutischen Prozesses.

In einigen Fällen stößt der Wunsch nach Behandlung nicht auf ein Einverständnis der Eltern. Hier gilt es, individuelle Lösungen unter Einbezug der Reife und Einsichtsfähigkeit der Minderjährigen zu finden. Diese Konkurrenz zwischen Selbstbestimmungs- und Sorgerecht wird durch den Vorrang des „Wohl des Kindes“ entschieden. Gegen den Willen eines Kindes darf grundsätzlich keine Psychotherapie begonnen werden. Um diese Fragen klären zu können, braucht es Rechtssicherheit unter allen Beteiligten: Fachkräften, Patient*innen und Angehörigen.

Damit Kinder und Jugendliche therapeutische Angebote selbstbestimmt in Anspruch nehmen können, bedarf es einer qualifizierten Wissensvermittlung. Kinder und Jugendliche müssen grundsätzlich über die Zugänge, Ansprechpartner*innen vor Ort und Möglichkeiten der Versorgung informiert sein. Die Frage, ab wann junge Menschen ohne oder gegen das Wissen der Eltern oder eines getrennt lebenden sorgeberechtigten Elternteils eine Therapie beginnen können verunsichert Helfer*innensysteme und Patient*innen. Auch hier benötigt es dringend eine verbindliche Rechtssicherheit.

Partizipationskultur gelingt durch die Entwicklung einer entsprechenden Haltung der Mitarbeitenden. Die Beteiligungskompetenz von Kindern und Jugendlichen wird somit unterstützt. Je jünger Kinder sind, desto weniger können sie selbst Beteiligungsrechte einfordern. Umso größer ist die Verantwortung der Erwachsenen, Kindern Mitbestimmung zu ermöglichen.

Selbstbestimmung, Partizipation und Wissen der Patient*innen sowie der Einbezug von Familienangehörigen sind ausschlaggebend für den Erfolg einer Behandlung. Verständliche und in altersgerechter Sprache vermittelte Informationen bspw. über die geplanten Behandlungsmaßnahmen, die gestellte Diagnose, Aufklärung über Datenschutz und Schweigepflicht sind weitere positive Einflussfaktoren. Das Wissen um Ausgangslagen und die Klarheit der eigenen Rolle sowie eigenen Einfluss- und Entscheidungsräume ermöglichen das Recht auf Partizipation. Sind Kinder und Jugendliche selbst Angehörige eines psychisch erkrankten Elternteils, sind sie

an Behandlungsprozessen häufig nur in Ausnahmefällen beteiligt. Aus systemischer Sicht ein verheerendes Versäumnis: Der Erfolg oder Misserfolg einer Einzeltherapie geht immer mit einer Veränderung im Familiensystem einher. Für einen nachhaltigen Erfolg gilt es, das Wachstum und die Entwicklung aller Familienmitglieder zu fördern.

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen unterliegen statistisch einem höheren Risiko, im Laufe der Behandlung mit Zwangsmaßnahmen konfrontiert zu werden. Freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen zwischen dem Gefährdungsaspekt, dem Recht auf Erziehung und der Einsichtsfähigkeit eines Kindes abgewogen werden. Sorgeberechtigte, Angehörige oder Eltern sind bei allen freiheitseinschränkenden Maßnahmen einzubeziehen. Es gilt, generell Zwangskontexte weitestgehend zu verhindern. Sowohl für die Umsetzung als auch für die Deeskalation braucht es gut ausgebildetes Personal, welches regelmäßig zum Beispiel in Deeskalationstrainings weitergebildet wird. Ein guter Betreuungsschlüssel trägt ebenfalls dazu bei, dass Zwangsmaßnahmen nicht notwendig werden. Verpflichtende Supervision als Begleitung oder zur Reflexion einer erfolgten Zwangsmaßnahme sollte strukturell verankert werden.

Nimmt man das Ziel einer Partizipationskultur ernst, so benötigt es flächendeckend unabhängig, verankerte Beschwerdestellen, welche sich durch Niedrigschwelligkeit und einen anonymen Zugang auszeichnen.

6. Prävention seelischer Störungen

„Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen“, heißt es in einem afrikanischen Sprichwort. Diese Erkenntnis gilt nicht nur in Afrika sondern auch mitten in Deutschland. Kinder brauchen starke Eltern, die ihre Bedürfnisse erkennen und sie mit Fürsorge begleiten und erziehen. Eltern brauchen kontextuelle Bedingungen, um ihren Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und sie brauchen Menschen in ihrem Wohnumfeld, die ihnen in schwierigen Situationen des Familienlebens, bei Sorgen und Überforderungen beistehen und sie entlasten und stärken. Gelingt das, erleben Kinder, dass die Gemeinschaft außerhalb der Familie aus Menschen besteht, denen etwas daran liegt, wie es ihnen und den Eltern geht. Sie erleben ein Wohnumfeld, in dem man gemeinsam eine gute Zeit mit anderen Menschen verbringen kann, die interessiert und freundlich sind und helfen, wenn Hilfe gebraucht wird.

Insofern sind der Sozialraum und die Qualität der Kooperation der Akteur*innen wichtige Faktoren zur Prävention seelischer Störungen und für gelingendes Aufwachsen von Kindern, gerade dann, wenn es in der Familie schwierig ist.³

Die DGSF unterstützt hier die Empfehlungen, die die interministerielle Bundes-Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ (AG KpkE) erarbeitet hat. Es müssen Möglichkeiten der direkten Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ohne vorherige Befassung des Jugendamtes ausgebaut werden, die Alltagsunterstützung gestärkt und die Leistungen so flexibilisiert werden, dass sie auch wechselnden Bedarfslagen Rechnung tragen. Der Gang zu einer Behörde bzw. zum Jugendamt und die damit verbundene Offenbarung psychosozialer Belastungslagen gegenüber einer staatlichen Stelle sind für diese Familien in besonderer Weise mit Ängsten und Vorbehalten verbunden.

Kinder und Jugendliche brauchen dringend einen bedingungslosen elternunabhängigen Anspruch auf Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe. Im § 8 des SGB VIII muss die Anforderung des Vorliegens einer „Not- und Konfliktlage“ gestrichen werden! Dies würde dazu führen, dass die Beratungsstelle oder das Jugendamt nicht mehr zuerst prüfen muss, ob eine Not- und Konfliktlage vorliegt, bevor es dem Kind oder dem Jugendlichen unabhängig von den Eltern hilft. Das stärkt die Rechte von Kindern und Jugendlichen und trägt zu ihrer seelischen Gesundheit bei.

³ DGSF (2020): Systemischer Kinderschutz – Kontexte, Wechselwirkungen und Empfehlungen. Download unter: www.dgsf.org/themen/systemischer-kinderschutz (abgerufen am 19. Juni 2020).

In diesem Kontext brauchen wir in Deutschland eine bundesweit öffentlichkeitswirksam präsentierte, wissenschaftlich evaluierte, umfassend barrierefreie Online-Plattform, die Informationen und anonyme Beratung für Kinder und Jugendliche in seelischer Not, die sich selbständig im Internet auf die Suche nach Hilfe machen, bietet und für diese, wie auch für Fachkräfte, Möglichkeiten für wohnortnahe Hilfen über eine Postleitzahlenrecherche aufzeigt.

Dr. med. Filip Caby (Vorsitzender der DGSF)
Birgit Averbeck, Fachreferentin für Jugendhilfe/-politik und Soziale Arbeit
Carla Ortmann, Fachreferentin für Gesundheitspolitik

DGSF e. V., Jakordenstraße 23, 50668 Köln

www.dgsf.org

averbeck@dgsf.org