



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Kinder haben Rechte!

Bereits vor 30 Jahren ist die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) in Kraft getreten. Die Bundesrepublik Deutschland hat am 5. April 1992 diese Konvention ratifiziert.

Dort ist festgelegt, dass Kinder Rechte haben auf

- Anerkennung als eigenständige Persönlichkeit
- Beteiligung bei Entscheidungsprozessen
- Entwicklung und Entfaltung
- Schutz, Förderung und einen angemessenen Lebensstandard
- kindgerechte Lebensbedingungen

Die Maßnahmen in der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass diese Rechte nicht in einem angemessenen Maß berücksichtigt wurden. Daher unterstützt die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) weiterhin die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz, damit die Umsetzung der UN-Konvention die dringend notwendigen Fortschritte in Deutschland macht. Wir werden in der Sozialpädiatrie auf vielen Versorgungsebenen mit den Folgen einer Politik konfrontiert, die die Belange von Kindern und Familien nicht prioritär in den Blick nimmt und damit deren gesellschaftliche Teilhabechancen beeinträchtigt. Mehr denn je ist eine Sicherstellung der Überbrückung der Nahtstellen zwischen medizinischem, pädagogischem und sozialem System für die Versorgung aller Kinder und Jugendlichen – mit oder ohne spezielle Gesundheitsbedarfe - notwendig. Dies ist nur durch eine auch nachhaltige Finanzierung und Verankerung von sektoren- und sozialgesetzbuch-übergreifenden Angeboten im System möglich. Eine aktuell wirksam werdende Kürzung der Finanzierung der nicht-ärztlichen, pädagogischen Leistungen in den Sozialpädiatrischen Zentren in weiten Teilen Deutschlands, ist nicht hinnehmbar. Hier bedarf es dringend einer entsprechenden **Korrektur der Fehler in der Gesetzgebung im Sozialgesetzbuch V**.

Weitere Maßnahmen beinhalten unter anderem eine Stärkung des Kommunalen Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Sinne des „Public Health vor Ort“, den Erhalt und Förderung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung sowie eine Sicherung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf höchstem Niveau. Die Versorgung von Kindern bedarf eines hohen Zeitaufwandes, wenn sie angemessen an allen Entscheidungen beteiligt werden sollen, der bei der Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung und in der ambulanten Versorgung berücksichtigt werden muss.

Im Bereich des medizinischen Kinderschutzes sind in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte erzielt worden. Flächendeckend sind Kinderschutzgruppen entstanden, die

mit den regionalen Anlaufstellen zusammenarbeiten. Allerdings fehlt eine nachhaltige und systematische Finanzierung. Teilweise werden die interdisziplinären Kinderschutzgruppen über befristete Projekte gefördert oder auch in der Eigenverantwortung der Kliniken vorgehalten. Die intersektorale Versorgung gefährdeter Kinder und Jugendlicher und die Zusammenarbeit mit kommunalen Einrichtungen des Kinderschutzes muss für alle Kinder unabhängig vom Wohnort vorgehalten werden.

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung. Dies ist in den letzten zwei Jahren im Rahmen der Pandemie nicht adäquat berücksichtigt worden. Die Pandemie hat Kinder, Jugendliche und Familien in besonderem Maße benachteiligt und hat entsprechende Schäden hinterlassen, was in vielen Studien gezeigt werden konnte. Bei weiteren zu erwartenden Einschränkungen müssen zukünftig die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen prioritär berücksichtigt werden. Als Orientierung beispielsweise für den pädagogischen Bereich soll die Lebende Leitlinie zu Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen dienen. Die DGSPJ fordert dazu auch ein systematisches Gesundheitsmonitoring bei Kindern und Jugendlichen und wissenschaftliche Evaluation von Maßnahmen, die die Gesundheit schützen aber auch beeinträchtigen können.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Peter Borusiak
Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
LVR-Klinik Bonn
Kinderneurologisches Zentrum
Waldenburger Ring 46
53119 Bonn
peter.borusiak@lvr.de



Weiterführende Informationen

UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK)

Die UN-Kinderrechtskonvention¹ trat am 2. September 1990 nach Annahme durch die UN-Generalversammlung im November 1989 nach der 20. Ratifizierung durch ein Mitgliedsland in Kraft. Beim Weltkindergipfel in New York Ende September 1990 verpflichteten sich Regierungsvertreter aus der ganzen Welt zur Anerkennung der Konvention. Alle Mitgliedsstaaten bis auf die USA sind dieser Konvention beigetreten.

Die Konvention beruht auf vier elementaren Grundsätzen:

- Überleben und Entwicklung
- Nichtdiskriminierung
- Wahrung der Interessen
- Beteiligung

der Kinder. Die UNICEF hat als Kinderrechtsorganisation der UNO den Text in Grundrechten zusammengefasst².



Die konkrete Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland kann zumindest in Teilen als schleppend bezeichnet werden. Exemplarisch sei auf Artikel 3 hingewiesen, in dem festgelegt ist, dass „bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen [...], das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt [ist], der vorrangig zu berücksichtigen ist“. Die Zustimmung Deutschlands erfolgte auch zunächst nur mit einer Vorbehaltserklärung, die erst 2020 wieder zurückgenommen wurde.

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich gut 100 bundesweit tätige Organisationen und Initiativen aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen der National Coalition zusammengeschlossen (<https://netzwerk-kinderrechte.de/>). Auch die DGSPJ ist über das „Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit“ (früher Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, DAKJ, <https://www.dakj.de/>) vertreten. Ziel ist, die UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland bekannt zu machen, ihre Umsetzung zu kontrollieren und voranzubringen. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz. Dieser Schritt wird auch in Expert*innengutachten⁽³⁾⁽⁴⁾ als verfassungspolitisch sinnvoll eingeordnet. Diese Gutachten wurden seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) in Auftrag gegeben. Es ist erklärtes Ziel der aktuellen Regierungskoalition, dies nun umzusetzen.

¹<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93140/78b9572c1bffdda3345d8d393acbbfe8/uebereinkomm-en-ueber-die-rechte-des-kind-es-data.pdf>

² <https://www.unicef.de/informieren/einsatz-fuer-kinderrechte>

³<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120474/a14378149aa3a881242c5b1a6a2aa941/2017-gutachten-umsetzung-kinderrechtskonvention-data.pdf>

⁴<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120476/193f08c3955adeb2c47d83b990537666/2017-kurzgutachten-kinderrechteinsgrundgesetz-data.pdf>

Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren

In Deutschland gibt es eine institutionelle Sonderform der interdisziplinären medizinischen Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, drohenden und manifesten Behinderungen sowie chronischen Erkrankungen – die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ). Die Behandlung dort ist nach §119 SGB V auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Grundsätze und Rahmenbedingungen der Arbeit sind im „Altöttinger Papier“⁵ beschrieben.

Das Konzept beinhaltet eine ganzheitliche, interdisziplinäre Behandlung und umfasst nicht nur medizinische, sondern auch integrierte psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen. Pädagogische Ansätze beinhalten beispielsweise eine heilpädagogische Sichtweise und eine sozialrechtliche Beratung und Begleitung innerhalb des interdisziplinären Teams sowie die Vernetzung mit externen Institutionen. Durch eine entsprechende Abstimmung wird eine gemeinsame Erarbeitung von optimierten Behandlungskonzepten und –abläufen ermöglicht, wobei vornehmlich Patient*innen und ihre Familien einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang existieren Rechtsunsicherheiten bzw. unterschiedliche Rechtsauffassungen bei der Vergütung der SPZ insbesondere im Hinblick auf die nichtärztlichen Fachkräfte, wobei die pädagogischen Berufsgruppen vornehmlich betroffen sind. Im Erstentwurf für die Aufnahme der SPZ in das SGB V im Gesundheitsreformgesetz ab dem 01.01.1989 sah der Gesetzgeber eine vollumfängliche Finanzierung der Behandlung im SPZ durch die GKV vor. Dies wurde von der GKV abgelehnt und mit Einführung des §43a sowie Streichung von Absatz 2 in §119 im SGB V am 20.12.1991 eine erhebliche Rechtsunsicherheit für die SPZ geschaffen. Es folgten Verhandlungen unter Moderation des BMG. Vereinfacht dargestellt war eine Aufteilung der Leistungen angedacht, wobei die Krankenkassen ca. 85% der Kosten (insbesondere für ärztliche, psychologische und therapeutische Leistungen) und die Sozialhilfeträger die verbleibenden 15% für nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen übernehmen sollten. Die Leistungen der Sozialhilfeträger sind allerdings „Kann-Leistungen“, die bereits in der Vergangenheit oftmals nicht oder nur teilweise erstattet wurden. In Zeiten abnehmender finanzieller Möglichkeiten der Kommunen ziehen sich die Träger der Sozialhilfe zunehmend zurück. Dies ist aktuell insbesondere in NRW eine erhebliche Gefährdung der Versorgung von benachteiligten Kindern und Jugendlichen in den SPZ. In einem Urteil vom 12.10.2018 hat das Landesozialgericht Berlin-Brandenburg zwar klar Position⁶ bezogen, allerdings wird dieses Urteil noch lange nicht in allen Bundesländern als Maßstab genommen und anerkannt.

⁵ <https://www.dgspj.de/qualitaetssicherung/altoettinger-papier/>

⁶ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 55.; LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72.; LSG BRB, Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL.

Fachlich ist der interdisziplinäre Ansatz unter Einbeziehung insbesondere der pädagogischen Fachkräfte für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen unabdingbar, um die Teilhabe zu sichern.

Die juristische Bewertung erfolgte kürzlich in der Reihe „Kasseler Schriften zum Sozial- und Arbeitsrecht“ und zeigt die Problematik detailliert auf.⁷ Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 hat in einem einmütigen Beschluss den Gesetzgeber aufgefordert, die Vergütung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen im Rahmen der SPZ-Behandlung zu klären⁸.

Zur Sicherung der Versorgung der Patient*innen und ihrer Familien sollte die Finanzierung geklärt und möglichst rasch Rechtssicherheit hergestellt werden. Die aktuelle Regierung will laut Koalitionsprogramm die SPZ stärken – Rechtssicherheit sehen wir als eine Grundlage hierfür an.

⁷ https://kobra.uni-kassel.de/bitstream/handle/123456789/11997/kup_9783737608893.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁸ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/222029/Beschlussprotokoll-des-125-Deutschen-Aerztetages> S. 16/17, Abruf 15.07.2022 17:49 Uhr

Kinderschutz

Kinderschutz ist ureigener Inhalt sozialpädiatrischen Handelns und beinhaltet unter anderem alle Formen der Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und des Missbrauchs. Die gesellschaftliche Bedeutung zeigt sich auch an den Zahlen: die Jugendämter in Deutschland waren im Jahr 2020 mit 194.475 Meldungen zur Gefährdung des Kindeswohls konfrontiert. Hierbei wurden 60.600 Kindwohlgefährdungen festgestellt und es resultierten 45.400 Inobhutnahmen.⁹

Kinderschutz kann nur in einem sektorenübergreifenden Ansatz funktionieren. Hierbei sind institutionelle Vernetzungen zwischen den Systemen erforderlich. Beispielhaft seien Medizin, Jugendhilfe, pädagogisches System und auch das juristische System benannt. Innerhalb der Medizin sind ebenfalls Austauschmöglichkeiten zwischen niedergelassenen Praxen, medizinischen Versorgungszentren, Sozialpädiatrischen Zentren, Kliniken und dem kinder- und jugendärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienst vonnöten. Zusätzlich sind die verschiedenen Berufsgruppen (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderradiologie, Kinderchirurgie, Rechtsmedizin, Allgemeinmedizin etc.) und Fachgebiete (Kinder-Gesundheitspflege, Hebammen, Psychologie, Sozialarbeit) angemessen zu berücksichtigen und beteiligen.

In den letzten Jahren sind vielerorts interdisziplinäre Kinderschutzgruppen entstanden, die allerdings entweder ohne entsprechende Finanzierung in der jeweiligen Institution „mitschwimmen“ oder aber über Projekte gefördert werden. Typischerweise ist eine solche Projektförderung aber begrenzt und nicht langfristig angelegt. Das inhaltliche Vorgehen ist konsentiert und in der aktuellen Kinderschutzleitlinie¹⁰ festgelegt.

Kinderschutz im Gesundheitssystem verankern

**Eine medizinische Expertise für flächendeckenden
und nachhaltigen Kinderschutz**

Sinnvoll ist die Etablierung von flächendeckenden, strukturierten Prozessen und Standards. Diese Versorgungslücke gilt es zu schließen. Ein entsprechendes Positionspapier wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM e.V.) erstellt¹¹. Neben vielen weiteren Fachgesellschaften war auch die DGSPJ an der Erstellung und Konsentierung beteiligt und unterstützt nachhaltig die dargelegten Ziele.

⁹ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/_inhalt.html

¹⁰ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069l_S3_Kindesmisshandlung-Missbrauch-Vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2022-01.pdf

¹¹ https://www.dgkim.de/dateien/positionspapier_kinderschutz-im-gesundheitssystem-verankern_19-05-2022_1.pdf

Berücksichtigung der Kinder und Jugendlichen in der Pandemie

Die erhebliche Belastung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien durch die Pandemie ist hinreichend bekannt. Hierzu existieren zahlreiche internationale und nationale Studien, die sie Auswirkungen in aller Deutlichkeit aufzeigen. Beispielhaft seien die COPSY-Studie¹² und die COSMO-Erhebung¹³ erwähnt. Die somatische Gefährdung von Kindern ist trotz bestimmter Besonderheiten wie PIMS (pediatric inflammatory multisystem syndrome) im Vergleich zu Erwachsenen eher als gering einzuschätzen. Kinder, Jugendliche und Familien unterliegen aber erheblichen psychischen Belastungen, deren Folgen nicht bzw. allenfalls in Ansätzen abzuschätzen sind.

Insbesondere sind hiervon Familien betroffen, die bereits vor der Pandemie belastet waren, beispielsweise Familien mit psychisch erkrankten Familienmitgliedern oder Familien, die von Armut betroffen oder bedroht sind. Haltgebende Institutionen zu denen auch Kindertagesstätten und Schulen zu zählen sind, unterlagen ebenfalls deutlichen Einschränkungen bzw. waren zumindest vorübergehend geschlossen.

Infektionsschutz ist auch Kinderschutz! Bislang waren die politischen Entscheidungen an anderen Maximen ausgerichtet. Unter Berücksichtigung der Rechte der Kinder sind bei zukünftigen weiteren Entscheidungen in der Pandemie die Bedarfe von Kindern, Jugendlichen und Familien angemessen zu berücksichtigen. Hierbei müssen Maßnahmen des Infektionsschutzes und des Kinderschutzes zusammen gedacht und umgesetzt werden. Die drohende bzw. bereits in Teilen bereits existente Zunahme der sozialen Ungleichheit halten wir für eine nicht weiter zu akzeptierende Entwicklung.

In einem bis dahin erstmaligen Ansatz wurde eine gemeinsame „Lebende Leitlinie“ entwickelt, die sowohl die pädagogischen Aspekte als auch die medizinische Sichtweise berücksichtigt und auch die betroffenen Familien selbst mit einbezieht. Diese S3-Leitlinie „Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen“ ist bei allen zukünftigen Entscheidungen zu berücksichtigen.

Für einen Evidenz-basierten weiteren Entscheidungsprozess muss der „Blindflug durch die Pandemie“ beendet werden. Hierzu ist ein systematisches Gesundheitsmonitoring bei Kindern, Jugendlichen und den Familien ebenso notwendig wie eine wissenschaftliche Evaluation von Maßnahmen.

Die Stellungnahme der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Corona-Infektionsschutz und psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche“ hat unverändert Gültigkeit¹⁴. Infektionsschutz und psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche müssen in der Pandemie nicht konträr, sondern gemeinsam gedacht und optimal gefördert werden!

¹² <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>

¹³ Exemplarischer Fachartikel:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8617549/pdf/103_2021_Article_3453.pdf

¹⁴ <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-kinder-in-der-pandemie-infektionsschutz-ist-kinderschutz-2022-01.pdf>