Leon A. Brandt, Silja Hauß, Michael Kölch,
Thomas Meysen, Christian Schrapper

Junge Menschen in stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wichtige Kooperation mit Risiken – eine Fallstudie zum »Komplex Winterhoff«

SOZIALE PRAXIS

WAXMANN

Soziale Praxis

herausgegeben vom
Institut für soziale Arbeit e. V.,
Münster

Leon A. Brandt, Silja Hauß, Michael Kölch,
Thomas Meysen, Christian Schrapper

Junge Menschen in stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wichtige Kooperation mit Risiken – eine Fallstudie zum »Komplex Winterhoff«

Waxmann 2025
Münster · New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

ISSN 0932-416X
Print-ISBN 978-3-8188-0031-4
E-Book-ISBN 978-3-8188-5031-9

https://doi.org/10.31244/9783818850319

© Waxmann Verlag GmbH, 2025
Steinfurter Straße 555, 48159 Münster
www.waxmann.com
info@waxmann.com

Umschlaggestaltung: Fabian Möcking
Satz und Layout: Fabian Möcking

Dieses E-Book ist unter der Lizenz CC BY-NC-SA 4.0 open access verfügbar.

Diese Lizenz gilt nur für das Originalmaterial. Alle gekennzeichneten Fremdinhalte (z.B. Abbildungen, Fotos, Zitate etc.) sind von der CC-Lizenz ausgenommen und für deren Wiederverwendung ist es ggf. erforderlich, weitere Nutzungsgenehmigungen beim jeweiligen Rechteinhaber einzuholen.

Vorwort

Als im August 2021 Süddeutsche und WDR die »Causa Winterhoff« publik machten, war das Echo gewaltig. Bei aller medialen Empörung sind es jedoch die Schicksale der Betroffenen, denen unser aller und ganz persönlich auch mein aufrichtiges Mitgefühl gebührt. Einige der jungen Menschen waren aufgrund besonderer Schutzbedürfnisse durch Jugendämter in stationären Erziehungshilfeeinrichtungen untergebracht. Da der Skandal »vor unserer eigenen Haustür« stattfand, waren wir besonders involviert. Aus dieser Verantwortung folgt die Verpflichtung zu einer konstruktiven, offenen und ehrlichen Fehleranalyse. Nach der Schließung der Praxis Winterhoff zum »Weiter so« überzugehen, erschien inakzeptabel.

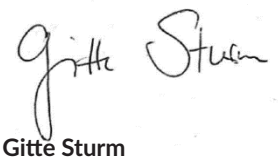
Wie konnte es soweit kommen? War es ein Einzelfall oder liegt der Fehler im System? Und vor allem: Was können wir besser machen, um die uns Anvertrauten zu schützen?

Fallakten wurden gesichtet, fachärztliche Zweitmeinungen eingeholt, die Kooperationen mit Erziehungshilfeträgern unter Einbeziehung der Heimaufsicht geprüft und die ermittelnden Behörden unterstützt. Zur Sicherstellung einer neutralen, wissenschaftlich fundierten Aufarbeitung habe ich zudem die vorliegende Analyse in Auftrag gegeben. Mein Dank gilt dabei den beteiligten Organisationen und meinen Mitarbeitenden für die Bereitschaft zur selbstkritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln.

Das hieraus Gewonnene verstehen wir als fortdauernden Prozess in der tagtäglichen Arbeit: Neben einer kindzentrierten Hilfeplanung müssen gelingende Kooperationen und gegenseitige Anerkennung der unterschiedlichen Fachexpertisen zwischen den beteiligten Institutionen künftig mehr Beachtung finden. Für die Mitarbeitenden in den Jugendämtern wünsche ich mir dabei vor allem den Mut, der eigenen Fachlichkeit zu vertrauen und abweichende Einschätzungen zu hinterfragen. Die Kinder und Jugendlichen müssen darauf vertrauen können, dass wir ihre Interessen schützen und auch nach außen vertreten.

Es ist mir deshalb ein besonderes Anliegen, die nachfolgenden Erkenntnisse mit der Öffentlichkeit zu teilen – verbunden mit der Hoffnung, so einen Beitrag zur bestmöglichen Vermeidung vergleichbarer Geschehnisse leisten zu können.

Bonn, im November 2024



Gitte Sturm
Leiterin des Amtes für Kinder, Jugend und Familie der Bundesstadt Bonn

Inhalt

Einleitung: Anlass und Gegenstand der Fallstudie **11**

1. Abschlussbericht der Fallstudie **14**

1.1 Der »Komplex Winterhoff« **14**
1.1.1 Werdegang, Öffentlichkeit und zentrale Thesen 14
1.1.2 Winterhoffs Tätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe 18
1.1.3 Kritik an Winterhoff, seinen Thesen und Argumentationen 20
1.1.4 Erstes Zwischenfazit: Was zeigt der »Komplex Winterhoff«? 23

1.2 Gegenstand des Projekts: Fall- und Organisationsanalysen für das Jugendamt Bonn **24**
1.2.1 Auftrag 24
1.2.2 Angebot und Zielsetzung 25

1.3 Methodisches Vorgehen **26**
1.3.1 Das Material 26
1.3.2 Die Vorsichtungsphase 27
1.3.3 Die Hauptuntersuchungsphase 28

1.4 Befunde aus der Vorsichtungsphase **32**

1.5 Befunde aus der Hauptuntersuchungsphase **33**
1.5.1 Jenny – von einer Krise in die nächste 34
1.5.2 Ines – Deutungshoheit vor Kindeswohl 36
1.5.3 Kai – Heimerziehung kann als förderliche Passage gelingen 38
1.5.4 Übergreifende Themen aus allen Fällen 40

1.6 Hinweise und Empfehlungen **45**

Literatur **50**

2. Rechte junger Menschen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe **52**

2.1 Orientierungssätze **52**

2.2 Kinder- und Jugendhilfe (KJH), Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie (KJPP) und Medikation – ein Spannungsfeld **53**

2.3 Verfassungsrechtliche Einordnung: ärztliche Therapie als Eingriff **59**

2.4 Aufklärung 63
2.4.1 Adressat*in der Aufklärung 63
2.4.2 Ziele der Aufklärung 67
2.4.2.1 Therapeutische bzw. Sicherungsaufklärung 67
2.4.2.2 Selbstbestimmungsaufklärung 69
2.4.2.3 Mitwirkungsobliegenheiten des*der Behandelten 70
2.4.2.4 Vermittlung psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen 71
2.4.3 Medizinische Indikation 74
2.4.4 Formelle Anforderungen 75
2.4.5 Aufklärung im Erziehungsdreieck 77

2.5 Einwilligung 79
2.5.1 Einwilligungsfähigkeit 83
2.5.2 Einwilligungsbefugnis 85
2.5.2.1 Inhaltlicher Wandel des elterlichen Erziehungsgrundrechts/ vormundschaftlichen Sorgerechts 87
2.5.2.2 Vetofähigkeit 89
2.5.2.3 Individuell-partielle Beendigung des elterlichen Erziehungsgrundrechtes/ vormundschaftlichen Sorgerechts 90
2.5.2.4 Sonderproblematik Behandlungsvertrag 92
2.5.3 Einwilligung im Erziehungsdreieck 94
2.5.3.1 BGH-Rechtsprechung und kinderrechtsbasierter Ansatz 94
2.5.3.2 Aufwachsen und Persönlichkeitsentwicklung als dialektischer Prozess 95
2.5.3.3 Erst-recht-Schluss-Argument 97
2.5.3.4 Zusammenfassende Handlungsorientierung zur Einwilligung im Erziehungsdreieck 97

2.6 Zusammenfassung: Verknüpfung familien- und zivilrechtlicher mit sozialrechtlicher Dimension 107

Literatur 108

3. Expertise zur Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 113

3.1 Einführung 113

3.2 Psychische Störungen bei Minderjährigen 114
3.2.1 Epidemiologie 114
3.2.2 Behandlungszahlen psychischer Störungen bei Minderjährigen in Deutschland 115
3.2.3 Risikofaktoren für psychische Störungen 116
3.2.4 Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe und psychische Störungen 116

3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 118
3.3.1 Grundlagen und Methodik der KJPP 118
3.3.2 Gesetzliche Grundlagen für die ärztliche Tätigkeit 121
3.3.3 Organisation der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in Deutschland 123

3.4 Kooperation 125
3.4.1 Zahlen 125
3.4.2 § 35a SGB VIII 125
3.4.3 Kooperation strukturell – »AG 78« 126
3.4.4 Kooperation individuell jenseits § 35a SGB VIII 126
3.4.5 Praktische Aspekte von Kooperation in der Fachlichkeit 127

3.5 Ausblick: Kooperation im Rahmen der Problematik der »Systemsprenger« 130

Literatur 132

Einleitung: Anlass und Gegenstand der Fallstudie

Silja Hauß & Christian Schrapper

Im August 2021 veröffentlichen die Süddeutsche Zeitung und der Westdeutsche Rundfunk (WDR) die Ergebnisse einer umfangreichen Recherche rund um die Behandlungsmethoden des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters und -psychotherapeuten Dr. Michael Winterhoff aus Bonn. Laut eigener Aussage hatten sie mit mehr als 20 ehemaligen Patient*innen von Winterhoff gesprochen. Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung ist die sich in nahezu allen Fällen wiederholende Diagnose, die Winterhoff bei den jungen Menschen vergab: Entwicklungsretardierung mit Fixierung im frühkindlichen Narzissmus und in der ödipalen Phase sowie Eltern-Kind-Symbiose – eine Diagnose, die zu den Thesen zu verhaltensauffälligen Heranwachsenden in seinen Büchern passt, aber zu der es laut Deutscher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) keine Studien gibt und die vor allem keine Diagnose nach den gültigen medizinischen Klassifikationssystemen darstellt. Weitere Kritikpunkte betreffen seine, auf die Diagnose folgenden Behandlungsmethoden: Vielen Kindern verschrieb Winterhoff das Medikament Pipamperon – ein Neuroleptikum, das beruhigend wirkt und beim Einsatz bei Kindern und Jugendlichen besonderer Sorgfalt bedarf (vgl. Rosenbach & Stadler 2021).

Im Fokus der Reportage stehen vor allem junge Menschen, die viele Jahre ihres Lebens in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe lebten. Die jungen Menschen beschreiben eine enge Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und dem Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten: Oftmals betreute er eine große Anzahl an Kindern, die dort lebten. Und sie beklagen Nebenwirkungen der Medikamente, die Winterhoff verschrieben hat, unter denen sie damals litten und teilweise bis heute leiden. Eltern bzw. Vormünder*Vormundinnen der jungen Menschen seien in Entscheidungen zur Medikamentenvergabe kaum einbezogen und vor allem nicht über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt worden. Personensorgeberechtigte, die sich gegen Winterhoffs Empfehlungen und Praktiken wehrten, erhielten kein Gehör – nicht von dem Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten selbst, nicht von Trägern der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe und (in Einzelfällen) auch nicht vom Familiengericht. Teilweise wurden sie stark unter Druck gesetzt oder Winterhoff regte familienrechtliche Gutachten gegen sie an, wenn sie seinem Behandlungsplan nicht zustimmten. Winterhoff wehrt sich in Form anwaltlicher Stellungnahmen gegen die Vorwürfe. Er verteidigt die Vergabe von Pipamperon und wehrt sich gegen die Vorwürfe, er habe junge Menschen und ihre Familien nicht ausreichend in etwaige Entscheidungen einbezogen (vgl. Rosenbach & Stadler 2021).

Auf die Berichterstattung folgen mehrere Strafanzeigen gegen Winterhoff. Einige Jugendämter und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe erklären öffentlich, die Zusammenarbeit mit ihm zu beenden. Ende des Jahres 2021 schließt Winterhoff seine Praxis

in der Bonner Südstadt – nach eigener Aussage aus Altersgründen. Im Juli 2023 wird Anklage gegen Winterhoff wegen Verdachts auf gefährliche Körperverletzung in 23 Fällen erhoben (vgl. Rosenbach & Stadler 2023). Laut Nachrichtenmitteilung der Deutschen Presseagentur bestätigt Winterhoffs Anwältin dies, äußert aber auch, dass Winterhoff sich weiterhin entschieden gegen die Vorwürfe verteidigen werde.

Nicht selten sind Personen, die entweder sehr pointiert Meinungen vertreten, polarisierend Äußerungen tätigen oder in scheinbar besonderer Weise aktiv sind, Auslöser und Bezugspunkt für grundsätzliche Debatten, die weit über diese Person hinausreichen. Diese Personen erscheinen nicht nur als Vertreter für etwas, sondern als herausgehobene Exponenten von Positionen und Konzepten und müssen auch als solche betrachtet werden. So auch hier. Die Personen sind nur Exponenten, wirken als Indikator für grundsätzliche Vorstellungen und müssen als solche eingeordnet und bewertet werden. In diesem Sinne sprechen wir im Folgenden vom »Komplex Winterhoff«, um auf eben diese hinter der Person liegende Dimension der Geschehnisse zu verweisen.

Dr. Michael Winterhoff, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in eigener Praxis in Bonn tätig, behandelte auch junge Menschen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe lebten. Winterhoff äußerte sich in eigenen Publikationen sowie in Talkshows, Interviews und Vorträgen öffentlich zu grundlegenden Fragen der Erziehung von Kindern. Für diese Äußerungen und Auftritte erntete er nicht nur viel Aufmerksamkeit und Zustimmung. Seine Thesen zum Verständnis und zur Erziehung von Kindern wurden zugleich von einem (kleinen) Teil der Öffentlichkeit deutlich kritisch gesehen (vgl. u. a. Bartsch 2010, Zips 2010, Reents 2009, Heinemann 2008).

Letztlich waren es erneut journalistische Recherchen und nicht die grundsätzliche Kritik an seinen Behauptungen aus den einschlägigen Wissenschaften der Erziehung bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihrer Fachgesellschaften, welche diese positive Aufmerksamkeit grundlegend in Frage stellten. Vielmehr fanden junge Menschen, welche sich durch Winterhoffs Beurteilungen und Behandlungsmethoden geschädigt fühlten, in den Medien Stimme und Gewicht. Erst diese Berichte haben jenen Prozess ins Rollen gebracht, in dessen Konsequenz – neben anderen – auch die vorliegende Untersuchung zur besonderen Verantwortung von Institutionen und Fachpersonen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die gesundheitliche Versorgung junger Menschen beauftragt wurde.

Das Kapitel 1 stellt den Abschlussbericht der von der Stadt Bonn beauftragen Fallstudie zum „Komplex Winterhoff“ dar: Nach einer einführenden kritischen Einordnung der Person Winterhoff sowie des um ihn herum entstandenen Diskurses werden Auftrag, Zielsetzung, methodisches Vorgehen sowie die zentralen Befunde der Untersuchung dargestellt und erläutert. Der Bericht schließt mit Hinweisen und Empfehlungen zum Verständnis und zur Gestaltung der Verantwortung zwischen Jugendamt, freien Trägern und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Gesundheitsfürsorge. In zwei eigenständigen Expertisen werden die rechtlichen Fragen (Kapitel 2) und kinder- und jugend-

psychiatrischen Fragen (Kapitel 3) nach Verantwortung und Kooperation der Gesundheitsfürsorge in der Kinder- und Jugendhilfe beantwortet.

Literatur

Bartsch, Matthias (2010). Tatort Familie. „Auf dem Stand eines Zweijährigen". Interview mit Michael Winterhoff. Der Spiegel vom 04.05.2010. Online: https://www.spiegel.de/spiegelwissen/a-693972.html (Zugriff am 24.11.2024).

Heinemann, Christoph (2008). Psychologe: Kinder sind keine Partner. Interview mit Michael Winterhoff im Deutschlandfunk am 30.05.2008. Online: https://www.deutschlandfunk.de/psychologe-kinder-sind-keine-partner-100.html (Zugriff am 24.11.2024).

Reents, Friederike (2009). Eltern erzieht euch selbst! Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 01.06.09. Online: https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/buecher/rezensionen/sachbuch/erziehungs-ratgeber-eltern-erzieht-euch-selbst-1803221.html (Zugriff am 24.11.2024).

Rosenbach, Nicole & Stadler, Rainer (2021). Vorwürfe gegen Kinderpsychiater. „Er hat meine Kindheit ruiniert". Süddeutsche Zeitung vom 09.08.2021. Online: https://www.sueddeutsche.de/leben/michael-winterhoff-pipamperon-kinderpsychiater-narzissmus-1.5377911 (Zugriff am 24.11.2024).

Rosenbach, Nicole & Stadler, Rainer (2023). Staatsanwaltschaft Bonn erhebt Anklage gegen Michael Winterhoff. Süddeutsche Zeitung vom 04.07.2023. Online: https://www.sueddeutsche.de/politik/michael-winterhoff-kinderpsychiater-staatsanwaltschaft-bonn-anklage-koerperverletzung-1.5996404 (Zugriff am 24.11.2024).

Zips, Martin (2010). Zur Hölle mit der Disziplin. Süddeutsche Zeitung vom 17.05.2023. Online: https://www.sueddeutsche.de/leben/kindererziehung-zur-hoelle-mit-der-disziplin-1.473754 (Zugriff am 24.11.2024).

1. Abschlussbericht der Fallstudie

Silja Hauß & Christian Schrapper

1.1 Der »Komplex Winterhoff«

1.1.1 Werdegang, Öffentlichkeit und zentrale Thesen

Michael Winterhoff wird 1955 in Bonn geboren. Über seine eigene Kindheit und Jugend berichtet er in einem Interview mit dem Spiegel vom 04.05.2010: »Ich hatte in dieser Zeit viele sehr schöne Erlebnisse, Freundschaften in der Jugendarbeit, beim Malteser Hilfsdienst. Schwierig war die Auseinandersetzung mit meinen Eltern. Das war eine Zeit, in der Schläge noch als probates Erziehungsmittel galten und Eltern sehr viel Gehorsam verlangten.« Die eigene Kindheit erscheint als Abbild dessen, was über Familie und Erziehung aus den 1950er Jahren bekannt ist (vgl. Bartsch 2010).

Winterhoff studiert von 1977 bis 1983 an der Universität Bonn Humanmedizin. Ab 1988 praktiziert er als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Bonn. Im Kontext seiner Veröffentlichungen (und bis 2021 auch auf seiner eigenen Homepage[1]) ist immer wieder zu lesen, dass er als anerkannter Facharzt auch im Bereich der Jugendhilfe tätig sei. Bis Dezember 2022 betreibt er gemeinsam mit Angelika Rischar, ebenfalls Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine eigene Praxis in der Bonner Südstadt.

Die öffentliche Aufmerksamkeit für Michael Winterhoff und seinen Blick auf das Heranwachsen junger Menschen wird durch seine Publikationen geweckt. 2008 erscheint sein erstes Buch mit dem Titel »Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung der Kindheit«. Co-Autor ist der Journalist Carsten Tergast, der ihn auch bei seinen weiteren Buchprojekten unterstützen wird.

Winterhoff beschreibt rückblickend den Anlass für sein erstes Buch in der Erkenntnis, dass sich die Gründe für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen seit den 1990er Jahren verschoben hätten:

> »Hingen sie früher mit der Kindheit der Eltern oder der gemeinsamen Lebensgeschichte der Eltern mit dem Kind zusammen, so sind seit Mitte der Neunzigerjahre gesellschaftliche Veränderungen die Ursache. Diese wirken sich so ungünstig auf die Erwachsenen und damit indirekt auf die Kinder aus. Immer mehr Kinder und Jugendliche haben somit keine Chance, sich in ihrer Psyche altersgemäß zu entwickeln.« (Winterhoff 2013, S. 209)

1 Die Homepage von Michael Winterhoff ist inzwischen nicht mehr aufrufbar.

Er sieht das Grundproblem in den »unbewusst veränderten Beziehungsebenen zwischen Kindern und Erwachsenen« (Winterhoff 2013, S. 210 f.), die sich insbesondere in Form diverser Beziehungsstörungen bemerkbar machten. Diesen sogenannten Beziehungsstörungen widmet er in seinem ersten Buch (»Warum unsere Kinder Tyrannen werden«) je ein eigenes Kapitel:

- Im Kapitel »Erste Beziehungsstörung: Partnerschaftlichkeit – Kinder werden aus der untergeordneten Rolle zwangsbefreit« beschreibt er die von ihm beobachtete Tendenz, dass Eltern ihren Kindern zunehmend auf einer partnerschaftlichen Ebene begegnen, Themen mit ihnen besprächen, zu denen ein Kind sich »noch gar nicht verständlich […] ausdrücken kann« (Winterhoff 2008, S. 96) und somit keine Grenze zwischen Erwachsenen und Kind zögen. Es fehle Kindern in der Folge an »psychische[n] Funktionen wie Höflichkeit« (ebd., S. 95). Auch in Bildungseinrichtungen wie Kindertageseinrichtungen und Schulen bediene man sich partnerschaftlich geprägter Ansätze, was sich aus Winterhoffs Sicht in Konzepten des freien Spiels oder in Methoden wie der Gruppenarbeit bemerkbar mache (vgl. ebd., S. 97 ff.).
- Die »Zweite Beziehungsstörung: Projektion – Eltern begeben sich unter das Kind« sieht Winterhoff als »die zweite Stufe« eines partnerschaftlich geprägten Verhältnisses zum Kind, die dazu führe, dass »Eltern in eine Situation geraten, in der sie das Kind zur Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse benötigen« (Winterhoff 2008, S. 118). Erwachsene nutzten ihr Kind als Messlatte in Hinblick auf die Frage, ob sie gute oder schlechte Eltern seien und leiteten ihr Selbstbewusstsein daraus ab.
- In der »Dritte[n] Beziehungsstörung: Symbiose – Wenn Eltern ihre Psyche mit der ihres Kindes verschmelzen« falle »endgültig die Wahrnehmung des Kindes als Kind weg« (Winterhoff 2008, S. 124) und es käme zu einer »Verschmelzung der elterlichen Psyche mit der kindlichen und damit zu einer Fixierung des Kindes in einer noch früheren psychischen Entwicklungsphase« (ebd.). Eltern würden dann handeln, als sei das Verhalten des Kindes ein Körperteil von ihnen. Für die Entwicklung des Kindes hieße das in der Folge, dass dieses »in einer frühkindlichen Fantasie, allein auf der Welt zu sein und alles steuern zu können« (ebd., S. 148), verbleibe.

Zur Illustration der drei »Beziehungsstörungen« führt Winterhoff zahlreiche Beispiele (verhaltens-)auffälliger Kinder und ihrer hilfesuchenden Eltern aus der eigenen Praxis an. Er verdichtet sie in drei zentralen Thesen zum Missverhältnis in der Erwachsenen-Kind-Beziehung, die sich danach in allen seinen Werken wiederfinden:

1. Eine Eltern-Kinder-Beziehung, in der Kinder als Expert*innen für ihre Bedürfnisse und Rechte gesehen werden, sei eine gefährliche Entwicklung in der familiären Erziehung.

2. Eltern zögen ihr Bedürfnis nach Selbstbewusstsein in erster Linie aus der Erziehung ihrer Kinder.

3. Beide Faktoren führten dazu, dass Kinder mit ihrem Verhalten das Geschehen steuern und ihre Eltern manipulierten (»frühkindlicher Narzissmus«). Das Ergebnis seien Kinder, die in ihrer psychischen und sozialen Entwicklung nachhaltig gestört wären.

Diese Thesen sind durch kasuistische Deskription plausibel gemachte Behauptungen, keine empirisch gewonnenen Forschungshypothesen. Sie erscheinen hingegen eingängig sowie leicht verständlich und eröffnen verunsicherten Eltern und Erzieher*innen das Versprechen vermeintlicher Sicherheit, wenn es um Fragen der Entwicklung junger Menschen und Aufgaben in der Erziehung geht.

In den darauffolgenden Jahren folgen in regelmäßigem Abstand weitere Veröffentlichungen von Winterhoff:

- »Tyrannen müssen nicht sein: Warum Erziehung nicht reicht – Auswege.« (2009)
- «Persönlichkeiten statt Tyrannen. Oder: Wie junge Menschen in Leben und Beruf ankommen.« (2010)
- »Lasst Kinder wieder Kinder sein! Oder: Die Rückkehr zur Intuition.« (2011)
- »SOS Kinderseele. Was die emotionale und soziale Entwicklung unserer Kinder gefährdet – Und was wir dagegen tun können.« (2013)
- »Mythos Überforderung. Was wir gewinnen, wenn wir uns erwachsen verhalten.« (2015)
- »Die Wiederentdeckung der Kindheit. Wie wir unsere Kinder glücklich und lebenstüchtig machen.« (2017)
- »Deutschland verdummt. Wie das Bildungssystem die Zukunft unserer Kinder verbaut.« (2019)

In dem 2013 veröffentlichten Buch (»SOS Kinderseele«) zieht Winterhoff Bilanz und beschreibt im Kapitel mit der Überschrift »Von Tyrannen zur emotionalen Intelligenz – Was ich mit meinen Büchern bezwecke« das Ziel seiner Werke:

> »Meine Analyse soll Eltern, Großeltern, Erzieherinnen, Lehrern und allen, die mit Kindern zu tun haben, helfen, ohne Groll auf kindliches Fehlverhalten zu reagieren. Sie soll ihnen bewusst machen, dass jeder von uns in der heutigen Zeit in Gefahr ist, Defizite über Kinder zu kompensieren. Und sie soll ermöglichen, Auswege zu finden, damit unsere Kinder eine Chance haben, ihre emotionale und soziale Psyche altersgemäß zu entwickeln.« (Winterhoff 2013, S. 215)

Weiter erklärt er seine große Sorge um die heranwachsende Generation:

> »Ich sorge mich zutiefst um die Zukunft unserer Kinder und lege deshalb den Finger in die Wunde. Immer mehr Kinder und Jugendliche brauchen Hilfe und Unterstützung, damit sie nicht Opfer unserer Zeit werden und keine lebenswerte Zukunft haben.« (Winterhoff 2013, S. 215 f.)

Winterhoff zeichnet ein düsteres Bild von den Entwicklungen, die Eltern und Pädagog*innen zu befürchten haben, wenn nicht seinen Ideen von gelingender Erziehung gefolgt wird. Mit diesem Absolutheitsanspruch auf die Frage zu antworten, was junge Menschen für ein gelingendes Aufwachsen brauchen und was Erwachsene dafür tun müssen, hat er Erfolg, sowohl auf medialer Bühne[2] als auch in pädagogischen Einrichtungen wie Schulen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe etc., die ihn zu Vorträgen einladen.[3]

Insbesondere mit seinem letzten Buch »Deutschland verdummt. Wie das Bildungssystem die Zukunft unserer Kinder verbaut«, in welchem er mit dem deutschen Bildungssystem abrechnet, erhält Winterhoff nochmals große Aufmerksamkeit. Hat er schon vorher pädagogische Einrichtungen für ihre Konzepte, die vor allem kindliche Selbstständigkeit fördern wollen, vielfach kritisiert, widmet er sich in seiner letzten Publikation nochmal ausführlich der These, dass autonomes, selbstbestimmtes Lernen Kindern schade. Insbesondere in der Gestaltung des »offenen Unterrichts« oder in Methoden wie »Lesen durch Schreiben«, mit der das Ziel verfolgt wird, durch frühe Erfolgserlebnisse bei Kindern die Motivation und Freude am Lesen und Schreiben hervorzurufen, sieht Winterhoff eine Gefahr für die Entwicklung von Heranwachsenden (vgl. Winterhoff 2019, S. 31 ff.). Kinder bräuchten in erster Linie »Erwachsene, die sie an die Hand nehmen und ihnen den Weg in die Selbstbestimmtheit zeigen« (ebd., S. 30). Die Institution Schule trage vor dem Hintergrund der behaupteten schlechten Versorgung im Elternhaus eine besondere Verantwortung, der sie aber nicht gerecht werde:

> »Weil sich die Mehrheit der Eltern in der Beziehungsstörung der Symbiose mit ihrem Kind befindet und in puncto Entwicklung der kindlichen Psyche Totalausfälle sind, müsste die Schule eigentlich doppelte Arbeit leisten. Doch auch von dieser Seite werden die Kinder im Stich gelassen. Mit den heutigen Lernkonzepten werden wichtige psychische Funktionen des Kindes gar nicht abverlangt und eingeübt.

---

2 Es sind Sendungen wie »Menschen bei Maischberger« (03.03.2009), »Anne Will« (19.10.2011) und »Hart aber Fair« (29.11.2011), bei denen er als Experte für Erziehungsfragen eingeladen ist.

3 Eine Auswahl: Vortrag »Die Wiederentdeckung der Kindheit – Ansätze für eine Bildungszukunft« im Rahmen der »Ibbenbürener Schulgespräche« am 24.01.2019; Vortrag im Rahmen der Regionaltagung für Lehrkräfte der Bezirksregierung Münster am 28.02.2018; Vortrag »Psychische Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter aus tiefenpsychologischer Sicht« am 24.01.2017 im Helmholtz-Gymnasium in Bonn; Vortrag »Wenn Kinder zu Tyrannen werden« am 26.10.2016 im Lindengymnasium Gummersbach.

> […] Das bedeutet: Für viele Kinder sind sowohl Elternhaus als auch die Schule als Orte der Entwicklung ihrer Psyche weggebrochen – sie bleiben auf der psychischen Entwicklungsstufe eines kleinen Kindes stehen.« (ebd., S. 28)

Mit diesem Urteil komplettiert Winterhoff sein Bild eines versagenden Systems, das Kinder und Jugendliche nicht in dem Maße fördert und unterstützt, wie es notwendig wäre. Er schließt sein Buch mit einem Plädoyer, was es brauche, um das Bildungssystem zu verbessern. Darin enthalten sind Forderungen, die seit Jahren als Problem oder Notwendigkeit bekannt sind (u. a. angemessene Betreuungsschlüssel im Kita- und Grundschulbereich, mehr Wertschätzung gegenüber Erzieher*innen und Lehrer*innen, die sich auch in der Bezahlung ausdrückt). Gleichzeitig zieht Winterhoff auch Schlussfolgerungen, die seinem Bild von Erziehung entsprechen und als nicht zeitgemäß einzuordnen sind, wie die Rückkehr zum vermehrten Frontalunterricht in der Schule oder der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor der Digitalisierung (vgl. ebd., S. 189 ff.).

1.1.2 Winterhoffs Tätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe

Über Winterhoffs Tätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe gibt es nur wenig schriftliche Dokumente. Erst durch die kritische Berichterstattung im August 2021 wird durch verschiedene Stellungnahmen deutlich, in welchen Kooperationsbezügen Winterhoff tätig war.

In der Bonner Kinder- und Jugendhilfelandschaft ist es insbesondere die Einrichtung »Kleiner Muck e. V.«, die nach der Berichterstattung des WDR gesteigerte Aufmerksamkeit erfährt, da Winterhoff dort auch als Vorstandsmitglied wirkte. »Kleiner Muck e. V.« macht in einer Stellungnahme vom 13.08.2021 deutlich, dass diese Tätigkeit »vollständig unabhängig von seiner Tätigkeit als niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater« (Kleiner Muck e. V. 2022) erfolgte. Als Kinder- und Jugendpsychiater habe der Verein mit ihm im Rahmen der Hilfen zur Erziehung zusammengearbeitet. So habe er vierteljährlich die Teams der Wohngruppen beraten. Was konkret Gegenstand dieser Beratungen war, geht aus dem Schreiben nicht hervor. Weiter wird betont, dass alle »Fragestellungen des ärztlichen Auftrages und der ärztlichen Behandlung im jeweiligen Einzelfall […] durch Herrn Dr. Winterhoff mit den Erziehungsberechtigten einvernehmlich besprochen« (Kleiner Muck e. V. 2021) wurden. Von dem Vorwurf weiterer geschäftlicher Beziehungen zwischen Arzt und Verein distanziert sich die Einrichtung (vgl. Kleiner Muck e. V. 2021).

In Bonn gibt es keine weiteren Träger, die Stellung zu einer etwaigen Zusammenarbeit nehmen. Dass Winterhoff jedoch auch bei weiteren Trägern der Kinder- und Jugendhilfe aus Bonn und Umgebung im Rahmen von Beratungstätigkeiten sowie als behandelnder Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut von Minderjährigen tätig war, wird im Rahmen der Fallanalysen, die Gegenstand dieses Berichtes sind, deutlich (s. Ergebnisse ab Kapitel 1.4). Winterhoffs Kontakte reichten auch über die Landesgrenzen hinaus. So berichten Einrichtungen aus Rheinland-Pfalz und Niedersachsen über eine enge Zusammenarbeit mit ihm.

Die – ebenfalls in der WDR-Reportage stark kritisierten – Heilpädagogischen Wohngruppen Dierdorf bestätigen die Zusammenarbeit mit Winterhoff und geben an, die Vorwürfe zum Wohle der Kinder zu prüfen (vgl. Rosenbach & Stadler 2021).

Weniger kritisch ist die Stellungnahme des Niedersächsischen Kinder- und Jugendhilfeträgers »Kinderhof Campemoor GmbH«. Dieser beschreibt sich selbst als eine Einrichtung für »Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schweren Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen, die eine intensive und therapeutisch ausgerichtete Betreuung benötigen«. Der Träger verteidigt die Kooperation mit Winterhoff nach Bekanntwerden der Vorwürfe im August 2021 (vgl. Rosenbach & Stadler 2021). Bis ins Jahr 2023 ist die Zusammenarbeit mit ihm im Konzeptionspapier des Kinderhofs als fester Bestandteil des pädagogischen Settings aufgeführt. So heißt es noch im Juli 2023[4] in dem auf der Homepage des Trägers veröffentlichten Konzept unter dem Abschnitt »Aufnahme/Clearingverfahren«:

> »Des Weiteren erfolgt im Verlauf des Clearings in Abstimmung mit den Personensorgeberechtigen in der Regel eine Vorstellung bei einem spezialisierten Kinder- und Jugendpsychiater. Hierbei haben wir langjährige und gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Dr. Michael Winterhoff, Bonn, gemacht, der über eine große Expertise hinsichtlich der Problematiken unserer Zielgruppe verfügt und uns beratend unterstützt. Dr. Winterhoff besucht die Einrichtung ca. vierteljährlich und übernimmt bei gegebener Indikation in der Regel die erforderliche kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung« (Kinderhof Campemoor gGmbH o. J.).

Das Jugendamt Bonn macht nach den Vorwürfen bekannt, dass die Fälle, bei denen die Stadt Bonn involviert (sei es als zuständiger Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder als Amtsvormund*in) und in denen Winterhoff als behandelnder Kinder- und Jugendpsychiater tätig war, ausführlich geprüft werden. Weitere Jugendämter schließen sich diesem Vorgehen in Hinblick auf den Umgang mit Winterhoff an (vgl. Dreschke & Beekes 2021). Es wird deutlich, dass der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut und seine Arbeit bereits vor der Ausstrahlung der Dokumentation des WDR und der Berichterstattung durch die Süddeutsche Zeitung umstritten waren. Auf kommunaler Ebene ist es beispielsweise das Jugendamt der Stadt Siegburg, das beteuert, dass es sich bereits »seit vielen Jahren von den Praktiken des Dr. Michael Winterhoff distanziere« (Dreschke & Beekes 2021). Und auch das Landesjugendamt des Landschaftsverbandes Rheinland als überörtlicher Träger, der für die Aufsicht über Einrichtungen zuständig ist, macht in einer Pressemitteilung deutlich, dass es »seit vielen Jahren den von Herrn Dr. Winterhoff in seinen Büchern und Talkshows vertretenen Thesen kritisch gegenüber« (LVR 2021) stehe. Im Rahmen seiner Verantwortung als betriebserlaubniserteilende Behörde habe es »umgehend nach Bekanntwerden der Vorwürfe Kontakt mit Trägern und Jugendämtern

4 Die Konzeption mit dem Hinweis zur Zusammenarbeit mit Winterhoff ist vom Träger inzwischen von der eigenen Homepage genommen worden.

aufgenommen, um nochmals kritisch auf die öffentlich von Herrn Winterhoff vertretenen Thesen aufmerksam zu machen« (LVR 2021).

Wie groß das Netz von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen war, in denen Winterhoff als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut tätig war, kann an dieser Stelle nicht abschließend festgestellt werden. Die Einrichtungen, die eng mit ihm kooperierten und teilweise auch im Fokus der Berichterstattung standen, halten sich – trotz der Kontroverse um seine Person – in ihren Stellungnahmen zurück hinsichtlich der Entscheidung, mit ihm im Rahmen der Gesundheitsfürsorge junger Menschen zusammenzuarbeiten. Erkennbar wird dies auch in der Tatsache, dass er sowohl im Rahmen kollegialer Beratung in Einrichtungen auftrat als auch als behandelnder Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut in Einzelfällen. Seine Rolle(n), die er als Kooperationspartner der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe innehatte, war(en) offensichtlich nicht klar umrissen.

1.1.3 Kritik an Winterhoff, seinen Thesen und Argumentationen

Kritik an Michael Winterhoff gibt es bereits vor der Berichterstattung durch die Süddeutsche Zeitung und den WDR im August 2021. Allerdings stehen bei der Kritik vor dem Jahr 2021 nicht seine Diagnosen und Behandlungsansätze als Kinder- und Jugendpsychiater -psychotherapeut im Vordergrund, sondern vielmehr die Thesen und Argumentationen, die er in seinen Büchern vertritt (siehe Kapitel 1.1.1).

Winterhoff trifft mit seinen Büchern einen Nerv. Sie regen an zu Diskussionen zu Grundsatzfragen der Erziehung und zu Anforderungen gelingenden Aufwachsens in der heutigen Gesellschaft. Ein Blick in die Rezensionen auf socialnet, einem Fachinformationsportal des Sozial- und Gesundheitswesens, zeigt die Ambivalenzen, welche die Lektüre von Winterhoffs Werken auslöst: Seine Beobachtungen zu pädagogischen Fragestellungen unserer Zeit werden vielfach als treffend beschrieben, die Beispiele, die er aus eigener Praxis anführt, als »prägnant« und »eindringlich« betitelt. Nur verhaltene oder vorsichtige Kritik wird daran geübt, dass diese Beispiele als empirische Belege zumindest als fragwürdig eingestuft werden müssen, wenn er sie so nutzt, um davon ausgehend auf gesamtgesellschaftliche Phänomene zu schließen (vgl. Wedler 2016, Oleimeulen 2012). Auch Verallgemeinerungen und »regelrechte […] Weltuntergangsszenarien« (Sonsino 2009) werden kritisiert. Eine Rezensentin formuliert es für das Buch »Lasst Kinder wieder Kinder sein. Oder: Die Rückkehr zur Intuition« wie folgt:

> »Die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten 30 Jahre werden präzise und logisch stark dargeboten. Dennoch entbehrt das Buch jeglicher wissenschaftlichen Grundlagen. Michael Winterhoff stellt seine persönliche Sichtweise auf die gesellschaftlichen Veränderungen dar. Dies entspricht allerdings folgerichtig seinem intuitiven Ansatz, der Dinge als Ganzes betrachtet, die erst im Nachhinein wissenschaftlich bewiesen werden. So gesehen sind wir nun alle aufgefordert, seine Hypothese zu prüfen.« (Oleimeulen 2012)

Diese Kritik wird deutlich vehementer von wenigen Pädagog*innen vertreten, die in Winterhoffs Thesen eine Rolle rückwärts im Fortschritt der Pädagogik sehen. Es sind jedoch nur vereinzelte kritische Stimmen, die sich auch öffentlich äußern.

Zu diesen Kritiker*innen gehört auch der Kinder- und Familientherapeut Wolfgang Bergmann. Bergmann veröffentlicht 2009, ein Jahr nach Winterhoffs erstem Buch »Warum unsere Kinder Tyrannen werden« sein Buch, das schon im Titel wie ein Gegenentwurf gelesen werden kann: »Warum unsere Kinder ein Glück sind. So gelingt Erziehung heute«. Und im ersten Kapitel widmet er sich eingehend den von Winterhoff dargestellten Beispielen aus dessen Praxis sowie seinen daraus abgeleiteten Thesen zu Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kindern (s. Kapitel 1.1). Er kommentiert – teilweise humoristisch – Winterhoffs Ausführungen und schlussfolgert, warum dieser damit Erfolg hat: Winterhoff sei einer der »Gehorsamkeitspädagogen«, die mit dem plumpen Ruf nach Disziplin und Kontrolle in der Erziehung von Kindern Erfolg haben. Er untermauere damit die These, dass »die modernen Kinder frech, unhöflich, unkonzentriert« (Bergmann 2009, S. 27) seien und trete damit in die Fußstapfen von Bernhard Bueb, der zwei Jahre zuvor mit seinem Buch »Lob der Disziplin – eine Streitschrift« mit ähnlichen Argumentationen Erfolg hatte.

Auch andere sehen Parallelen zu Bernhard Bueb: Henning Köhler, Heilpädagoge und ebenfalls Autor zahlreicher Erziehungsbücher, verfasst 2009 eine Stellungnahme im Auftrag des »Studienkreis Neue Pädagogik« mit dem Titel »Dressurpädagogik? Nein Danke! Die individualpädagogische Antwort auf Michael Winterhoff und Bernhard Bueb«. Er setzt sich auf über 70 Seiten mit den Ausführungen von Winterhoff und Bueb auseinander: Er sieht in beiden Autoren, die mit »sensationsheischende[n] Übertreibungen arbeiten, populäre Ressentiments bedienen und komplexe Zusammenhänge irreführend verkürzen«, eine »gefährliche Zeittendenz« (Köhler 2009, S. 1). Seine Kritik an Winterhoff: Mit der Behauptung, Kindern fehlten Eigenschaften, um sie bereits in jungen Jahren bei Entscheidungen, die sie betreffen, zu beteiligen, spreche Winterhoff ihnen ihren Subjektstatus ab. Eltern schreibe Winterhoff die Rolle einer versagenden Gruppe zu, die sich »um Liebe bettelnd, von ihren Kindern erniedrigen« (ebd., S. 37) lasse und folglich von ihren Kindern manipuliert würde; Eltern würden verkennen, dass dieser Manipulation nur mit gezieltem Steuern und Disziplin begegnet werden könne. Köhler schlussfolgert daraus: Eine Pädagogik, die sich an diesen Winterhoff'schen Ideen ausrichte, würde den Versuch darstellen, aus Kindern »maßgeschneiderte Menschen« (ebd., S. 71) zu machen. Ein solcher Versuch hätte unweigerlich dramatische negative Folgen für Erziehungskontexte: Der ohnehin bereits hohe Druck, der auf Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung laste, würde zunehmen und in familiären sowie Bildungs- und Betreuungskontexten würde es zweifelsohne zu einem »kalte[n], berechnenende[n] Klima« (ebd., S. 71) führen (vgl. ebd.).

Nach dieser ersten heftigen, eher vereinzelten Kritik wird es in den 2010er Jahren ruhig um Winterhoff. Kritische Stimmen kommen erst wieder mit Bekanntwerden der Vorwürfe im Jahr 2021 auf – nun aber mit dem Fokus auf seine Funktion und Verantwortung als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut. Reinhard Fatke, emeritierter

Professor für Pädagogik und Sozialpädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Zürich, schlägt mit seiner Stellungnahme zum »Fall Winterhoff« die Brücke zwischen Winterhoffs Thesen und den inzwischen bekannt gewordenen Vorwürfen zu seinen Behandlungsmethoden: Die Vorwürfe zeigten, dass sich die von Winterhoff jahrelang in seinen Büchern propagierten Behauptungen zur kindlichen Psyche auch in seiner Tätigkeit als niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut in der selbst erfundenen Diagnose der frühkindlichen narzisstischen Fixierung in Verbindung mit Mutter-(Vater-)Kind-Symbiose wiederfänden (vgl. Fatke 2022, S. 42). Diese Diagnose sei nicht fachwissenschaftlich fundiert, sondern schlicht ein »eigenschöpferisch deklarierter Befund« (ebd., S. 43). Auch die wiederholend geäußerte dramatische Schilderung einer jungen Generation, in der ein eklatanter Anstieg an Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen wäre, sei aus der Luft gegriffen. Winterhoff ignoriere mit diesen vereinfachenden Darstellungen die weitaus komplexere Forschungslage zu Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten (vgl. ebd.).

Diese Problematik benennt auch die DGKJP in ihrer Stellungnahme »Mediale Präsenz und wissenschaftliche Fundierung«. Diese zielt mit ihrer Kritik nicht unmittelbar auf Winterhoff ab, macht aber durch den Verweis auf die kritische Berichterstattung von WDR und Süddeutscher Zeitung »zu Vorkommnissen um einen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen« (DGKJP 2021, S. 1) den Anlass zur Positionierung deutlich. Zum »Erfolg« von Winterhoff schreibt die DGKJP:

> »In medizinischen wie psychologischen Fachgebieten gibt es immer wieder Personen, die mit oftmals simplifizierenden und vereinfachenden Hypothesen eine enorme mediale Präsenz erlangen, eine ausreichende wissenschaftliche Fundierung jedoch nicht nachweisen. Die DGKJP als wissenschaftliche Fachgesellschaft distanziert sich daher klar von Äußerungen, Theorien oder Meinungen, die als Privatmeinungen pseudowissenschaftlich verbrämt werden. Die Attraktivität simplifizierender Äußerungen ist leider ein Problem in der Aufmerksamkeit von Medien und der Öffentlichkeit, die gerne einfache Lösungen für komplexe Probleme aufzeigen wollen oder Antworten erhalten wollen.« (ebd.)

Die DGKJP lobt die kritische Berichterstattung zu Winterhoff und betitelt sie als »wichtige[n] und notwendige[n] Beitrag zur Aufdeckung von möglichen Fehlentwicklungen und dem kontinuierlichen Diskurs hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen« (ebd.). Gleichzeitig wird in dem Positionspapier darauf hingewiesen, dass in der Berichtserstattung nun nicht der Fehler gemacht werden dürfe, pauschal negativ über die Versorgung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen zu urteilen. Auch dürfe nicht die Behandlung mit Psychopharmaka bei jungen Menschen grundsätzlich in Frage gestellt werden. Oft seien Medikamente ein wichtiger Bestandteil einer therapeutischen Behandlung, die jedoch immer einer Indikation bedarf (vgl. ebd., S. 2).

Es waren vor allen Dingen die Medien, welche Winterhoff mitsamt seinen »wissenschaftlich« verpackten Thesen eine große öffentliche Bühne geboten haben. Obwohl

seine Thesen zu Fragen der Erziehung schon damals umstritten waren, wird er – Mediziner! – zwischen 2008 und 2020 vielfach als Experte für Erziehungsfragen in Talkshows geladen, von großen Zeitungen und Rundfunkanstalten interviewt und seine Bücher werden breit besprochen. Es sind nur wenig kritische Auseinandersetzungen in der öffentlichen Berichterstattung um Winterhoff zu finden (ein Beispiel zu seiner letzten Veröffentlichung: Spiewak 2019). Der WDR greift diesen Umstand schließlich auch selbstreflexiv auf, indem er seine Dokumentationen mit folgenden Worten beginnt: »Wir Medien haben ihn groß gemacht: Michael Winterhoff – Kinderpsychiater, Bestsellerautor und beliebter Talkshowgast«.[5] Diese Kritik wird zudem von vielen jener Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen vorgebracht, die im Spätsommer 2021 zum Interview gebeten werden, um Winterhoffs Praxis aus Expert*innensicht einzuordnen. Es ist unter anderen der Kinder- und Jugendpsychiater Kai von Klitzing, der in einem Interview mit dem Deutschlandfunk vom 14.08.2021 anmerkt:

> »In Ihrem eigenen Sender ist Herr Winterhoff (…) zwanzig Mal zu Wort gekommen. Leute von unserem Fach, die wirklich was zu sagen haben, wären froh, wenn sie zwanzig Mal gehört werden«.[6]

Was an dieser Debatte deutlich wird: Kritik an Winterhoff hat es immer gegeben, aber sie war in medialer Wahrnehmung weniger präsent als die vereinfachte Perspektive, die Winterhoff zu den Problemen junger Menschen und ihrer Familien anbot. Reinhard Fatke sieht in dieser Entwicklung eine Aufgabe für die eigene Profession. Die Pädagogik müsse es unbedingt als ihre Aufgabe begreifen, sich mit solchen »fachfremden Stellungnahmen« (Fatke 2022, S. 45) auseinanderzusetzen, um in pädagogischen Handlungsfeldern die Deutungshoheit zu behalten (vgl. ebd.).

1.1.4 Erstes Zwischenfazit: Was zeigt der »Komplex Winterhoff«?

Michael Winterhoff ist in der öffentlichen Wahrnehmung vor allem das Produkt einer geschickten Vermarktung populärer Behauptungen zu kindlicher Entwicklung und Erziehung. Seine Aussagen fußen auf alltäglichen Beobachtungen und trafen offenbar die Wahrnehmungen und Vorstellungen eines Teils der Gesellschaft. Sein Erfolgsrezept sind einfache Antworten auf komplexe Fragen. Eine Nähe zu den Menschen, die ihn rezipieren, schafft er mit Geschichten aus seinem beruflichen Alltag als Kinder- und Jugendpsy-

5 In: »Warum Kinder keine Tyrannen sind.« Dokumentation des Westdeutschen Rundfunks vom 11.08.2023. Online: https://www.ardmediathek.de/video/die-story/warum-kinder-keine-tyrannen-sind/wdr/Y3JpZDovL3dkci5kZS9CZWl0cmFnLTFlZmMzNWE5LWE3ZWYtNDJhMS04MjJiLTc3NjRjMmU3OTY1YQ (24.01.2024). Minute 00:10 bis 00:19.

6 In: Vorwürfe gegen den Kinderpsychiater Winterhoff. »Das Bild vom Tyrannenkind ist gefährlich«. Kai von Klitzing im Gespräch mit Julius Stucke im Deutschlandfunk Kultur vom 14.08.2021. Online: https://www.deutschlandfunkkultur.de/vorwuerfe-gegen-den-kinderpsychiater-winterhoff-das-bild-100.html (24.01.2024). Minute 03:15 bis 03:22.

chiater. Dass er pauschale Aussagen über Eltern und Pädagog*innen macht und ihnen Unfähigkeit in der Erziehung und Bildung von jungen Menschen attestiert, wird ihm öffentlich nicht nur nachgesehen, sondern trägt wesentlich zu seiner Popularität bei, bedient er doch weit verbreitete Ressentiments gegen kindzentrierte Ansätze in Pädagogik und Erziehung. Winterhoffs berufliche Laufbahn als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut und (mutmaßlich auch) als Bestsellerautor endet mit der öffentlichen Berichterstattung über junge Menschen, die ihm (unter anderem) das zum Vorwurf machen, womit er jahrelang erfolgreich war: eine simple »Diagnose« und Behandlung als einfache Antwort auf die vielschichtigen Problemlagen junger Menschen.

Komplexer als seine öffentliche Wirkung ist Winterhoffs Rolle in der Kinder- und Jugendhilfeszene in der Region Bonn. Hier war er auch für Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe eine Konstante in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Die enge Zusammenarbeit wird rückblickend als Ressource beschrieben. Darüber, wie diese Kooperation im Einzelfall konkret aussah, ist hingegen wenig bekannt. Dass Winterhoff allerdings nicht nur im Einzelfall als betreuender Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut auftrat, sondern auch als Berater in pädagogischen Fragen, ist vor dem Hintergrund der in seinen Büchern publizierten Aussagen über Kinder und Eltern zumindest zu problematisieren.

Winterhoffs Argumentationen und »Erziehungstipps« sind von Anfang an umstritten. Es sind allerdings nur wenige Stimmen, die sich auch öffentlich kritisch äußern. Erst als schwere Vorwürfe gegen seine Praxis als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut erhoben werden, gibt es wieder Stimmen, die sich zu einem kritischen Umgang mit ihm positionieren; und diese Kritik findet öffentlich Resonanz.

1.2 Gegenstand des Projekts: Fall- und Organisationsanalysen für das Jugendamt Bonn

1.2.1 Auftrag

Am 19.11.2021 erhielt das Institut für soziale Arbeit e. V. (ISA) eine Anfrage des Jugendamtes der Stadt Bonn, eine externe Untersuchung der Abläufe von Jugendhilfemaßnahmen in der Fallverantwortung des Jugendamtes durchzuführen, in denen der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut Dr. Michael Winterhoff tätig war. In der Anfrage hieß es:

> »Herr Dr. Winterhoff ist stark kritisiert worden und zum Teil werden ihm nicht unerhebliche strafbare Handlungen vorgeworfen. Es bestehen ernstzunehmende Hinweise auf schwere qualitative Mängel der Diagnoseverfahren sowie Kritik an den praktizierten Behandlungsmethoden. Insbesondere werden ernstzunehmende Hinweise auf eine fachlich nicht zu vertretende langfristige Medikation von

> Kindern und Jugendlichen geschildert. In mehreren Fällen sind betroffene Kinder in Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht. Herr Dr. Winterhoff ist in Bonn als niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. In dieser Funktion arbeiten verschiedene Jugendämter und Träger der Jugendhilfe hier in der Region mit Herrn Dr. Winterhoff indirekt zusammen.«

Das Jugendamt Bonn formuliert das Ziel der Beauftragungen einer externen Untersuchung wie folgt:

> »Wir möchten hier prüfen, wie die im Zusammenhang mit der ›Causa Winterhoff‹ gewonnenen Erkenntnisse […] systematisch aufgearbeitet und zur Qualitätsverbesserung genutzt werden können. Dabei sollte unter anderem die Rolle der sozialpädagogischen Fachkräfte (sowohl der freien Träger z. B. im Gruppensetting als auch des Jugendamtes) in Bezug auf die einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Blick genommen werden. Wir möchten hier von der Analyse des Einzelfalls Erkenntnisse für die Systemverbesserung erhalten.«

1.2.2 Angebot und Zielsetzung

Das Institut für soziale Arbeit e. V. legte in Kooperation mit dem SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies und der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Universitätsmedizin Rostock am 26.11.2021 dem Jugendamt der Stadt Bonn ein Angebot für eine Erarbeitung von Fallanalysen und Rekonstruktion von organisationsbezogenen Abläufen vor.

In dem Angebot skizzierten die drei Projektpartner, was eine wissenschaftliche Rekonstruktion und Analyse von Fallverläufen leisten könne:

Die Rekonstruktion der Arbeit eines Jugendamtes in »problematischen Fällen« kann nur unabhängig von einer strafrechtlichen Bewertung Erkenntnisse über notwendige Konsequenzen für die fachliche Aufstellung, Ausstattung und Arbeitsweise der Fachkräfte im Jugendamt sowie der beteiligten Träger gewinnen. Es geht in dieser Rekonstruktion darum, nachvollziehend zu verstehen, warum die Fachkräfte so gehandelt haben, wie sie es taten. Nicht die Suche nach Fehlern – verstanden als falsches oder unzureichendes Handeln – prägt dabei die Analyse, sondern der Versuch, die Einschätzungen, Entscheidungen und Handlungsweisen im zum jeweiligen Zeitpunkt bekannten und gegebenen Kontext des Falles nachzuvollziehen. Absicht ist es, das Handeln und die Beweggründe so zu erklären, dass Weichenstellungen und Alternativen erkennbar werden, die zukünftig ähnliche »problematische Fallverläufe« – insbesondere an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – rechtzeitig erkennen helfen.

Gegenstand der Fallanalysen sind somit sowohl die konkreten Arbeitsschritte und Entscheidungen in den zu analysierenden Fällen als auch die strukturellen, konzeptionellen und fachlichen Rahmungen und Bedingungen von Hilfen zur Erziehung im Zusammen-

wirken mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Jugendamtes der Stadt Bonn. Somit kommen die Verantwortlichkeiten für die strukturellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen in der Organisation des Jugendamtes einerseits, aber auch die der beteiligten freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe andererseits in den Blick.

Zwei zentrale Ziele sollen mit der Fall- und Organisationsanalyse verfolgt werden:

1. Den Mitarbeitenden und Leitungen ein Verstehen der Vorgänge im »Komplex Winterhoff« zu ermöglichen (»Was ist passiert und warum?«) sowie
2. eine Klärung der Frage, was zukünftig an Entwicklung, Qualifizierung und Strukturentwicklung im Arbeitsfeld der Hilfen zur Erziehung notwendig wird, um zuverlässige und qualifizierte Hilfen zur Erziehung in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleisten zu können (»Was wollen wir daraus lernen?«).

Das Jugendamt Bonn erteilte den drei genannten Projektpartnern am 20.12.2021 die Zusage für das Projektvorhaben. Vor Übermittlung der Fallakten wurde von allen beteiligten Mitarbeitenden des Projektteams eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz unterzeichnet.

1.3 Methodisches Vorgehen

1.3.1 Das Material

Das Jugendamt Bonn stellte dem Projektteam insgesamt 24 Fallakten als eingescannte Papierakten zur Verfügung. Das Material umfasste ca. 16 000 Seiten. In 17 Fällen war das Jugendamt für die Gewährung von Hilfen zur Erziehung als zuständiger Träger der öffentlichen Jugendhilfe tätig. In 7 Fällen war es als Amtsvormund tätig. Entsprechend der Zuständigkeit im jeweiligen Fall lagen entweder Akten der Abteilung Vormundschaften oder Akten des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) vor. Die Fallakten wurden im Februar 2022 eingescannt, sodass eine Rekonstruktion bis zu diesem Zeitpunkt möglich war. Das Jugendamt Bonn übersandte alle Akten zu Fällen, in denen zum Beginn der wissenschaftlichen Studie (April 2022) noch eine Hilfe eingesetzt war und eine Beteiligung durch Winterhoff im Fall vorlag.

Die Akten unterschieden sich erheblich in ihrem Umfang zwischen 70 und 2 600 Seiten. In der Regel korrespondierte der Umfang mit der Laufzeit, in der das Jugendamt Bonn als Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe bzw. Amtsvormund tätig war. Im Großteil der Akten war das Jugendamt Bonn jedoch nicht kontinuierlich in einer dieser Rollen tätig, d. h. es gab (mehrfache) Wechsel zwischen Jugendämtern, auch im Bereich der Vormundschaft.

20 Akten enthielten Fallverläufe, in denen junge Menschen – zumindest zeitweise – in stationären Hilfen nach § 34 SGB VIII untergebracht waren. In einem Fall ist ein Pflegeverhältnis gemäß § 33 SGB VIII eingerichtet. Lediglich in drei Akten wurden Kinder ausschließlich ambulant betreut. Hier handelte es sich um Unterstützung in Form von sozialpädagogischer Familienhilfe gemäß § 31 SGB VIII oder Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung gemäß § 35a SGB VIII, in denen Winterhoff die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bezüglich des Eingangskriteriums übernahm.

1.3.2 Die Vorsichtungsphase

Die Vorsichtungsphase diente dazu, einen Überblick über alle Fallverläufe zu erhalten. Das Projektteam hat alle 24 Fallakten gelesen und auf folgende Fragestellungen hin untersucht:

- Welche Kontakte gab es zu Winterhoff?
- Wo sind Auffälligkeiten und/oder wiederkehrende Muster zu erkennen?
- In welchen Bereichen trägt das Jugendamt Bonn Verantwortung? Wie gehen die Fachkräfte mit dieser Verantwortung um?

Hierfür wurde für jeden Fall eine Kurzchronologie über den Fallverlauf angelegt, in der zentrale Ereignisse und Akteur*innen in Familien- und Hilfegeschichte aufgeführt wurden, d. h.

- familiäre Ereignisse und Veränderungen,
- Institutionen und ihre jeweiligen Verantwortungsbereiche im Rahmen der Hilfegeschichte des Kindes oder dem*der Jugendlichen und
- Kontakte zu Winterhoff sowie Anlass, Diagnose und ärztliche Empfehlungen.

Ergänzend wurden alle ärztlichen Dokumente, die in den Fallakten vorhanden waren, gesichtet und in Hinblick auf

- ärztliche Dokumentation (Diagnostik und Diagnosen, Medikation, Verlaufsdokumentation),
- ärztliche Stellungnahmen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe oder bei Gericht,
- Aufklärung über therapeutische Maßnahmen,
- Vor- und Nachbehandlungen durch andere Ärzte und
- Standards des Umgehens mit ärztlicher Behandlung der Einrichtung und den Institutionen bei anderen ärztlichen Maßnahmen als kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen untersucht.

Umgekehrt wurden die Dokumentationen der Hilfeplangespräche dahingehend ausgewertet, inwieweit ein Beitrag von Winterhoff zu finden ist und wie dieser aussah.

Bei der Untersuchung von Auffälligkeiten in den Fallverläufen lag der Fokus auf der Verantwortung der Fachkräfte in Gesundheitsfragen und der Rolle von Winterhoff. Um wiederkehrende Muster erkennen zu können, wurden die 24 Fallverläufe mit den o. g. untersuchten Aspekten in einer Gesamtschau betrachtet. Hilfekonstellationen und Behandlungsverläufe wurden verglichen und insbesondere wiederkehrende Muster in der Zusammenarbeit mit Winterhoff herausgearbeitet.

Erste Ergebnisse der Vorsichtungsphase wurden am 26.09.2022 dem Jugendamt Bonn präsentiert. Darüber hinaus wurde das methodische Vorgehen in der Hauptuntersuchungsphase vorgestellt.

1.3.3 Die Hauptuntersuchungsphase

Für die Hauptuntersuchungsphase wurden drei exemplarische Fälle für eine vertiefende Fallanalyse ausgewählt. Zu diesem Zweck wurde folgendes Sample festgelegt:

- Die Kinder/Jugendlichen waren in deutlich belastenden und für sie vulnerablen Lebenssituationen.
- Die Kinder und Jugendlichen wurden im Rahmen von stationären Hilfen zur Erziehung betreut.
- In den Fällen erfolgte eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung durch Winterhoff.
- Verschiedene Settings der sorgerechtlichen Vertretung: Das Jugendamt Bonn ist in mindestens einem Fall im Rahmen einer Amtsvormundschaft tätig sowie mindestens in einem Fall als Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Hilfen zur Erziehung.

Eine Annäherung an die Fragestellung, wie die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Fällen gestaltet wurde und ob es systematische Probleme in der Zusammenarbeit gab, wurde in einem Mehrebenen-Ansatz analysiert:

Anhand einer vertieften Auseinandersetzung mit den Fallakten der drei ausgewählten Fälle wurde herausgearbeitet, wie das Jugendamt und die Einrichtungen in die Gesundheitsfürsorge eingebunden waren und welche Zusammenarbeit zwischen den Institutionen bestand. Bei dieser Auseinandersetzung standen folgende Fragen im Fokus:

- Hat sich das Jugendamt im Rahmen von Hilfeplanung, kollegialer Beratung etc. mit dem Thema der Gesundheitsvorsorge und medizinischen Behandlung befasst und welche Kenntnisse lagen jeweils über diese Behandlungen vor?

- Waren Bedeutung und Auswirkungen von Diagnostik und Medikation für die betroffenen jungen Menschen durch Winterhoff Gegenstand von Beratungen in den Sozialen Diensten, in der Vormundschaft, beim hilfedurchführenden Träger, in der Pflegefamilie und/oder in Gesprächen mit den beteiligten Kindern/Jugendlichen und ihren Familien?
- Waren die Bedingungen der Behandlung der betreffenden Kinder und Jugendlichen anschlussfähig an eine sozialpädagogische Diagnostik und Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe? In welcher Weise wurden diese im Hilfeprozess reflektiert und in den Arbeitsprozess zwischen Jugendamt, Trägern, Personensorgeberechtigten und den Kindern/Jugendlichen selbst bearbeitet?
- Was kann über die medizinische Qualität der Diagnosen und Behandlungen anhand der Diagnose- und Behandlungsberichte festgestellt werden?

Für die vertiefende Erkundung der Fallverläufe sowie zur Klärung von Fragen zur Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie fanden mehrere Gespräche zu jedem Fall statt. Hierfür wurden im Fall tätige Fachkräfte von öffentlichen und freien Trägern, (Pflege-)Eltern sowie die jungen Menschen selbst angefragt. Die Anfrage bei Kindern und Jugendlichen wurde vorher im Austausch mit Personensorgeberechtigten und/oder Fachkräften abgewogen. Zentral war hier die Frage, ob neuerliche Belastungen dieser jungen Menschen im Blick auf mögliche Erkenntnisse zum zukünftigen Schutz junger Menschen in vergleichbaren Situationen zu verantworten sind. Bei den Gesprächen ging es um folgende Fragen:

- Wie wurde das Thema der Gesundheitsfürsorge von Fachkräften verstanden und bearbeitet?
- Welche Beratungen gab es zur Behandlung von Winterhoff? Wie wurde das Handeln reflektiert?
- Wie wurden Kinder und Jugendliche im Rahmen der Gesundheitsfürsorge beteiligt? Wie haben Kinder und Jugendliche diese Beteiligung erlebt?
- Wie wurden (Pflege-)Eltern beteiligt? Wie haben sie diese Beteiligung erlebt?
- Wie haben Fachkräfte ihre Rolle und Funktion in den Kontakten und Prozessen mit Winterhoff wahrgenommen? Wie haben Kinder, Jugendliche und ihre (Pflege-)Eltern Winterhoff erlebt und wahrgenommen?

Abschließend wurden in allen Gesprächen auch Anmerkungen und Hinweise zu der Untersuchungsfrage, wie die Verantwortung für die Gesundheit junger Menschen zukünftig wahrgenommen werden soll, eingeholt.

Für jedes der Gespräche wurde ein Leitfaden erarbeitet, zugleich auf Offenheit für vertiefende Fragen geachtet, die sich aus dem Gesprächsverlauf entwickeln. Die Entscheidung über die Aufzeichnung des Gesprächs wurde den Gesprächspartner*innen überlassen. Im gegebenen Fall wurden die Aufzeichnungen zudem lediglich zum Nachhören einzelner

Gesprächspassagen genutzt. Im Anschluss an jedes Gespräch wurde ein Protokoll angefertigt und dem*der Gesprächspartner*in zur Durchsicht sowie für eventuelle Richtigstellungen zur Verfügung gestellt.

In einem Fall wurde eine vertiefende Fallwerkstatt zur Auseinandersetzung mit den ersten Ergebnissen mit den am Fall beteiligten Fachkräften realisiert. Ziel der Fallwerkstatt war es,

- die verschiedenen Perspektiven auf den Fall zusammenzutragen,
- Handlungsmuster in der Fallbearbeitung zu erkennen sowie
- »gute« Bedingungen für eine gelingende Fallbearbeitung/Fallverantwortung gemeinsam herauszuarbeiten.

Anhand einer detaillierten Fallchronologie wurde dazu der Fall gemeinsam rekonstruiert und ergänzende Informationen der teilnehmenden Fachkräfte aufgenommen. Aufkommende Fragen und erste Hypothesen zum Verlauf und zur Bedeutung von Interventionen wurden beraten. Hiervon ausgehend sind im zweiten Teil Rolle und Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe in Fällen medizinischer und insbesondere kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung vertiefend diskutiert worden.

In den drei Fällen, die vertieft untersucht wurden, fand sich nur ein junger Mensch bereit, im Rahmen eines Interviews über die eigene Lebens- und Hilfegeschichte zu erzählen. Auch über einen Aufruf, der über das Jugendamt Bonn an alle Mitarbeitenden der Fachdienste für Familien- und Erziehungshilfe gesendet wurde, ergaben sich keine Kontakte zu weiteren jungen Menschen aus den 24 Fällen der Untersuchung. Um trotzdem die Perspektive von jungen Menschen, die Erfahrung mit der untersuchten Thematik haben, ausreichend zu berücksichtigen, entschied sich das Projektteam für ein weiteres Gesprächsformat: Die Analysen und Befunde der Untersuchung wurden im Oktober 2023 im Rahmen einer Expert*innenrunde mit Mitgliedern des Careleaver e. V. reflektiert und diskutiert. Diese jungen Menschen hatten zwar keinen Kontakt zu Winterhoff, konnten die Ergebnisse jedoch vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen und Einrichtungen sowie mit Systemen der Kinder- und Jugendhilfe bewerten. Ihre Rückmeldungen fließen insbesondere in Kapitel 1.6 (Hinweise und Empfehlungen) ein.

Ergänzend zu der vertiefenden Analyse der drei Fälle wurden zu zwei, für die Untersuchung zentralen Fragestellungen Expertisen (Kapitel 2 und 3) erstellt:

❶ Die geltenden rechtlichen Regelungen zu ärztlichen Behandlungsverträgen (§§ 613 ff. BGB) und zur Rolle der Gesundheitssorge im Rahmen der Hilfeplanung des Jugendamtes (§§ 36 ff. SGB VIII), im Rahmen der Leistungserbringung durch Träger der freien Jugendhilfe (§ 1688 BGB, §§ 34, 35a SGB VIII) und der Wahrnehmung der Sorgeverantwortung durch (Amts-)Vormünder und (Amts-)Vormundinnen bedürfen einer Klärung der Verantwortlichkeiten – untereinander und insbesondere hinsichtlich des Kooperationsverhältnisses zur Kinder- und

Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Mittels einer juristischen Expertise soll daher insbesondere geklärt werden:

- wer ab welchem Zeitpunkt sowie in welcher Form (noch) einwilligungsunfähige Kinder und Jugendliche über sie betreffende Heilbehandlungen aufklären muss;
- ab welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen Kinder und Jugendliche in eine sie betreffende Heilbehandlung einwilligen können bzw. an dieser Entscheidung jedenfalls im kooperativen Zusammenwirken mit ihren Sorgeberechtigten zu beteiligen sind sowie
- welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten den Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere den Sozialen Diensten im Jugendamt, in den stationären Einrichtungen sowie im Pflegekinderdienst) gegenüber den jungen Menschen zukommen. Dies betrifft zum einen die Berücksichtigung und Wahrung ihrer (Grund-)Rechte, Bedarfe und Interessen im Zuge der medizinischen Aufklärung und Behandlung durch den*die Kinder- und Jugendpsychiater*in und -psychotherapeut*in unter Einbezug der Eltern bzw. der Vormundschaft. Zum anderen geht es um die Frage, wie die Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe die jungen Menschen in ihren individuellen Prozessen der Annahme ihrer Erkrankung sowie der Entscheidungsfindung über den Umgang mit selbiger bestmöglich unterstützen können.

❷ In einer Expertise zu Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden Grundlagen und Notwendigkeit von Kooperationen zwischen den Systemen analysiert und die fachlichen Rahmenbedingungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe dargestellt. Die Expertise nimmt Bezug auf die Rechtsgrundlagen und skizziert den Stand interdisziplinärer Kooperation in Deutschland. Unter anderem stellen sich die Fragen,

- wie häufig psychische Störungen bei Kindern/Jugendlichen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben, auftreten;
- welche Kooperationsformen es gibt und welche Probleme der Kooperation im Diskurs thematisiert werden sowie
- welchen fachlichen Beitrag die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in die Kooperation bei der Behandlung von Kindern/Jugendlichen, die Leistungen im Rahmen von Hilfen zur Erziehung oder des § 35a SGB VIII erhalten, einbringen kann.
  Diese Expertise problematisiert auch unterschiedliche Konstellationen der Kooperation, die Auswirkungen auf die jeweilige Rolle von Fachärzt*innen haben kann.

1.4 Befunde aus der Vorsichtungsphase

Durch die Analysen der 24 Fallverläufe auf Basis der in Kapitel 1.3.2 beschriebenen Fragestellungen konnten bereits erste zentrale Befunde sowohl zum Handeln der Fachkräfte im Jugendamt Bonn als auch zur Bedeutung von Winterhoff in diesen Fällen herausgearbeitet werden:

1. In allen Fällen zeigt sich eine weitgehend fachlich korrekte Fallbearbeitung.

In allen Akten wird eine sorgfältige Fallbearbeitung durch eine fallführende Fachkraft des Allgemeinen Sozialen Diensts bzw. einen Vormund*eine Vormundin dokumentiert. In keinem der 24 Fallverläufe lassen sich Entscheidungen identifizieren, die aus pädagogischer, rechtlicher oder ärztlicher Sicht als deutlich fehlerhaft einzuschätzen sind.

2. Einzelne Aspekte in den Fällen lohnen sich vertieft anzusehen, um daraus für die zukünftige (Fall-)Arbeit im Jugendamt Bonn zu lernen.

Jedoch sind in den Fallverläufen auch kritische Aspekte zu erkennen. Insbesondere, wenn sie in mehreren Fällen als wiederkehrendes Element zu finden sind. Diese zeigen sich vor allem in der Art und Weise, wie konkret Verantwortlichkeiten für die Gesundheit junger Menschen von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie für junge Menschen ausgestaltet werden. Beispielhaft sind hier erkennbare Unsicherheiten in der Frage, wer im Rahmen der Gesundheitsfürsorge welche Verantwortung trägt, zu nennen oder auch Konflikte im Helfer*innensystem, in dessen Folge das Kind aus dem Blick gerät.

Neben diesen allgemeinen Ergebnissen zur Qualität der Arbeit im Jugendamt Bonn konnten – gemäß dem Anlass der Untersuchung – auch erste Befunde zur Person Winterhoff und zu seinem Handeln in den Fällen festgehalten werden:

3. Winterhoff vermittelt Sicherheit in pädagogischen Fragen durch Komplexitätsreduktion, er bietet einfache Antworten auf komplexe Probleme.

Wenn Winterhoff als zuständiger Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut in den Fällen auftritt, liefert er gegenüber Fachkräften einerseits und (Pflege-)Eltern andererseits einfache Erklärungsansätze zu komplexen pädagogischen Fragestellungen. Mit diesen einfachen Erklärungen stellt er Eindeutigkeiten her, die Fachkräften und/oder Eltern Sicherheit vermitteln, worin das Problem besteht und welche Mittel und Wege angezeigt sind, um junge Menschen im Aufwachsen zu unterstützen. Er legitimiert sein Handeln, indem er diese einfachen Erklärungsansätze in Form von Diagnosen oder klaren Handlungsanweisungen formuliert. Und vor allem lässt er kaum Raum für ein Hinterfragen oder Zweifel. Die vermeintlichen Eindeutigkeiten gehen einher mit einem Anspruch auf Deutungshoheit, wodurch keine Räume für Diskursivität entstehen und Machtdisbalancen verstärkt werden.

4. Winterhoffs Empfehlungen haben Gewicht und verleihen ihm so eine machtvolle Position.

In Hilfeplänen, Protokollen, Gesprächsnotizen wird Winterhoff immer wieder als zentrale Ressource im System benannt. Wie viel Gewicht Winterhoffs Empfehlungen haben, zeigt sich insbesondere darin, dass seine Hinweise kaum diskutiert werden. Er wird in den Fällen oft als Experte für verschiedenste – auch pädagogische – Fragestellungen benannt und dazu angefragt. Dieser Expertenstatus, gepaart mit dem Absolutheitsanspruch der Eindeutigkeit, der weit über Themen, die seine Profession betreffen, hinausgeht, verleiht ihm eine machtvolle Position im Helfer*innensystem der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch gegenüber den jungen Menschen und ihren Eltern.

5. Wie Winterhoff über Symptome und daraus abgeleitete Diagnosen von Kindern und Jugendlichen spricht, wirkt oft abwertend.

In den Akten sind nur wenige schriftliche Dokumente von Winterhoff enthalten. Ärztliche Berichte o. ä. sind knapp formuliert; ausführliche Diagnostikberichte gibt es nicht. In den wenigen Schriftstücken wählt Winterhoff eine auffallend abwertende Sprache, wenn er über Kinder und Jugendliche schreibt. Ähnliches zeigt sich in dokumentierten Gesprächsnotizen aus Gesprächen mit Winterhoff. Aber: Immer dann, wenn es offiziell wird (Diagnosen, Abrechnungen), lässt sich feststellen, dass er die fachlich und rechtlich gültigen Formen wahrt.

Auf verschiedene Fallmerkmale (Geschlecht, Alter, Formen der Hilfe, sozioökonomischer Status der Familien) hin untersuchend, lassen sich in den Fällen keine Auffälligkeiten erkennen.

1.5 Befunde aus der Hauptuntersuchungsphase

Die Befunde aus der Hauptuntersuchungsphase ergeben sich aus der vertieften Analyse von drei systematisch ausgewählten Fällen (siehe Kapitel 1.3.3). Diese Fälle werden in der Folge zuerst knapp dargestellt, dann folgt eine Analyse, die sich auf die jeweils zentralen Themen in diesem Fall bezieht. In zwei Fällen war das Jugendamt Bonn als Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen der Hilfen zur Erziehung tätig (Fall »Jenny« und Fall »Ines«); im dritten Fall (Fall »Kai«) war das Jugendamt Bonn Amtsvormund. Das Kapitel schließt mit einer Zusammenstellung der übergreifenden Themen aus allen Fällen.

1.5.1 Jenny – von einer Krise in die nächste

Zum Fall

Jenny[7] wächst als jüngste von drei Kindern auf. Sie ist ein Jahr alt, als sich ihre Eltern trennen. Die Mutter ist fortan alleinerziehend. Als die Familie nach Bonn zieht, ist Jenny vier Jahre alt. Bei einer ersten Kontaktaufnahme durch das Jugendamt Bonn berichtet die Mutter über eine eigene psychische Erkrankung und erklärt, sie benötige Unterstützung bei der Versorgung und Erziehung ihrer drei Kinder. Die Mutter erhält anfangs Unterstützung durch sozialpädagogische Familienhilfen (SPFH). Ab einem Alter von sechs Jahren beginnt Jenny sich in Kindergarten, Schule und später in einer Tagesgruppe auffällig zu verhalten. Nach mehrfachen Kriseninterventionen wird Jenny in Obhut genommen. Nach einem Aufenthalt in einer Diagnosegruppe zieht Jenny für ein Jahr zum Vater. Trotz intensiver ambulanter Unterstützung kann der Vater die Betreuung und Erziehung von Jenny nicht dauerhaft sicherstellen. Mit dem Umzug in eine Wohngruppe wird Jenny bei Winterhoff vorstellig. Zwischen Winterhoff und der Mutter kommt es zu Auseinandersetzungen in Fragen der Gesundheitsfürsorge. Nach zwei Jahren zeigt die Wohngruppe an, Jenny sei »nicht mehr tragbar«. Sie zieht in eine sozialpädagogische Lebensgemeinschaft nach Niedersachsen, wo sie bis heute lebt.

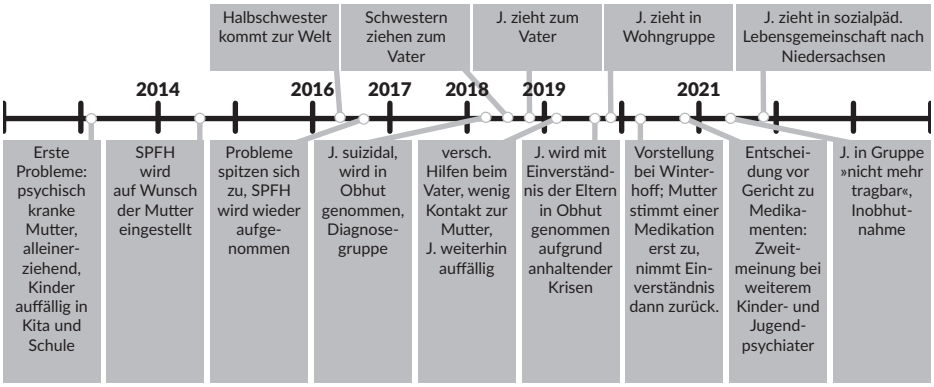


Abbildung 1: Chronologie zum Fall »Jenny«

Ein krisenhafter Verlauf

Jenny wächst in instabilen Lebensverhältnissen auf. Von Geburt an kann ihre an einer psychischen Erkrankung leidende Mutter ihr kaum ein stabiles Lebensumfeld bieten. Die ambulanten Maßnahmen, die in der frühen Kindheit in Jennys Familie eingerichtet werden, führen zwar zu einer ersten Stabilisierung der familiären Situation, sind aber nicht ausreichend, um die junge Mutter mit drei (und später vier) Kindern zu unterstützen. Hinzu kommt, dass die junge Mutter den dringend angezeigten Hilfebedarf, den sie bei der

7 Der Name des Kindes ist pseudonymisiert.

Versorgung und Erziehung ihrer Kinder braucht, nur in Krisen erkennt: Unterstützungen durch sozialpädagogische Familienhilfen werden mehrmals frühzeitig abgebrochen. Dies ändert sich erst durch den Wechsel zu einer fallzuständigen Fachkraft im ASD, die mit viel Engagement den Fall übernimmt. Sie baut eine vertrauensvolle Beziehung zur Mutter auf und bindet den Vater als familiäre Ressource ein.

Jenny zeigt bereits in Kindergarten, Grundschule und Tagesgruppe Reaktionen auf die fehlende Stabilität in ihrem Lebensumfeld: Sie macht mit Wutausbrüchen und suizidalem Verhalten auf sich und ihre Not aufmerksam. Die darauffolgenden Jahre sind von der Suche nach einem Ort geprägt, der Jenny Kontinuität bietet: Nach dem Versuch der Stabilisierung im mütterlichen Haushalt scheitert nach einem Jahr im väterlichen Haushalt auch ein weiterer Versuch, Jenny in ihrem familiären Umfeld einen Lebensmittelpunkt zu bieten. Erst der Umzug in eine stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung, in der mit viel Engagement auf die Bedürfnisse, Bedarfe und Interessen von Jenny eingegangen wird, zeigt (zunächst) Erfolg. Verunsicherung geht in dieser Zeit vor allem von der Mutter aus, die durch Unbeständigkeit in ihrem Besuchsverhalten immer wieder Enttäuschungen bei Jenny auslöst. Erschwerend kommt hinzu, dass es der Einrichtung nicht gelingt, eine tragfähige Beziehung mit der Mutter aufzubauen, Entscheidungen werden mit der Mutter nicht ausgehandelt bzw. für sie nicht nachvollziehbar und verständlich erklärt (s. u.). Der Auszug aus der Einrichtung nach knapp zwei Jahren ist ebenfalls die Reaktion auf eine Krise. Die Einrichtung berichtet von andauerndem auffälligem Verhalten: Jenny sei nicht beschulbar, andauerndes Weinen und Schreien, Selbst- und Fremdgefährdung und macht deutlich, dass sie so in der Einrichtung »nicht mehr tragbar« sei. Nach einer aufwändigen Suche findet die zuständige ASD-Fachkraft einen neuen Ort, an dem Jenny leben kann: Sie zieht in eine sozialpädagogische Lebensgemeinschaft 250 km entfernt.

Entscheidungsprozesse in Gesundheitsfragen

Mit Jennys Einzug in die stationäre Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung in Bonn wird sie erstmals bei Winterhoff vorgestellt. Für diese Einrichtungen ist die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch Winterhoff wesentlicher Teil ihres Konzeptes. Wenige Monate nach Einzug in der Einrichtung und einer ersten Vorstellung bei Winterhoff wird Jenny das Medikament Pipamperon verschrieben. Es ist nicht rekonstruierbar, ob die Einnahme der Medikamente verpflichtend dafür ist, dass Jenny in der Einrichtung bleiben kann. Zwischen Winterhoff und der Mutter kommt es zu Auseinandersetzungen darüber, dass Jenny Neuroleptika einnehmen soll. Die Mutter äußert große Ängste, da sie diese Medikamente aus der eigenen Behandlungsgeschichte kennt. Es erscheint so, dass hier zwei Inszenierungen aufeinanderprallen: Die Mutter fühlt sich (erneut) in ihrer Rolle als sorgende Mutter gekränkt, Winterhoff hingegen zeigt sich in seiner fachlichen Autorität angegriffen.

Eine Einigung zwischen Winterhoff und der Mutter zu den Medikamenten kann dahingehend erzielt werden, dass der Mutter zugesichert wird, über die Medikamente erneut zu beraten, wenn bei Jenny problematische Nebenwirkungen erkennbar sein sollten. Als dies nach einigen Monaten nach Einschätzung der Mutter der Fall ist und sie fordert,

die Medikamente abzusetzen, wird ihrem Wunsch nicht Rechnung getragen. Daraufhin beantragt der Vater, aus Angst, seine Tochter müsse die Einrichtung verlassen, das alleinige Sorgerecht. Winterhoff berät ihn dahingehend. Zusätzlich befürwortet Winterhoff in einem Schreiben an das Gericht den Entzug der elterlichen Sorge der Mutter, da sie für die Gesundheit ihrer Tochter nicht Sorge tragen könne. Die Eltern einigen sich vor Gericht auf das Einholen einer Zweitmeinung eines anderen Kinder- und Jugendpsychiaters.

1.5.2 Ines – Deutungshoheit vor Kindeswohl

Zum Fall

Ines[8] leidet seit ihrer Geburt am fetalen Alkoholsyndrom aufgrund des Alkoholkonsums ihrer Mutter während der Schwangerschaft. Ihr Leben beginnt mit einem Alkoholentzug. Die Mutter ist bei der Geburt des Mädchens 22 Jahre alt. Sie ist seit ihrer Jugend vermehrt straffällig und auch jetzt steht ihr eine Haftstrafe bevor. Die Bereitschaftspflegefamilie, in die Ines nach ihrer Geburt kommt, wird zu ihrer Pflegefamilie, als deutlich wird, dass die Mutter nicht für sie sorgen kann. Bereits mit drei Jahren sorgen die Pflegeeltern dafür, dass sie bei einer Kinder- und Jugendpsychiaterin vorgestellt und dort behandelt wird. Ines zeigt früh Verhaltensauffälligkeiten. Bereits in der Kita erhält sie Unterstützung in Form einer Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII sowie durch weitere therapeutische Angebote. Aufgrund erheblicher Krisen und Belastungen der Pflegefamilie (u. a. Erkrankung des leiblichen Sohns) kann Ines nicht länger in der Pflegefamilie bleiben. Mit der Beendigung des Pflegeverhältnisses wird das Jugendamt der Stadt Bonn für Ines zuständig. Mit elf Jahren zieht sie in eine heilpädagogische Wohngruppe. Mit der Aufnahme erfolgt auch die Vorstellung und Behandlung durch Dr. Winterhoff. Dieser übernimmt nicht die Medikamentenempfehlung der bisherigen Kinder- und Jugendpsychiaterin, sondern stellt das Mädchen neu ein. Der Mutter wurde inzwischen die elterliche Sorge entzogen. Die Pflegefamilie hält den Kontakt zu Ines aufrecht, besucht sie in der Wohngruppe und nimmt sie in den Schulferien regelmäßig zu sich. Die Pflegeeltern beobachten mit Ines Umzug in die Einrichtung Veränderungen, die ihnen Sorgen bereiten, u. a. die starke Zunahme von Gewicht und Trägheit. Die Einrichtungsleitung und auch Dr. Winterhoff nehmen die Sorgen der Pflegeeltern nicht ernst.

Nach Bekanntwerden der Vorwürfe gegen Dr. Winterhoff im Sommer 2021 wird Ines wieder bei ihrer ehemaligen Kinder- und Jugendpsychiaterin vorgestellt. Die Medikamente werden reduziert. Ab Winter 2021/2022 finden regelmäßige Kontakte zur Mutter statt. Die Mutter erlangt das elterliche Sorgerecht zurück. Seit Frühjahr 2022 lebt Ines wieder bei ihrer Mutter. Der Kontakt zur Pflegefamilie besteht bis heute.

8 Der Name des Kindes ist pseudonymisiert.

Abbildung 2: Chronologie zum Fall »Ines«

Diskontinuitäten im Fallverlauf

Der Fallverlauf ist in hohem Maße geprägt von Zuständigkeitswechseln. Sowohl für die Vormundschaft als auch für die Hilfen zur Erziehung wechselt die Betreuung von Ines mit ihrem Umzug in die Wohngruppe. Zusätzlich kommt es zu einem späteren Zeitpunkt auch intern im Jugendamt Bonn zu einem erneuten personellen Wechsel. Diese »Brüche« im institutionellen System führen zu Diskontinuitäten, die sich auf die Zusammenarbeit und vor allem zu Lasten des Kindes auswirken. Das Hilfesystem arbeitet dadurch kaum an Ines' Entwicklungsinteressen und -bedürfnissen.

Konträr dazu bestehen Kontinuitäten im Fall, die dem Wohlergehen des Kindes zuträglich sind: Die Pflegefamilie bietet Ines während ihrer Zeit in der Wohngruppe (und darüber hinaus) Sicherheit und Beständigkeit durch familiäre Zugehörigkeit und stabile Beziehungen. Hiermit bietet die Pflegefamilie Ines eine Stabilität, die in der Wohngruppe nicht geleistet werden kann. Dennoch führen diese Brüche sowie der institutionelle Erwachsenenkonflikt nicht zu einer Eskalation im Fallverlauf.

Fehlende Abwägungsprozesse in Gesundheitsfragen

Die involvierten Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -therapeut*innen – sowohl Winterhoff als auch seine Vorgängerin – werden von den verschiedenen Stellen (Einrichtung, Vormundschaft, ASD und Pflegefamilie) zur Durchsetzung der eigenen Interessen genutzt bzw. eingesetzt. Eine für Gesundheitsfragen notwendige Abwägung (u. a. Nutzen versus mögliche Nebenwirkungen, Schäden etc.) findet in den Aktendokumentationen erkennbar nicht statt. Winterhoff als zuständiger Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut wäre hier in der Verantwortung gewesen, im gebotenen Maße aufzuklären. Im Zusammenwirken mit den Fachkräften – insbesondere dem Vormund als auch den Fachkräften der Einrichtung – hätte sodann eine gemeinsame Einschätzung zum weiteren Vorgehen stattfinden müssen, d. h., wenn die von Winterhoff vorgeschlagenen Schritte den Fachkräften als plausibel erscheinen, hätten sie diesen explizit zustimmen können.

Die erforderlichen Abwägungsprozesse – die aus rechtlicher Sicht geboten sind – lässt Winterhoff nicht zu. Allein die Möglichkeit, dass es anders sein könnte, scheint bereits seine Autorität in Frage zu stellen. Die engen Kooperationsbeziehungen zwischen der Wohngruppe und Winterhoff verstärken dies. Deutlich wird dies vor allem in der Einschüchterung der Pflegeeltern durch Winterhoff, der mit Konsequenzen für die Pflegefamilien droht, wenn sie sich kritisch zu seiner fachlichen Einschätzung äußern. Mitarbeiter*innen der Wohngruppe relativieren zwar diese Konfrontation, widersprechen aber nicht. Die Wahrnehmung der Verantwortung für die Gesundheit eines jungen Menschen orientiert sich so ausschließlich an Befindlichkeiten und Bedürfnissen der institutionellen Akteure im Gefecht miteinander. Demgegenüber orientierte sich die Wahrnehmung der entsprechenden Verpflichtungen durch die Familiensysteme – Pflegefamilie und zuletzt auch Mutter – stärker an den Bedürfnissen von Ines.

Die fehlenden Abwägungsprozesse gepaart mit den Diskontinuitäten im Fall verstärken Winterhoffs Handeln. Mit seinem machtvollen Auftreten sorgt er für Gehorsam und Gefolgschaft bei den Fachkräften, die nicht für eine »gemeinsame gute Lösung«, sondern gegeneinander arbeiten. Mit diesem Verhalten schadet er in letzter Konsequenz Ines, für die er die Chance auf notwendige Kontinuitäten erheblich behindert.

1.5.3 Kai – Heimerziehung kann als förderliche Passage gelingen

Zum Fall

Kai[9] wächst zunächst bei seinen Eltern auf. Zu der Zeit in der Familie ist nur wenig bekannt: Er erlebt früh Gewalt in der eigenen Familie. Unterstützung erfährt diese durch sozialpädagogische Familienhilfen und weitere Maßnahmen. Der Vater stirbt, als Kai fünf Jahre alt ist. Als sich die Situation in der Familie zuspitzt, wird Kai im Alter von sieben Jahren in Obhut genommen. Es folgen zwei Jahre in einer Wohngruppe in der Nähe der Mutter. Danach zieht Kai nach Bonn in eine Wohngruppe. Die Vormundschaft wechselt erst im Jahr 2020 in das Bonner Jugendamt, als Kai innerhalb von Bonn in die Einrichtung eines anderen Jugendhilfeträgers umzieht. Hintergrund für den Wohngruppenwechsel ist, dass die vorherige Wohngruppe anzeigt, dass ihr Regelangebot nicht mehr ausreiche. Kai wird bereits seit der Inobhutnahme von Dr. Winterhoff behandelt. Alle Einrichtungen, in denen er lebt, behalten diese kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung bei. Die hohe Dosis an Neuroleptika, die Kai erhält, ruft in der zweiten Bonner Einrichtung, in der Kai ab Frühjahr 2020 lebt, Irritationen hervor – insbesondere seine Müdigkeit und Antriebslosigkeit fallen auf. Im Gespräch mit Winterhoff vereinbart die Einrichtung eine Verminderung der täglichen Dosis. Nach dem Aufkommen der Kritik an Winterhoff wird eine erneute Einschätzung zu den Medikamenten eingeholt. Die Neuroleptika können nach und nach abgesetzt werden. Im Frühjahr 2022 zieht Kai zurück in den Haushalt der Mutter.

9 Der Name des Kindes ist pseudonymisiert.

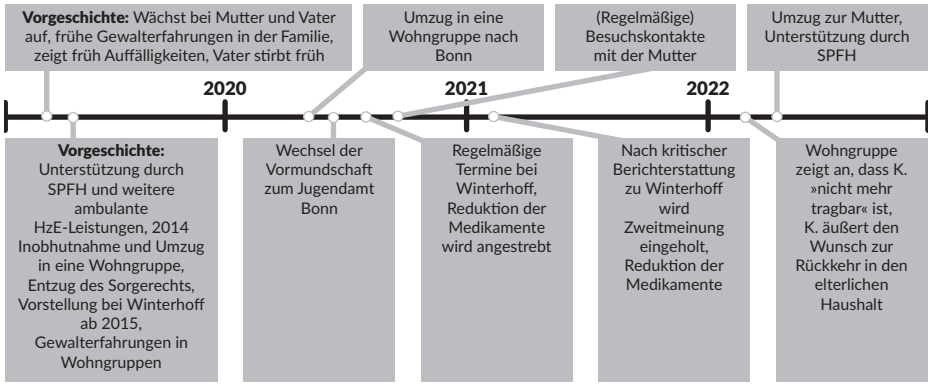


Abbildung 3: Chronologie zum Fall »Kai«

Selbstbewusste Kooperation

In der Einrichtung, in der Kai von 2020 bis 2022 lebt, findet er in seinem Bezugsbetreuer eine Person, die seine Interessen und Bedürfnisse vertritt. Dies zeigt sich unmittelbar nach Kais Einzug in die Wohngruppe in der Aufmerksamkeit für seinen Gesundheitszustand. Der Vermutung, dass seine anhaltende Müdigkeit mit den Medikamenten zusammenhängt, wird zügig nachgegangen. Winterhoff wird in dieser Angelegenheit als »zugänglich« beschrieben. Die Gesundheitsfürsorge für den jungen Menschen wird mit hoher Priorität bearbeitet. Winterhoff wird mit einem klaren Anliegen konsultiert und ein gemeinsamer Weg erarbeitet.

Gestärkt wird das Vorgehen durch einen Vormund, der die gute Beziehung zwischen Mündel und Bezugsbetreuer erkennt und unterstützt. Auch die Kooperation zwischen der Einrichtung und Winterhoff wird durch ihn gestützt: Durch die ausführlichen Dokumentationen der Termine bei Winterhoff kann er mit Kai über seine Anliegen und Sorgen sprechen. Auch wenn mit dem Mündel zwar regelmäßig, aber nicht häufig Termine stattfinden, beschreibt der Vormund seine Rolle und Aufgabe für den jungen Menschen überzeugend: Er sieht seine Aufgabe ausdrücklich nicht darin, sich an Vorgaben oder Meinungen anderer zu orientieren. Vielmehr achtet er auf die Potenziale seines Mündels. Trotz der schwierigen Vorgeschichte, die bei Übernahme der Vormundschaft durch das Jugendamt Bonn bekannt wird, begegnet er offen den Anliegen der Einrichtung und den Interessen von Kai. Dieser Blick auf den jungen Menschen und die damit verbundene Unterstützung der Menschen, die Kai in seinem Alltag begleiten, zeigen Erfolg: Kai kann sich in der Einrichtung gut entwickeln. Auch er selbst beschreibt rückblickend seine Zeit in der Einrichtung als weitestgehend positiv.

Winterhoff als »unwichtiger Psychiater«

Winterhoffs Rolle unterscheidet sich hier deutlich von der in den anderen beiden Fällen: Er setzt sich in der Auseinandersetzung mit anderen Fachkräften nicht mit seinen Vorstellungen davon durch, was ein Kind braucht. Vielmehr wird er ausschließlich in den

Fragen konsultiert, für die er Experte ist. Mit seiner drastischen Sprache, mit der er auch hier den jungen Menschen abwertet (»zerstörter Jugendlicher«, »abgehobener Narzisst«), findet er damit nicht die Aufmerksamkeit wie in den anderen Fällen. Aus unterschiedlichen Perspektiven wird er im Nachhinein als unwichtige Person beschrieben, der man auch aufgrund fehlender Sympathie keine bedeutende Rolle zuschreibt: Von Kai selbst wird Winterhoff rückblickend als desinteressierter Psychiater geschildert. Seine Fragen hätten sich bei jedem Termin wiederholt. Er habe daraus für sich abgeleitet, dass er kein wahrhaftiges Interesse an ihm als jungen Menschen habe. Er habe in ihm ausschließlich die Person gesehen, die dafür zuständig sei, ihm Medikamente zu verschreiben. Dass Gespräche mit Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen auch anders sein könnten, habe er dann in der Praxis erfahren, in der nach dem Skandal um Winterhoff eine Zweitmeinung eingeholt wurde. Hier hätte sich eine Ärztin ernsthaft mit seiner Gesundheit auseinandergesetzt.

Der Vormund hat in diesem Fall Winterhoff nie kennengelernt. Er habe zwar die Berichte über die Termine mit Winterhoffs drastischen Worten gelesen, aber für sich entschieden, dass dieser destruktive Blick auf sein Mündel ihm nicht in der Begleitung eines jungen Menschen helfen könne. Winterhoffs Empfehlungen zu Kais Zukunft hätten in der Hilfeplanung keine Rolle gespielt. Hier habe er ausschließlich mit der Einrichtung nach Lösungen gesucht. Zudem habe er die Empfehlungen von Winterhoff in pädagogischen Fragen auch in anderen Fällen als nicht brauchbar bewertet.

Die Einrichtung beschreibt Winterhoff als einen zugänglichen Menschen, der teilweise schwierige Themen deutlich angesprochen habe. Grundsätzlich äußerten sich aber auch die Fachkräfte kritisch zu Winterhoff und seinem Blick auf Kinder und Jugendliche.

1.5.4 Übergreifende Themen aus allen Fällen

Kinder sind besonders auf gute Vertretung ihrer Interessen angewiesen.

In allen Fällen sind die Kinder in besonderer Weise verletzbare und verletzte Kinder – sowohl in ihren Entwicklungsbedingungen als auch immer wieder in akuten Krisen. Sie sind daher vor allem darauf angewiesen, in ihren Interessen gegenüber den machtvollen und in ihren Kooperationen eingespielten Betreuungssystemen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie engagiert und kompetent vertreten zu werden. Dies gelingt in den drei untersuchten Fällen unterschiedlich.

Kinder, Jugendliche, Eltern und weitere Bezugspersonen als zentrale Partner*innen in Gesundheitsfragen

Eine Auffälligkeit zieht sich durch alle drei Fälle: In Gesundheitsfragen wird zu wenig mit dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen gesprochen. Demgegenüber ist es aus rechtlicher Sicht geboten, dass auch minderjährige Patient*innen – und zwar letztlich unabhängig von der Frage, ob sie schließlich über die Vornahme einer sie betreffenden Behandlung (mit)entscheiden können – in jedem Fall in einer ihren Verständnismöglichkeiten entspre-

chenden Weise aufgeklärt werden müssen (siehe dazu Rechtsexpertise Kapitel 2.4.1). Die Verantwortung für die den rechtlich formulierten Standards entsprechende Aufklärung obliegt dabei primär dem*der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater*in und -psychotherapeut*in (siehe dazu Rechtsexpertise Kapitel 2.4.2–2.4.4).

Generell sind psychische Störungen bei jungen Menschen, die sich (insbesondere) in stationären HzE-Maßnahmen befinden, häufig (siehe dazu Expertise Kooperation KJPP und KJH, Kapitel 3.1.4 und 3.2.1). Wie auch in den hier ausgewählten Fallbeispielen ist herausforderndes Verhalten (z. B. Impulsivität, Aggressivität, Suizidalität) in der Praxis ein Grund für den Einbezug kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Expertise, sei es von Eltern, oder im Fall einer Betreuung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe, durch Einrichtungen. Gesundheitsfragen – insbesondere bei psychischen Erkrankungen und einer damit verbundenen Vergabe von Psychopharmaka – sind nicht selten polarisierende Themen: Einerseits kann erforderliches Fachwissen fehlen und andererseits werden persönliche Haltungen vertreten, emotional verbunden mit eigenen Erfahrungen. Durch diese Aufladung gerät der junge Mensch mit seinen Beteiligungsrechten aus dem Blick. Eine genauere Untersuchung der einzelnen Fälle zu dieser Frage wäre für die zukünftige Arbeit des Jugendamtes sicherlich hilfreich. Insbesondere die Fragen »Wer spricht wann mit dem Kind bezüglich der Gesundheitsfürsorge?« und »Wo fehlt es in den konkreten Fällen an Beteiligungsmöglichkeiten?« ist aus Sicht des Jugendamtes noch zu klären. Die Potenziale des jungen Menschen zur Mitgestaltung und Selbstbestimmung verschwinden dahinter, dass Fachkräfte mit der Deutungshoheit – wer weiß, wie es richtig ist – beschäftigt sind. Die Hilfeplanung sollte der Ort sein, in dem die jungen Menschen mit ihren Anliegen und Interessen Raum und Reflexion finden. Diese droht jedoch zu einem Instrument zur Besprechung unter Fachkräften verkürzt zu werden (zur Funktion der Hilfeplanung in der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie siehe auch Kapitel 2). Die Hilfeplanung orientiert sich hauptsächlich an sogenannten smarten Zielen (specific, measurable, achievable, realistic, timebound). Dabei können sowohl weitere wichtige Situationen im Alltag als auch die Gesundheitssituation im Besonderen aus dem Blick geraten. Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen wird zwar für die Festlegung der erreichbaren Ziele genutzt, bei der Betrachtung der Gesamtsituation aber nicht ausreichend durchgeführt. Ein offener Austausch mit Kindern und Jugendlichen im Hilfeplangespräch und ihre Situation kann so nur eingeschränkt erfolgen, wenn Hilfeplanung sich formalistisch auf die Festlegung und Abfrage von Zielen beschränkt.

Von sozialpädagogischen Fachkräften und Sorgeberechtigten kann nicht erwartet werden, spezifisches medizinisches Fachwissen vorzuhalten. Vielmehr liegt ihre zentrale Aufgabe darin, die jungen Menschen dazu zu befähigen und dabei zu unterstützen, ihre eigenen Bedarfe und Interessen im Zuge der Behandlung sowie des Umgangs mit der Erkrankung zu formulieren und in den gemeinsamen Aushandlungsprozess einzubringen (siehe dazu Rechtsexpertise Kapitel 2.4.5). Bemerken die Fachkräfte im Zuge einer Therapie, dass es zu problematischen Veränderungen beim Kind bzw. bei dem*der Jugendlichen kommt bzw. dass gewünschte Veränderungen ausbleiben, sind sie dazu angehal-

ten, gemeinsam mit dem*der Minderjährigen zu beraten, wie diese Aspekte mit dem*der behandelnden Arzt*Ärztin ins Gespräch gebracht werden können. Letztlich übernehmen Fachkräfte hier Aufgaben, wie sie sorgeberechtigte Eltern, deren Kinder bei ihnen leben, wahrnehmen bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Dieses Bewusstsein scheint nicht immer klar zu sein, ggfs. auch in der Rollenverteilung zwischen Fachkräften in einer Einrichtung und Amtsvormündern*Amtsvormundinnen (zur Rollenverteilung siehe auch Rechtsexpertise Kap. 2.5.3).

Der Weg, mit dem Kind auch über seine Wahrnehmungen und Ideen zu seiner Gesundheit zu sprechen, wird in den analysierten Fällen jedoch selten eingeschlagen. Insbesondere Winterhoff kann diese aufgeladenen Situationen für sich nutzen, um mit einfachen Erklärungsansätzen vermeintliche Entlastung zu stiften und so seine Vorstellung von Gesundheitsfürsorge für den jungen Menschen durchzusetzen.

In allen drei Fällen zeigt sich deutlich, dass die Menschen, die nah am Kind sind – entweder durch tatsächliche alltägliche Nähe (z. B. Eltern, Pflegeeltern, Bezugsbetreuer*innen) oder durch familiäre Verbundenheit (z. B. [Pflege-]Eltern) –, wichtige Ansprechpartner*innen für dessen Belange in Gesundheitsfragen sein können bzw. könnten. Als Menschen, die ein Kind teilweise tagtäglich erleben, können sie auch einen umfassenden Blick auf die gesundheitliche Situation und Entwicklung eines jungen Menschen gewinnen, welches in dessen Interesse im Kontakt mit medizinischem Fachpersonal eingebracht werden kann. In diesem Zusammenhang kann es auch wichtig sein, leibliche Eltern (Fall »Jenny« und Fall »Kai«) und/oder Pflegeeltern (Fall »Ines«) dann, wenn Kinder nicht mehr bei ihnen leben, sie aber nach wie vor Kontakt zu diesen Kindern haben, in zentralen Fragen der Gesundheit einzubeziehen. Sie möchten nach wie vor – bzw. wenn sie sorgeberechtigt sind, müssen sie – Entscheidungsverantwortung mittragen.

Letztlich sind die Kinder und Jugendlichen nicht nur eigenständig ärztlich aufzuklären, sondern auch darüber hinaus in der ihren Möglichkeiten entsprechenden Weise an der Entscheidungsfindung über eine sowie während der Durchführung einer sie betreffenden Therapie zu beteiligen (vgl. Art. 12 UN-Kinderrechtskonvention, § 630d Abs. 1, 630e Abs. 5 BGB). Dies ist Voraussetzung, damit die Minderjährigen eigenständig über die entsprechenden Fragen reflektieren und diese beurteilen können, um so ihre gewünschte selbstverantwortliche Mitwirkung einüben zu können (vgl. § 1 Abs. 1 SGB VIII, Rechtsexpertise Kapitel 2.5.3.2). Andernfalls werden die betroffenen Kinder und Jugendlichen allenfalls zu passiven Empfänger*innen der für sie verantwortlichen Erwachsenen. Der Einbezug von Minderjährigen ist ohnehin im Eigentlichen ein Grundelement kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Therapie, gerade bei Psychotherapie handelt es sich um einen ständigen Aushandlungsprozess (siehe dazu Expertise Kooperation KJPP und KJH, Kapitel 3.2.1). In der Folge kann es zudem zwischen den zuständigen Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und den Sorgeberechtigten zu Missverständnissen und Konflikten kommen, welche schließlich (wie im Fall »Jenny« und im Fall »Ines«) zu Lasten der Kinder ausgetragen werden und diese zusätzlich belasten oder sogar schädigen können.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Krisen als Herausforderung

Die Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen heißt immer auch Arbeit in Krisen. Diese Arbeit in Krisensituationen muss zwangsläufig als gemeinsame Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie verstanden werden. Kommt es dazu, dass Fachkräfte aus diesen Feldern sich die Verantwortlichkeit für einen jungen Menschen gegenseitig zuschieben, werden sie ihren im direkten Zusammenhang miteinander stehenden Aufträgen – für das Wohl des Kindes bzw. des Patienten*der Patientin zu sorgen – nicht gerecht. In der Folge werden Konflikte zwischen den beteiligten verantwortlichen Erwachsenen zulasten der betroffenen Kinder und Jugendlichen auf deren Rücken ausgetragen (wie im Fall »Ines«).

Prozesse der Erziehung und Entwicklung von Kindern verlangen folglich eine ganzheitliche Wahrnehmung von Verantwortung durch ein kooperatives Zusammenwirken der zuständigen Erwachsenen. Wenn Verantwortung aufgeteilt werden muss, zeigen sich in den Fällen trotzdem positive Entwicklungen, wenn einzelne Fachkräfte diese bewusst wahrnehmen, selbst wenn sie dadurch mit anderen Beteiligten in Konflikte geraten können. Da, wo Fachkräfte solche Konflikte um die Verantwortung für ein Kind oder eine*n Jugendliche*n gemieden haben, konnte Winterhoff mit seiner Strategie Erfolg haben: Er hat sich Entscheidungsmacht in pädagogischen Fragen angemaßt, für die er kein Experte war und übernahm gleichzeitig keine Verantwortung mehr für die problematischen Folgen dieser Entscheidungen. Diese hat er vielmehr Kindern und Eltern als »diagnostizierte« Störung oder Unfähigkeit zugeschrieben. Mit seiner »Einmischung« in die pädagogische Verantwortung findet er besonders in Einrichtungen mit stark regelzentrierter Arbeit Resonanz (wie im Fall »Ines«). Umgekehrt lässt sich feststellen, dass Einrichtungen mit einem deutlichen Fokus auf das Kind und seine Interessen, sich auch gegen Winterhoff positionieren (wie im Fall »Kai«). In den Fällen, in denen der Konflikt ausgehalten und ausgetragen wird (wie im Fall »Jenny«), wird Winterhoff letztlich für die pädagogischen Fragen der Erziehung und Bildung unbedeutend.

Eine Vertretung kindlicher Interessen wird im Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch dadurch wahrgenommen, dass Fachkräfte, die mit den Kindern im Alltag zusammenleben, offenkundige Veränderungen der körperlichen und/oder seelischen Verfassung der Kinder nach einer Medikation aufmerksam wahrnehmen und gegenüber der*dem behandelnden Ärztin*Arzt ansprechen. Die Fachkräfte aus dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes sollten in einem solchen Fall im Zuge der Hilfeplanung sicherstellen, dass die erforderlichen Gespräche stattfinden und dabei insbesondere die Interessen des Kindes bzw. des*der Jugendlichen gebührend Berücksichtigung finden (siehe dazu Rechtsexpertise Kapitel 2.5.3.4). Ein solcher Austausch sollte darauf ausgelegt sein, sowohl die medizinische Behandlung als auch die pädagogische Förderung der Minderjährigen voranzubringen und so ihrem Wohlergehen zuträglich zu sein.

Das Klären von Gesundheitsfragen braucht also einen interdisziplinären Dialog, in dessen Rahmen einerseits die Grenzen der eigenen Profession – der pädagogischen wie der medizinischen – gewahrt werden, und gleichzeitig Kritik sowie berechtigte Zweifel an

den Empfehlungen und Haltungen der anderen Seite zumindest zulässig, besser noch erwünscht sind.

In den Fallanalysen ist deutlich geworden, wie eng die drei Felder »Alltagsgestaltung«, »Erziehung« und »medizinische Versorgung« miteinander verwoben und aufeinander angewiesen sind. »Gelingendes Aufwachsen« (vgl. Deutscher Bundestag 1998, S. 161) von Kindern und Jugendlichen muss von den beteiligten Disziplinen also gemeinsam und dabei kooperativ gestaltet werden (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Aufgaben für ein »gelingendes Aufwachsen«

Damit in diesem Dreieck Zusammenarbeit funktionieren kann, kommt es notwendigerweise zu Überschneidungen von Verantwortungen und Sichtweisen. Gleichzeitig ist eine »gute Abgrenzung« wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Kooperation. Dieses Paradox ist von den beteiligten Fachkräften in jedem Einzelfall wieder neu zu gestalten sowie damit einhergehende Spannungslagen sind auszuhalten. Gleichzeitig kann – wie immer – eine nicht reflektierte Kooperation der Systeme dazu führen, dass zwar die Systeme damit äußerst zufrieden sind, aber z. B. Betroffene aus dem Blick geraten. Insofern sei zur Ausgestaltung der Kooperation auf die klare Definition von Rollen verwiesen: Eine medizinische Behandlung ist immer eine individuelle Leistungsinanspruchnahme im Rahmen des SGB V und damit durch das Arzt*Ärztin-Patient*innen-Verhältnis charakterisiert, das bei Minderjährigen (fast) immer zu einem Dreieck sich erweitert, nämlich um die Sorgeberechtigten. Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Beratung einer Institution kann auch im Rahmen einer individuellen Behandlung stattfinden, findet sie aber strukturell für eine Einrichtung statt, so ist dies nicht Bestandteil der individuellen Behandlung (siehe dazu Expertise Kooperation KJPP und KJH, Kapitel 3.3).

Dem kooperativen Prozess abträglich ist, wenn interdisziplinäre Hierarchien konstruiert und dadurch Machtkämpfe über Expertisen sowie Deutungshoheiten entfacht bzw. befeuert werden. Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang, dass Winterhoff solche dysfunktionalen Hierarchien nicht nur seinerseits selbst erzeugte, indem er wiederholt direkte pädagogische Empfehlungen aussprach. Vielmehr bedienten sich auch Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe eben dieser Direktiven als Argument im Zuge der Aushandlung innerdisziplinärer Kräfteverhältnisse.

1.6 Hinweise und Empfehlungen

Kinder, die sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe betreut als auch von Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen versorgt werden, leben häufig und andauernd in besonders belastenden Lebensumständen, die sie komplex und anhaltend beeinträchtigen. Dies zeigen die in diesem Projekt vom Jugendamt Bonn vorgestellten Fallverläufe deutlich. Solche jungen Menschen sind daher darauf angewiesen, dass sie in ihren Interessen gegenüber den machtvollen Betreuungssystemen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit ihren eingespielten Kooperationen engagiert und kompetent vertreten werden: eine große Herausforderung für die Fachkräfte der Jugendhilfe ebenso wie der Jugendpsychiatrie.

❶ **Die Expertise zu den Rechten junger Menschen zwischen den Systemen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe macht den normativen Rahmen für die Verantwortung zwischen Jugendamt, freien Trägern und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Gesundheitsfürsorge deutlich.**

Zentral geht es um Grundrechte junger Menschen, grundsätzlich um ihre Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie auf medizinische Selbstbestimmung als Teilbereich der persönlichen Entfaltungsfreiheit in Verbindung mit der Menschenwürde (Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Damit ein Eingriff in diese Grundrechte rechtmäßig ist und sie aus juristischer Sicht nicht verletzt werden, muss auch der junge Mensch in die eigene Behandlung wirksam einwilligen.

Eine wirksame Einwilligung setzt eine ordnungsgemäße Aufklärung voraus. Die jungen Menschen haben folglich gegenüber den Behandelnden ein Recht auf Aufklärung, also darauf, sich in Bezug auf medizinische Behandlungen einen eigenen Willen bilden und diesen ausagieren zu können. Daher sind ihnen sämtliche wesentliche Umstände entsprechend ihrer Verständnismöglichkeiten zu erläutern. Die Sorgeberechtigten haben die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis zu selbstständigem, verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen. Fachkräfte in stationären Einrichtungen und Pflegeeltern sind gefragt, den jungen Menschen Räume für Reflexion zu ermöglichen und darauf zu achten, ob die jungen Menschen in vollem Umfang über die Inhalte der Behandlung und deren möglichen Folgen informiert sind. Fachkräfte im Allgemeinen

Sozialen Dienst im Jugendamt (ASD) sind aufgefordert, sich in der Hilfeplanung zu vergewissern, ob die jungen Menschen gut über die Behandlung aufgeklärt sind und während der Behandlung gut begleitet werden.

Die Einwilligung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Therapien ist eine Angelegenheit, die im Verhältnis zwischen Sorgeberechtigten und Kind bzw. Jugendlichem*Jugendlicher geklärt wird. Die Klärung der Einwilligungsfähigkeit junger Menschen ist Sache des*der behandelnden Arztes*Ärztin. Bei Divergenzen zwischen der Sicht der jungen Menschen und den Ärzt*innen und/oder den Sorgeberechtigten über die Einwilligungsfähigkeit eines jungen Menschen, der in stationären Hilfen/Pflegeverhältnissen lebt, ist es Aufgabe des ASD bzw. Pflegekinderdienstes, diese ins Gespräch zu bringen. Die Frage, ob und unter welchen Umständen Minderjährige in eine sie betreffende Behandlung eigenverantwortlich einwilligen können, ist rechtlich umstritten. Folglich muss sie von den Beteiligten im Einzelfall geklärt werden. Die juristische Meinungsvielfalt in Bezug auf die Einwilligungsbefugnis zwischen jungen Menschen und Sorgeberechtigten überantwortet die Beantwortung den einzelnen Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen. Im Konfliktfall sollten der ASD bzw. Pflegekinderdienst – dem kinderrechtebasierten Ansatz der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII folgend – sich für die Rechtsauffassung einer weitgehenden Selbstbestimmung der Kinder und Jugendlichen stark machen.

Wie die Analyse der untersuchten Fälle gezeigt hat, werden im Rahmen der Aufklärung zwischen den beteiligten Erwachsenen mitunter auch Fragen von Expertise, Zuständigkeit und mithin Macht verhandelt. Dementsprechend müssen Fachkräfte beider Systeme (selbst-)kritisch reflexiv und achtsam mit diesen Machtfragen und dabei möglichen Ungleichgewichten umgehen, um sicherzustellen, dass den (grund-)rechtlich geschützten, ebenso wie den emotionalen Bedarfen der jungen Menschen gebührend Rechnung getragen wird.

Zu den vornehmsten Aufgaben der Fachkräfte im ASD und Pflegekinderdienst gehört, sich für den Willen und die Wünsche sowie Ambivalenzen der jungen Menschen zu interessieren und diesen zur Auseinandersetzung und bestmöglichen Berücksichtigung in der Hilfeplanung zu verhelfen. Zur Hilfeplanung gehört daher auch, dass Sorgen, Kritik, Zweifel oder Wünsche an eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung offen angesprochen und verhandelt werden können. Hilfeplanung ist der Ort, an dem die unterschiedlichen Positionen ins Gespräch und in eine Aushandlung gebracht werden können und sollen. Im SGB VIII sind seit 2021 die Vorschriften zur Hilfeplanung deutlich an den Rechten und Interessen junger Menschen orientiert ausgestaltet, insbesondere ist alles, was dort gesprochen und vereinbart wird, für sie »in verständlicher, wahrnehmbarer, und nachvollziehbarer Form« (§ 36 Abs. 1 S. 2 SGB VIII) umzusetzen.

❷ **Die Expertise zur Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendhilfe beleuchtet zum einen die besonderen Bedarfe an qualifizierter medizinischer und psychotherapeutischer Be-**

handlung für junge Menschen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben; zum anderen die Herausforderungen der Kooperation für Ärzt*innen.

Kinder und Jugendliche, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erhalten, haben ein erhöhtes Risiko an psychischen Störungen zu leiden. Dabei unterscheiden sich generelle Muster für das Auftreten bestimmter Störungen nicht zwischen Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben, und Kindern und Jugendlichen, die nicht von der Kinder- und Jugendhilfe betreut werden. Jedoch ist die Prävalenz der Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendhilfe deutlich erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Dabei überschneiden sich häufig die Risikofaktoren für psychische Störungen mit prägenden sozialen Bedingungen für Familien, die Hilfen zur Erziehung erhalten. Insbesondere sozioökonomische Probleme (Armut), psychische Probleme der Eltern und dauerhafte innerfamiliäre Belastungen erhöhen das Risiko für Kinder, psychische Störungen zu entwickeln.

In Deutschland steht ein differenziertes und breit ausgebautes System zur Behandlung von psychischen Störungen bei Minderjährigen zur Verfügung, dessen Inanspruchnahme in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist.

Kooperationen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) und Kinder- und Jugendhilfe (KJH) müssen sowohl patientenbezogen, auf individueller Fallebene gestaltet werden als auch fallübergreifend und grundlegend auf struktureller Ebene. Die §§ 35a, 36 Abs. 4 SGB VIII stellen wesentliche Grundlagen für Kooperation im Rahmen von Eingliederungshilfen bei einer (drohenden) seelischen Behinderung dar.

Kooperationen mit der Kinder- und Jugendhilfe auf struktureller Ebene oder über die individuelle Behandlung der Patient*innen hinaus im ambulanten Sektor sind keine Leistungen, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden können. Ihre Finanzierung muss daher auch zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendhilfe vereinbart werden. So kann z. B. Supervision von Teams stationärer Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtungen nicht als Leistung der GKV erbracht werden. Leistungen wie »Heimkindersprechstunden« bedürfen eines zusätzlichen (auch vertraglichen) Rahmens, wenn sie über den direkten Kontakt von Patienten*Patientin und Bezugsperson (ggfs. auch Bezugsbetreuer*in mit entsprechender Vollmacht für die Gesundheitsfürsorge) hinaus gehen.

Im Rahmen von Kooperationen müssen mögliche Rollenkonflikte, die für Ärzt*innen als Behandelnde auftreten können, bewusst sein. Grundlegende Rechte, wie die freie Ärzt*innen-/Therapeut*innenwahl dürfen durch Kooperationen nicht eingeschränkt werden. Trotz ggfs. komplexer Konstellationen, was die Ausübung des Sorgerechts angeht, ist auf einen angemessenen Abschluss eines Behandlungsvertrags sowie im Fall einer Pharmakotherapie auf eine altersentsprechende Aufklärung, auch des Kindes und des*der Jugendlichen zu achten. Ärzt*innen sollten nicht dazu beitragen, dass Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe Entscheidungen über den Verbleib eines Kindes/

eines*einer Jugendlichen/eines*einer jungen Volljährigen von ärztlich empfohlenen Maßnahmen abhängig machen.

Die Rolle als Therapeut*in bedingt auch die Problematisierung der Schweigepflicht gegenüber den Kooperationspartner*innen in der Kinder- und Jugendhilfe. Bei individueller Behandlung soll das Kind oder der*die Jugendliche altersentsprechend aufgeklärt werden, welche Informationen aus der Behandlung an Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe weitergegeben werden. In Fällen, bei denen das Sorgerecht (oder Teile hiervon) nicht bei den Eltern liegt, ist der Einbezug der Vormundschaft notwendig.

Bei jungen Menschen, die sowohl das System der Kinder- und Jugendhilfe als auch das der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an ihre Grenzen bringen, ist eine gute Kooperation besonders wichtig, um ihnen mit der bisherigen Struktur gerecht zu werden. Dabei sind die Anfragen und Besonderheiten dieser jungen Menschen möglichst frühzeitig von beiden Systemen zu erfassen. Delegationsketten sind bei diesen Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen besonders ungünstig. Vielmehr bedarf es hier einer gemeinsamen Fallkonzeption, die auch auf dem Stand der Wissenschaft zu biografischen und sozialen Belastungen dieser jungen Menschen und den Besonderheiten der Beziehungsgestaltung beruht. Die psychotherapeutische Expertise der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kann hier für die Kinder- und Jugendhilfe hilfreich sein, um Ausstoßungstendenzen, die diese Kinder in ihrem jeweiligen Umfeld auslösen, zu reduzieren. Zudem kann eine psychotherapeutische Begleitung auch den für Kinder und Eltern schmerzlichen Prozess der Akzeptanz, warum ein Kind nicht zuhause leben kann, erleichtern und so Ambivalenzen bei den jungen Menschen und ihren Eltern reduzieren, was zu einem besseren Gelingen auch der Kinder- und Jugendhilfeleistungen beitragen kann.

Mit Bezug auf die Befunde der Fallanalysen zeigen also beide Expertisen, warum und wie die Sorge für die körperliche und seelische Gesundheit zu den Kernaufgaben sowohl der Kinder- und Jugendhilfe als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gehört und vor allem, wie sehr beide Arbeitsfelder dabei aufeinander angewiesen sind.

Zum Schluss werden diese Befunde von Fallanalysen und Expertisen nochmals als ausdrücklich direkte Aufforderungen an die professionellen Sorgeverantwortlichen formuliert. Hier finden auch die in den Gesprächen mit Care-Leaver*innen gewonnenen Einblicke in die Wahrnehmungen und Bewertungen junger Menschen von Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Eingang.

Die Aufforderungen sollen Hinweise geben, wie Fachkräfte in dieser komplexen rechtlichen und fachlichen Gemengelage zu einer zugleich für die jungen Menschen förderlichen und im Umgang miteinander konstruktiven Gestaltung der eigenen Verantwortung ebenso wie der gemeinsamen Zusammenarbeit finden können:

1. Hören Sie auf das, was Kinder sagen, und seien Sie aufmerksam für das, worüber Kinder und Jugendliche nicht sprechen wollen oder können. Prozesse der Entwicklung und Erziehung sind wesentlich auf Mitwirkung und Selbsttätigkeit

junger Menschen angewiesen, ohne diese können sie kaum gelingen. Erst wenn Sie sich glaubhaft für die Selbst- und Welterklärungen der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen interessieren, können Zugang und Begleitung gerade in kritischen Lebensphasen gelingen.

2. Holen Sie sich bei Fachkräften aus anderen Disziplinen Expertise (= Erklärungswissen und Verstehens-Zugänge), aber keine Lösungen (= Handlungsanweisungen). Misstrauen Sie jeder und jedem, die oder der einfache Erklärungen für komplexe Fragen und komplizierte Probleme anbietet. Misstrauen Sie insbesondere denen, die keine Zweifel zulassen, denn begründete Zweifel sind der Motor für Qualitätsentwicklung auch in der Erziehung, für die Sicherung von Rechten im Rechtsstaat und für wissenschaftliche Erkenntnis.

3. Seien Sie selbstbewusst in Ihrer Disziplin. Was Sozialpädagog*innen über Gesundheit und Mediziner*innen über Erziehung wissen, ist für den interdisziplinären Austausch unverzichtbar. Ebenso unverzichtbar ist die selbstbewusste Abgrenzung gegenüber fachfremder Einmischung.

4. Mit Uneindeutigkeit und Unsicherheit konstruktiv umgehen können, ist eine der Kernkompetenzen für die Förderung und Begleitung von Prozessen der Entwicklung und Erziehung von Kindern. Schaffen und pflegen Sie Orte und Gelegenheiten für interdisziplinären Austausch und Reflexion der Uneindeutigkeiten und Unsicherheiten kindlicher Entwicklungs- und Erziehungsprozesse.

5. Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie können auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden – ob z. B. im Rahmen der individuellen Krankenbehandlung oder der Diagnostik im Zuge von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII oder im Rahmen struktureller Kooperation. Bei strukturellen Kooperationen klären Sie, um welche Art der Zusammenarbeit es sich handelt und was hier strukturell geregelt werden muss, damit die Zusammenarbeit für das konkrete Kind gelingen kann.

6. Disziplinen, die sich kompetent in unsicherem Terrain bewegen müssen – dies gilt für (Sozial-)Pädagog*innen und für Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen gleichermaßen –, sind in hohem Maße auf Diskurs angewiesen, intern ebenso wie öffentlich. Nicht zuletzt zeigt der »Komplex Winterhoff«, wie bedeutsam solche kritischen Diskurse für das Aufdecken von Fehlentwicklungen und für eine Weiterentwicklung dieser Disziplinen sind, die betroffenen jungen Menschen nützen kann.

Literatur

Bartsch, Matthias (2010). Tatort Familie. »Auf dem Stand eines Zweijährigen«. Interview mit Michael Winterhoff. Der Spiegel vom 04.05.2010. Online: https://www.spiegel.de/spiegelwissen/a-693972.html (Zugriff am 24.11.2024).

Bergmann, Wolfgang (2009). Warum unsere Kinder ein Glück sind. So gelingt Erziehung heute. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1998). Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Zehnter Kinder- und Jugendbericht mit der Stellungnahme der Bundesregierung. Online: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Zehnter_Kinder-und_Jugendbericht.pdf (Zugriff am 24.11.2024).

DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (2021). Mediale Präsenz und wissenschaftliche Fundierung. Online: https://www.dgkjp.de/wp-content/uploads/2021_08_25_PM_Medien_Wissenschaft.pdf (Zugriff am 24.11.2024).

Dreschke, Nathalie & Beekes, Anna Maria (2021). Kinderpsychiater tritt aus Vorstand des Vereins »Kleiner Muck« zurück. Bonner General-Anzeiger vom 13.08.2021. Online: https://ga.de/bonn/stadt-bonn/winterhoff-bonn-strafanzeige-gegen-kinderpsychiater-jugendaemter-reagieren_aid-62133057#:~:text=Winterhoff%20ist%20indes%20aus%20dem,Vereins%20»Kleiner%20Muck«%20zurückgetreten.&text=Der%20Kinder%2D%20und%20Jugendpsychiater%20Michael,wurde%20Strafanzeige%20gegen%20ihn%20gestellt (Zugriff am 24.11.2024).

Fatke, Reinhard (2022). Pädagogik im Gewand der Kinderpsychiatrie. In: Pädagogik, H. 10, S. 42–45.

Kinderhof Campemoor gmbH (o. J.). Pädagogische Konzeption des Kinderhof Campemoor – psychotherapeutische und heilpädagogische Wohngruppe. Online: https://kinderhof-campemoor.de/download/Konzeption_Campemoor_21.06.2010.pdf (letzter Zugriff am 20.07.2023, inzwischen nicht mehr abrufbar).

Kleiner Muck e. V. (2021). Stellungnahme zur Berichterstattung über den Kinderpsychiater Dr. med. Michael Winterhoff. Online: https://www.kleiner-muck.de/fileadmin/Dokumente/21-08-13_Vorstand_Stellungnahme_Dr._Winterhoff.pdf (Zugriff am 24.11.2024).

Köhler, Henning (2009). Dressurpädagogik? Nein danke! Die individualpädagogische Antwort auf Michael Winterhoff und Bernhard Bueb. Eine Stellungnahme im Auftrag des Studienkreises für Neue Pädagogik. Online: https://www.janusz-korczak-institut.de/files/Bilder/Winterhoff_03.pdf (Zugriff am 24.11.2024).

LVR – Landschaftsverband Rheinland (2021). Keine Zusammenarbeit zwischen LVR und dem Bonner Kinder- und Jugendpsychiater (Pressemeldung). Online: https://www.lvr.de/de/nav_main/derlvr/presse_1/pressemeldungen/press_report_289985.jsp (Zugriff am 24.11.2024).

Oleimeulen, Kirsten (2012). Rezension zu »Michael Winterhoff: Lasst Kinder wieder Kinder sein! Oder: Die Rückkehr zur Intuition.« Online: https://www.socialnet.de/rezensionen/12633.php (Zugriff am 24.11.2024).

Rosenbach, Nicole & Stadler, Rainer (2021). Umstrittener Kinder- und Jugendpsychiater darf weiter behandeln. Süddeutsche Zeitung vom 01.09.2021. Online: https://www.sueddeutsche.de/politik/psychiatrie-kinderschutz-michael-winterhoff-jugendhilfe-1.5398018?reduced=true (Zugriff am 24.11.2024).

Sonsino, Beate (2009). Rezension zu »Michael Winterhoff: Tyrannen müssen nicht sein. Warum Erziehung allein nicht reicht – Auswege«. Online: https://www.socialnet.de/rezensionen/7567.php (Zugriff am 24.11.2024).

Spiewak, Martin (2019). «Deutschland verdummt«. Pädagogik zum Gruseln. Die ZEIT vom 01.06.2019. Online: https://www.zeit.de/gesellschaft/schule/2019-05/deutschland-verdummt-michael-winterhoff-bildungssystem-paedagogik-kinder (Zugriff am 24.11.2024).

Wedler, Barbara (2016). Rezension zu »Michael Winterhoff: Mythos Überforderung. Was wir gewinnen, wenn wir uns erwachsen verhalten«. Online: https://www.socialnet.de/rezensionen/20040.php (Zugriff am 24.11.2024).

Winterhoff, Michael (2008). Warum unsere Kinder Tyrannen werden. Oder: Die Abschaffung der Kindheit. Unter Mitarbeit von Carsten Tergast. 6. Auflage. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winterhoff, Michael (2009). Tyrannen müssen nicht sein. In Zusammenarbeit mit Carsten Tergast. 2. Auflage. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winterhoff, Michael (2011). Lasst Kinder wieder Kinder sein. Oder: Die Rückkehr zur Intuition. In Zusammenarbeit mit Carsten Tergast. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winterhoff, Michael (2013). SOS Kinderseele. Was die emotionale und soziale Entwicklung unserer Kinder gefährdet – und was wir dagegen tun können. 4. Auflage. München: C. Bertelsmann.

Winterhoff, Michael (2015). Mythos Überforderung. Was wir gewinnen, wenn wir uns erwachsen verhalten. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winterhoff, Michael (2017). Die Wiederentdeckung der Kindheit. Wie wir unsere Kinder glücklich und lebenstüchtig machen. 5. Auflage. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winterhoff, Michael (2019). Deutschland verdummt. Wie das Bildungssystem die Zukunft unserer Kinder verbaut. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winterhoff, Michael & Thielen, Isabel (2010). Persönlichkeiten statt Tyrannen: Oder: Wie junge Menschen in Leben und Beruf ankommen. München: Goldmann Verlag.

2. Rechte junger Menschen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe

Leon A. Brandt & Thomas Meysen

2.1 Orientierungssätze

❶ Kinder- und jugendpsychiatrische Therapien greifen in die Grundrechte von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen (junge Menschen) auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und auf medizinische Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) ein. Sie erfordern daher eine wirksame Einwilligung in die Behandlung.

❷ Eine wirksame Einwilligung setzt eine ordnungsgemäße Aufklärung voraus. Die jungen Menschen haben folglich gegenüber den Behandelnden ein Recht auf Aufklärung, also darauf, sich in Bezug auf medizinische Behandlungen einen eigenen Willen bilden und diesen ausagieren zu können. Daher sind ihnen sämtliche wesentliche Umstände entsprechend ihren Verständnismöglichkeiten zu erläutern. Die Sorgeberechtigten haben die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis zu selbstständigem, verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen. Fachkräfte in stationären Einrichtungen und Pflegeeltern sind gefragt, den jungen Menschen Räume für Reflexion zu ermöglichen und darauf zu achten, ob die jungen Menschen in vollem Umfang über die Inhalte der Behandlung und deren mögliche Folgen informiert sind. Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst im Jugendamt (ASD) sind aufgefordert, sich in der Hilfeplanung zu vergewissern, ob die jungen Menschen gut über die Behandlung aufgeklärt sind und während der Behandlung gut begleitet werden.

❸ Bei der Aufklärung werden auch Machtfragen verhandelt. Fachkräfte sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als auch in der Kinder- und Jugendhilfe brauchen hierfür ein reflektiertes Bewusstsein und eine gegenseitige Achtsamkeit, ob alle mit den Machtdisbalancen in einer Weise umgehen, welche die Rechte der jungen Menschen, insbesondere ihr Recht auf Selbst- und Mitbestimmung wahrt (Adhärenz statt Compliance). Fachkräfte in Einrichtungen und Pflegeeltern können im Verhältnis zu Ärzten*Ärztinnen dazu beitragen, die Möglichkeitsräume zur Selbstbestimmung zu eröffnen und zu erweitern. Fachkräfte im ASD können in der Hilfeplanung regelhaft Fragen der Selbstbestimmung mit allen Professionellen, Sorgeberechtigten und Erziehungspersonen ins Gespräch bringen.

❹ Junge Menschen haben ein Recht nicht nur auf Vermittlung der Diagnosen, sondern auch Unterstützung im Verarbeitungs- und Annahmeprozess und somit der Bewältigung der Erkrankung und ihrer Behandlung. Der ASD hat die Aufgabe, das Gelingen dieser Prozesse in der Hilfeplanung reflektierend zu hinterfragen, Wege zur Verbesserung zu besprechen und zu vereinbaren.

❺ Die Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere aus den stationären Einrichtungen sowie dem Pflegekinderdienst, können das »fachliche Urteil« der Kinder- und Jugendpsychiater*innen/Psychotherapeut*innen nicht mittels eigener Kompetenz ersetzen. Sie bekommen jedoch Ambivalenzen und Vorbehalte der jungen Menschen gegenüber Therapien oder Medikamentierungen, Auffälligkeiten sowie Veränderungen am ehesten mit und können diese den Behandelnden rückmelden.

❻ Die Einwilligung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Therapien ist eine Angelegenheit, die im Verhältnis zwischen Sorgeberechtigten und Kind bzw. Jugendlichem*Jugendlicher geklärt wird. Die Klärung der Einwilligungsfähigkeit junger Menschen ist Sache des*der behandelnden Arztes*Ärztin. Bei Divergenzen zwischen der Sicht der jungen Menschen und den Ärzt*innen und/oder den Sorgeberechtigten auf die Einwilligungsfähigkeit, ist Aufgabe des ASD bzw. Pflegekinderdienstes, diese ins Gespräch zu bringen. Die juristische Meinungsvielfalt in Bezug auf die Einwilligungsbefugnis zwischen jungen Menschen und Sorgeberechtigten legt die Beantwortung der Rechtsfragen in die Hände der einzelnen Kinder- und Jugendpsychiater*innen. Im Konfliktfall können der ASD bzw. Pflegekinderdienst dem kinderrechtebasierten Ansatz der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII folgend sich für eine weitgehende Selbstbestimmungsbefugnis der Kinder und Jugendlichen stark machen.

❼ Zu den vornehmsten Aufgaben der Fachkräfte im ASD und Pflegekinderdienst gehört, sich für den Willen und die Wünsche sowie Ambivalenzen der jungen Menschen zu interessieren und diesen zur Auseinandersetzung und bestmöglichen Berücksichtigung in der Hilfeplanung zu verhelfen. Zur Hilfeplanung gehört daher auch, dass Sorgen, Kritik, Zweifel oder Wünsche an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht unterdrückt werden. Hilfeplanung ist der Ort, an dem die unterschiedlichen Positionen ins Gespräch und in eine Aushandlung gebracht werden können und sollen.

2.2 Kinder- und Jugendhilfe (KJH), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) und Medikation – ein Spannungsfeld

Das historische Verhältnis von stationären Kontexten der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) ist ein mitunter

schwer belastetes. Bereits seit den frühen 2000er Jahren bildet die Vergangenheit von Kinderheimen in der früheren Bundesrepublik sowie in der DDR einen wesentlichen Gegenstand kritisch-reflexiver Forschung.[10] Seit über einer Dekade richtet sich deren Fokus nunmehr zunehmend auf in stationären Einrichtungen durchgeführte illegitime Arzneimittelstudien an Kindern und Jugendlichen.[11] In einer vom Land Niedersachsen in Auftrag gegebenen, breit angelegten Studie analysieren Sylvelyn Hähner-Rombach und Christine Hartig in niedersächsischen Kinderheimen zwischen 1945 und 1978 durchgeführte Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen. Neben Neuroleptika wurden in diesem Zusammenhang auch Schlafmittel und Bromverbindungen getestet, wobei ein Teil der Prüfungen durchgeführt wurde, um die Betroffenen ohne jede medizinische Indikation zu sedieren.[12] Entsprechende Nebenwirkungen wurden von den Studienverantwortlichen und -durchführenden in Kauf genommen. Mit Blick auf die Geschichte hat es also Gründe, wenn die Medikamentierung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen und Pflegefamilien kritische Aufmerksamkeit erfährt.

Diese Rechtsexpertise stellt in diesem Sinne einen Baustein im Projekt »Verantwortung zwischen Jugendamt, freien Trägern und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Gesundheitsfürsorge – Fall- und Organisationsanalysen für das Jugendamt Bonn« dar, das anlässlich medial skandalisierter Medikamentierung durch den Kinder- und Jugendpsychiater Dr. Michael Winterhoff im Zusammenspiel mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe Fallverläufe des Jugendamtes Bonns analysiert, in denen Winterhoff involviert war. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der spezifischen Situation junger Menschen, die in stationären Kontexten der KJH aufwachsen und in diesem Zusammenhang eine kinder- und jugendpsychiatrische, -psychosomatische bzw. -psychotherapeutische Behandlung benötigen. Ziel ist es, daraus Hinweise zu entwickeln für eine Verbesserung der Kooperation zwischen KJH und KJPP. Durchgeführt wurde die vom Jugendamt Bonn in Auftrag gegebene Studie von April 2022 bis Januar 2024 vom Institut für Soziale Arbeit e. V. (ISA) in Kooperation mit dem SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies sowie Prof. Dr. Michael Kölch, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock.

Diesem Auftrag folgend ist es weder Gegenstand noch Aufgabe der vorliegenden Rechtsexpertise, mögliche strafrechtliche Momente im Kontext der Ereignisse zu erforschen. Vielmehr geht es darum, den Rahmen der Zusammenarbeit zwischen beiden Seiten in der alltäglichen Praxis näher zu umreißen und dabei insbesondere die geteilte Verantwortlichkeit beider Systeme für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und die Wahrung ihrer Rechte in den Blick zu nehmen. Dies erfordert insbesondere eine eingehende Analyse jener gesetzlichen Regelungen, welche die Rechte und Pflichten der maßgeblichen Akteur*innen regeln. Aus familien- und zivilrechtlicher Sicht zählen zu diesen neben den Kindern und Jugendlichen und den behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater*innen

10 Vgl. umfassend bei Fangerau, Topp & Schepker 2017.

11 Vgl. Hähner-Rombach & Hartig 2019, S. 6 f.; ebenso Hartig 2020; Wagner 2016.

12 Hartig 2020, S. 2 f.

und -psychotherapeut*innen, zwischen denen der Behandlungsvertrag zustande kommt (§ 630a BGB), die Eltern oder die Vormünder*Vormundinnen bzw. Ergänzungspfleger*innen als Träger der elterlichen Sorge bzw. Sorgeverantwortung (§§ 1626, 1789 BGB), die Fachkräfte in den Einrichtungen sowie die Pflegeeltern als Erziehungsberechtigte (§ 1688 BGB). Die Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst der Jugendämter stehen bei diesen Rechtsbeziehungen als Verantwortliche für den Hilfeprozess (§§ 36, 37 ff. SGB VIII) nur am Rande (siehe Schaubild 1).

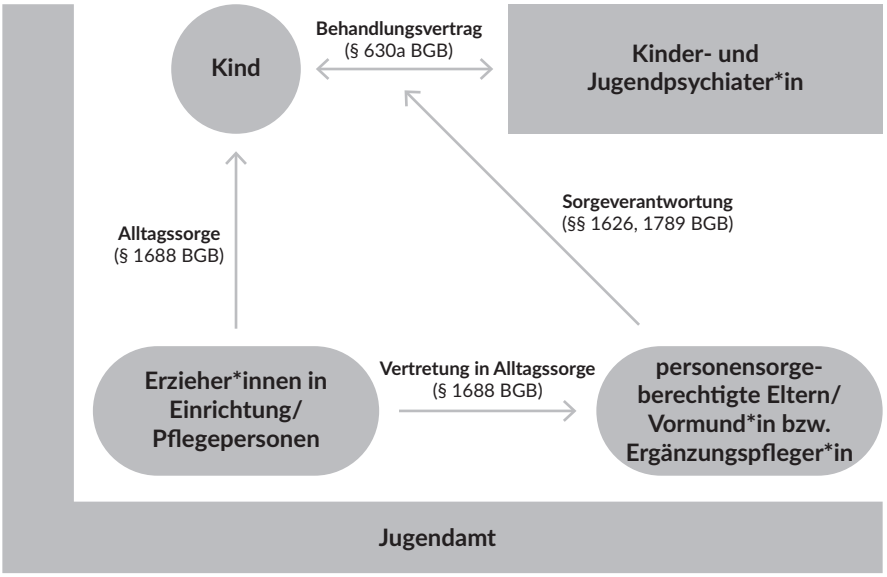


Abbildung 1: Akteur*innen in Verantwortung für die psychische Gesundheit von untergebrachten Kindern und Familien – sowie zivilrechtliche Beziehungen

Neben, quer zu oder verschränkt mit den familien- bzw. zivilrechtlichen Beziehungen stehen die sozialleistungsrechtlichen Beziehungen. Während das Jugendamt als Sozialleistungsträger im familien-, insbesondere sorgerechtlichen Beziehungsgeflecht (Schaubild 1) nur als rahmender Moderator am Rand steht, rückt der Träger im sozialrechtlichen Beziehungsgeflecht (Schaubild 2) in die zentrale Rolle bei der Koordination der Hilfen für den jungen Menschen im Rahmen der Hilfeplanung nach §§ 36, 37 SGB VIII. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie begleitet den Hilfeprozess in der Einrichtung oder Pflegefamilie (§ 36 Abs. 4 SGB VIII) und ist Leistungserbringer in Bezug auf die Behandlung wegen der psychischen Erkrankung nach SGB V. Die Einrichtung oder Pflegefamilie als Leistungserbringer sind nicht nur Lebensorte, sondern auch der Ort, an welchem die im Leistungsbescheid und in der Hilfeplanung gewährte sowie abgesprochene Hilfe zur Lebensrealität wird. Eltern und Vormünder*Vormundinnen sind über die Hilfeplanung beteiligt und bei Hilfen zur Erziehung als Sorgeberechtigte auch Anspruchsberechtigte (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Wird die Unterbringung als Leistung der Eingliederungshilfe für Kinder und

Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung (§ 35a SGB VIII) oder für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) gewährt, sind die jungen Menschen selbst anspruchsberechtigt. Die Kooperation zwischen der Einrichtung bzw. Pflegefamilie und dem*der Kinder- und Jugendpsychiater*in ist (sozial-)rechtlich nicht determiniert.

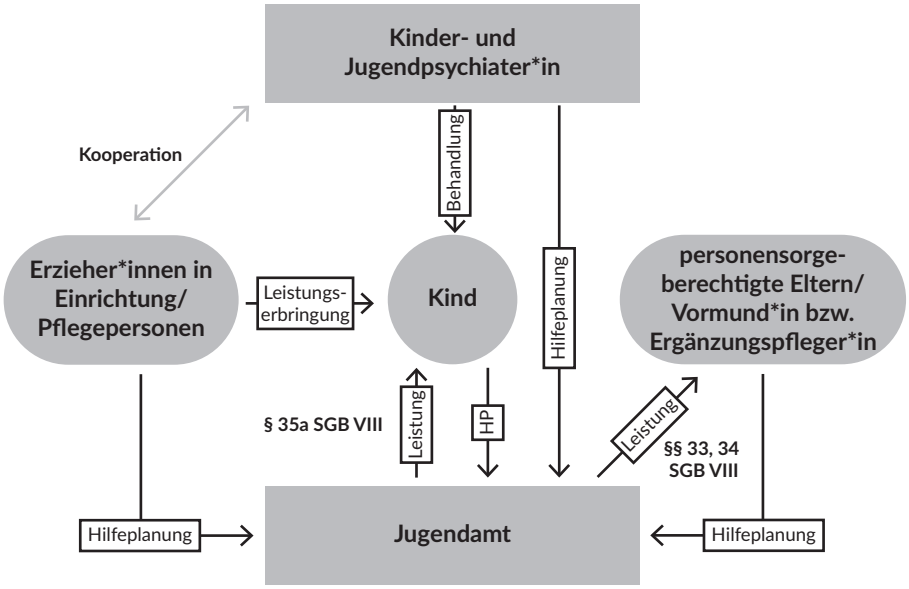


Abbildung 2: Akteur*innen in Verantwortung für die psychische Gesundheit von untergebrachten Kindern und sozialrechtliche Leistungsbeziehungen

Einen Beitrag zur Orientierung für die Praxis kann die Rechtexpertise in diesem vielschichtigen Beziehungsgeflecht nur leisten, wenn sie sich des realen Spannungsfeldes bewusst ist, innerhalb dessen sie entsteht und sich bewegt. So lässt sich unter aufmerksamkeitsökonomischen Gesichtspunkten nachvollziehen, dass öffentliche Berichterstattung und damit verbundene Diskurse über die Kooperationsbeziehung zwischen KJH sowie KJPP ihr Augenmerk vorrangig auf die problematischen Dimensionen legt. Dies kann zudem ein erster wesentlicher Bestandteil eines Aufarbeitungsprozesses sein. Deshalb erscheint geboten und wichtig, sich die problematischen Dimensionen der Kooperationsbeziehung – auch in ihrem historischen Ausmaß und stets mit Blick auf die Betroffenen – zu vergegenwärtigen, Risiken aufzuzeigen und Unrecht zu benennen, das jungen Menschen widerfahren ist oder sein könnte. Gleichzeitig ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass die Kooperation zwischen KJH und KJPP für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen essenziell sein kann für ein förderliches Aufwachsen, erfolgreiches Bewältigen von Krisen, eine Stabilisierung der Gesundheit und für selbstbestimmte Teilhabe. Die Rechtsexpertise analysiert, wer dafür welche Verantwortung trägt und Gewähr übernehmen kann, soll oder muss, dass die förderlichen Seiten der Zusammenarbeit zum Tragen kommen.

Sowohl ausgehend von den Fachverbänden der KJH und der KJPP als auch von Seiten der Politik gibt es immer wieder Impulse, welche darauf abzielen, die jeweils eigenen systemischen Logiken gut miteinander ins Gespräch zu bringen und die bestehenden Kooperationen kontinuierlich zu verbessern.[13] Im Mittelpunkt des Austauschs stehen dabei die Bedarfe der betroffenen jungen Menschen und die Fragen, wie diesen Raum und Unterstützung zur Entfaltung ihrer Potenziale geboten werden kann sowie was die Fachkräfte und Institutionen aus beiden Systemen leisten können, um eine Hilfe zu gestalten, welche dem komplexen Bedarf der gemeinsamen Adressat*innen (möglichst) gerecht wird.[14]

Dahingehend ist zu berücksichtigen, dass eine psychische Belastung bzw. Erkrankung nicht ausschließlich durch die Linse einer fachärztlichen Diagnose betrachtet werden muss. Vielmehr sind auch andere kontextuelle Ursachen in den Blick zu nehmen, auf deren Grundlage sich ein bio-psycho-sozio-kulturelles Verständnis der psychischen Belastung bzw. Erkrankung entwickeln lässt.[15] Ausgehend von dieser Betrachtungsweise kann der Beitrag, den die KJH zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen leistet, gerade in der Verfolgung ihrer primären Aufträge liegen (Stärkung sozialer Beziehungen, Verbesserung der Lebensumstände, Förderung von Teilhabe und Abbau von Barrieren).[16]

Im Kontext der Kooperation zwischen KJH und KJPP geht es auch darum, wie die Beziehungskontinuitäten beim Wechsel zwischen den Systemen gewährleistet und die erforderliche medizinische Versorgung durchgängig garantiert werden können.[17] In der Praxis ist zu beobachten, dass die Kooperationsbeziehungen zwischen den Systemen quantitativ zunehmen und dass es seit einigen Jahren beachtliche Anstrengungen zur kontinuierlichen Intensivierung der Kooperation auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene kommt.[18]

Um die positiven Seiten der Kooperation zum Tragen zu bringen ist erforderlich, dass KJH und KJPP unter Anerkenntnis der unterschiedlichen Perspektiven auf die Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der jeweils eigenen fachlichen Standards ein gemeinsames Verständnis entwickeln, wie die Situation verbessert werden kann.[19] Dies setzt die Reflexion und den Abbau (noch) bestehender Macht- und Statusunterschiede zwischen den verschiedenen Professionen voraus, um eine nicht hierarchische Begegnung zweier Partner zu ermöglichen, bei der beide Systeme gleichermaßen ihren wichtigen Beitrag für das Aufwachsen junger Menschen leisten.[20] Darüber hinaus gilt es,

13 Kölch et al. 2015; AGJ 2015; MAGS MV 2011; SenGSV & SenBJS Berlin 2003; BSGFV Hamburg 2007.

14 AGJ 2015, S. 3.

15 Seckinger 2023, S. 6.

16 Seckinger 2023, S. 8.

17 Vgl. AGJ 2015, S. 1.

18 Stellvertretend AGJ et al. 2018.

19 Kölch et al. 2015, S. 2.

20 AGJ 2015, S. 5.

die Streitigkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) und der KJH (SGB VIII) zu lösen, die hinsichtlich der Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen entstehen.[21] In diesem Zusammenhang stellt sich die grundsätzliche Frage, welche Ressourcen die Gesellschaft bereitzustellen bereit ist, um die Entwicklungswege jener Kinder und Jugendlichen mit komplexen, disziplinenübergreifenden Problemlagen zu ermöglichen und zu gestalten.[22]

Für einen gewichtigen Teil der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und Familien gehören Fragen der seelischen Gesundheit sowie sich daraus ergebende Beeinträchtigungen und Probleme zu ihrem Alltag. Fast 20 % der Kinder und Jugendlichen sind von einer psychischen Störung betroffen bzw. erkranken im Laufe eines Jahres an einer solchen. Dabei bilden Angststörungen, depressive, hyperkinetische sowie dissoziale Störungen (dauerhaft aufsässiges und aggressives Verhalten) die häufigsten Formen.[23] Für deren Behandlung darf die Bedeutung psychopharmakotherapeutischer Interventionen weder überschätzt noch negiert werden. Die Gabe von Psychopharmaka und anderen Medikamenten bildet einen wesentlichen Bestandteil einer multimodalen Therapie.[24] Insgesamt ist zu beobachten, dass entsprechende Verordnungen an Kinder und Jugendliche in Deutschland ansteigen,[25] bspw. auch die Verordnung von Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen zunimmt.[26] Nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern auch und gerade für die stationären Kontexte der Kinder- und Jugendhilfe bilden psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter eine zunehmend wichtige Rolle. Verschiedene internationale Studien im deutschsprachigen Raum kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass durchschnittlich 60 % bis 80 % der Kinder und Jugendlichen, die in einer Einrichtung aufwachsen, an mindestens einer nach standardisierten Kriterien feststellbaren psychischen Diagnose leiden.[27]

Stationäre erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfen und Hilfen für junge Volljährige in Einrichtungen und Pflegefamilien sollen die elterliche Erziehung unterstützen, das Kindeswohl gewährleisten und das Recht auf Förderung der Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit verwirklichen (vgl. § 1 Abs. 1 SGB VIII). Zum 31. Dezember 2021 wuchsen rund 210.000 junge Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe auf, davon 122.659 Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in Einrichtungen (§§ 34, 35a, 41 SGB VIII) und 87.329 in Pflegefamilien (§§ 33, 35a, 41 SGB VIII).[28] Die hohe Zahl an jungen Menschen, die in der Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe aufwachsen, in Zusammenschau

21 Kölch et al. 2015, S. 2.

22 AGJ 2015, S. 3.

23 BPTK 2020, S. 1.

24 Fegert at al. 2017, S. 97.

25 Franke et al. 2016.

26 Vgl. Abbas et al. 2016.

27 Fegert et al. 2017, S. 120.

28 Destatis 2022.

mit dem hohen Anteil derjenigen, die innerhalb dieser Gruppe mit einer psychischen Krankheit leben, machen deutlich, wie beständig präsent und hoch relevant eine gelingende Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und KJPP ist.

Die Analyse der rechtlich zugewiesenen Verantwortlichkeiten will einen orientierenden Rahmen für die Kooperationsbeziehung skizzieren und damit die Fachkräfte in ihrer Aufgabenwahrnehmung und Rollenklarheit unterstützen. Zum einen geht es darum, die Rechte der jungen Menschen und deren Schutz vor Machtmissbrauch zu stärken. Zum anderen werden Vorgaben und Verfahren herausgearbeitet, die der Alltäglichkeit eines Aufwachsens mit psychischer Erkrankung sowie dem verantwortungsvollen Umgang mit Medikamentengabe in den stationären Hilfen nach SGB VIII sowie in der Hilfeplanung durch die Jugendämter gebührend Rechnung tragen.

Nach einer verfassungsrechtlichen Einordnung der Therapie (2) geht die Expertise auf die Anforderung bei der Aufklärung (3) und die Einwilligung in die Behandlung (4) ein. Die Expertise schließt mit einer Zusammenfassung, in welcher die Rechte und Pflichten sowie deren Aushandlung aus dem familien- und zivilrechtlichen Beziehungsgeflecht den begleitenden Aufgaben der Akteur*innen in der Kinder- und Jugendhilfe an die Seite gestellt werden (5). Erstere werden in den folgenden Abschnitten ausgeführt und es wird hierbei der Stand des rechtlichen Diskurses hierzu dargestellt. Letztere, also die Relevanz für die Beratungs- sowie Erziehungsaufgaben der Akteur*innen der Kinder- und Jugendhilfe und für die Hilfeplanung sowie die Kooperation zwischen KJH und KJPP, werden am Ende der jeweiligen Abschnitte in Kästen skizziert.

2.3 Verfassungsrechtliche Einordnung: ärztliche Therapie als Eingriff

Psychopharmaka und andere Medikamente stellen eine Form ärztlicher Therapie dar. Im Gesetz wird die Thematik ärztlicher (Heil-)Eingriffe sowie die damit zusammenhängenden Fragestellungen und Probleme insbesondere unter dem Schlagwort des Behandlungsvertrages geregelt (vgl. §§ 630a–630h BGB). Um die Bedeutung dieser umfassenden Regelungen zu verstehen, ist es wichtig, sich ihres verfassungsrechtlichen Ausgangspunktes zu vergegenwärtigen.

In ihrem Grundrechtskatalog (Art. 1–19 GG) schützt die deutsche Verfassung an vorderer Stelle das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Technisch gesprochen meint dies den Schutz der Ungestörtheit der Körpersphäre im biologisch-physiologischen Sinne vor sämtlichen unmittelbaren und mittelbaren Eingriffen.[29] Der Schutz dieses Grundrechts erstreckt sich jedoch nicht nur auf mutwillige Verletzungen des eigenen Körpers durch jegliche Formen von Gewalt. Umfasst sind zunächst auch sämtliche invasive medizinische Therapien wie beispielsweise Operationen oder die Gabe

29 Jarass/Pieroth/Jarass 2020, Art. 2 Rn. 83, 87 ff.

von Medikamenten.[30] Dies gilt selbst für »kunstgerecht durchgeführte« Eingriffe.[31] Dieser Umstand ergibt sich aus dem spezifischen Verständnis des deutschen Verfassungsrechts. So kann ein bestimmtes Verhalten zwar zunächst in ein Grundrecht eingreifen, indem es dessen Träger*in daran hindert, von der geschützten Freiheit vollumfänglich Gebrauch zu machen. Insofern dieser Eingriff aber durch rechtlich bestimmte Umstände gerechtfertigt ist, stellt er keine Verletzung des Grundrechts dar und ist somit zulässig.

Stellt eine ärztlich invasive Therapie somit einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit des*der (minderjährigen) Patienten*Patientin dar, ist die Frage nach den Voraussetzungen zu beantworten, die erfüllt sein müssen, damit der Eingriff gerechtfertigt ist. Dies wird verfassungsrechtlich bestimmt und durch die zivilrechtlichen Regelungen zum Behandlungsvertrag konkretisiert. Die zwei zentralen Elemente für die Rechtfertigung und der damit verbundenen Zulässigkeit des Eingriffs sind die rechtsverbindliche Einwilligung in die Behandlung sowie die dieser vorausgehende ordnungsgemäße Aufklärung. So kann der*die Träger*in des Grundrechtes auf körperliche Unversehrtheit selbst über die Ausübung dieser Freiheit entscheiden und deshalb von sich aus in rechtfertigender Weise in einen Eingriff in dieselbe einwilligen. Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme – und zwar insbesondere vor Eingriffen in den Körper oder die Gesundheit – ist die*der Behandelnde dazu verpflichtet, die Einwilligung des*der zu Behandelnden einzuholen (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). Die rechtlichen Regelungen zum Behandlungsvertrag dienen dabei nicht nur dem Schutz des Grundrechtes der Patient*innen auf Leben und körperliche Unversehrtheit, sondern haben darüber hinaus eine wesentliche Bedeutung für deren allgemeines Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG).[32] Deshalb muss eine Einwilligung nicht nur bei besonders invasiven ärztlichen Eingriffen eingeholt werden, sondern im Sinne des Gesetzgebers grundsätzlich auch bei allen »sonstigen therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung«.[33]

Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) steht das Grundrecht auf medizinische Selbstbestimmung, welches teilweise aus ersterem bzw. teilweise aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG) abgeleitet wird.[34] Daraus ergibt sich das Gebot, dass eine medizinische Maßnahme grundsätzlich nur mit Einwilligung des Patienten*der Patientin selbst erfolgen darf.

In diesem Zusammenhang stellt sich die wesentliche Frage, bis zu welchem Punkt die Erziehungsberechtigten bzw. andere rechtliche Vertreter*innen des Kindes für dieses einwilligen dürfen bzw. müssen und ab welchem Zeitpunkt Minderjährige selbst ihre grundrechtlichen Freiheiten ausüben können. Hierbei geht es in vielfältiger Form um die

30 Vgl. BVerfGE 128, 282 (Rn. 40).

31 Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630d Rn. 1.

32 Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630d Rn. 3.

33 BT-Drs. 17/10488, S. 23.

34 Coester-Waltjen 2012, S. 553; Nebe 2017, S. 86 m.w.N.

Frage, ab wann und in welchen Weisen Kinder und Jugendliche an den Prozessen der Aufklärung und Einwilligung zu beteiligen sind. Die einwilligende Person muss außerdem im juristischen Sinne einwilligungsfähig sein.[35] Dies setzt voraus, dass die*der Behandelte dazu in der Lage ist, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme zu erfassen, um somit deren Nutzen und Risiken gegeneinander abwägen sowie eine auf dem eigenen Willen fußende, eigenverantwortliche Entscheidung darüber treffen zu können.[36] Doch auch in Fällen, da Minderjährige diese komplexen Reflexionen noch nicht selbstständig leisten können, ist ihnen unter bestimmten Voraussetzungen ein Mitsprache- bzw. Vetorecht hinsichtlich sie betreffende medizinische Behandlungen zuzugestehen. Sorgeberechtigte sowie Kinder- und Jugendpsychiater*innen sind entsprechend dazu aufgefordert, den betroffenen Kindern und Jugendlichen in gebührendem Maße Gehör zu schenken. Gleichzeitig müssen sie Wege finden, die mitunter komplexen und in jedem Fall stets persönlichen bzw. intimen medizinischen Vorgänge transparent und altersgerecht mit den Minderjährigen ins Gespräch zu bringen. Die Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe, sowohl im Jugendamt als auch in den Einrichtungen, sowie die Pflegeeltern sind im Zuge der Einwilligung in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur in ihrer Beratungsaufgabe (§ 8 SGB VIII) und in ihrem Auftrag zur Förderung der Entwicklung und zur Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) gefragt. An der Entscheidung über die Behandlung sind sie nicht beteiligt, denn diesseits der Kindeswohlgefährdung hat die Kinder- und Jugendhilfe nur ein vom Elternrecht in Art. 6 Abs. 2 GG abgeleitetes Erziehungsrecht (vgl. § 9 Nr. 1 SGB VIII).[37]

Wirksam ist die Einwilligung in die Behandlung nur dann, wenn sie nach einer zuvor erfolgten ordnungsgemäßen ärztlichen Aufklärung stattgefunden hat.[38] Kinder sowie Jugendliche sind in jedem Fall eigenständig aufzuklären und zwar unabhängig davon, ob sie bereits einwilligungsfähig sind, d. h. über die Vornahme der sie betreffenden Behandlung (mit)entscheiden dürfen. Die ärztliche Aufklärung bezieht sich auf alle für die Behandlung wesentlichen Umstände. Dazu zählen »insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie« (§ 630e Abs. 1 S. 2 BGB). Primäres Ziel der Aufklärung ist, dem*der Behandelten ein im »Großen und Ganzen« zutreffendes Bild der Behandlung, einschließlich der erwartbaren Risiken und Nebenwirkungen zu vermitteln, um diese*n so zu einer eigenen Urteilsfindung zu befähigen.[39]

35 BVerfGE 128, 282 (Rn. 41).

36 Vgl. Lohse et al. 2018, S. 33; vgl. BGH Urteil vom 16.11.1971 – VI ZR 76/70 (Rn. 21 f.); MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 40.

37 Wiesner/Wapler/Wapler 2022, § 1 SGB VIII Rn. 17 f.; Münder/Meysen/Trenczek/Meysen 2022, § 1 SGB VIII Rn. 10; Brandt & Meysen 2022, S. 33 f.

38 BVerfGE abw. M. 52, 131 (Rn. 128 ff.), BGHZ 106, 391 (Rn. 9 ff.).

39 Std. Rspr. BGH vgl.: BGH, Urteil vom 28. Februar 1984 – VI ZR 70/82 (Rn. 11).

Diese zunächst für Erwachsene entwickelten Anforderungen sind wiederum der individuellen Situation, insbesondere dem Reifegrad des Kindes bzw. dem*der Jugendlichen im Einzelfall anzupassen. Es gilt folglich eine den Verständnismöglichkeiten der Adressat*innen entsprechende Ansprache sowie Erläuterung der wesentlichen Informationen zu finden. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie im kooperativen Verhältnis von KJH und KJPP bei der Vermittlung der Diagnose einer psychischen Erkrankung die Bedarfe der betroffenen Kinder und Jugendlichen in den Mittelpunkt gestellt und wie diesen Raum sowie Unterstützung zur Entfaltung ihrer Potenziale geboten werden kann. Die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sind gesetzlich explizit aufgefordert, Kinder und Jugendliche »in einer für sie verständlichen, nachvollziehbaren und wahrnehmbaren Form« zu beteiligen und zu beraten (§ 8 Abs. 4 SGB VIII). Für den Bereich ärztlicher Behandlung gelten vergleichbare Maßstäbe (§ 630d BGB; näher siehe unten Kapitel 2.4.1).

Zunächst sollte somit in einem durch den*die behandelnde*n Kinder- und Jugendpsychiater*in bzw. -psychotherapeut*in verantworteten und durch die Sorgeberechtigten unterstützten Prozess frühzeitig auf Seiten der betroffenen Minderjährigen ein Verständnis für die Erkrankung geschaffen werden. Letztere sollten dazu befähigt werden, die Krankheit anzunehmen und somit einen eigenständigen Umgang mit dieser finden zu können, ohne sich ausschließlich oder primär über die Erkrankung definieren zu müssen. Es bedarf an dieser Stelle der klaren Differenzierung, dass sie die Diagnose zwar gestellt bekommen haben, diese aber nicht sind. Gleichzeitig muss den Kindern und Jugendlichen der erforderliche Raum für ihren eigenen Verarbeitungs- und Annahmeprozess geboten werden. Hier sind insbesondere auch die Fachkräfte in den Einrichtungen sowie die Pflegeeltern gefragt[40] so wie im Zuge des Prozesses, in dem es perspektivisch darum geht, dass die Betroffenen einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung erlernen. Dies erfordert ein gebührendes Maß an Anerkennung ihrer spezifischen Herausforderung und Unterstützung im Umgang mit dieser.

Ziel der ordnungsgemäßen Aufklärung des Patienten*der Patientin ist, diese zu befähigen, eine informierte Entscheidung über die (Nicht-)Vornahme der sie*ihn betreffenden Behandlung abzugeben. Dies wird in der Praxis auch als »informed consent« bezeichnet.[41] Allein eine so erteilte Einwilligung in die Behandlung kann die mit einer ärztlichen Therapie verbundenen Eingriffe in die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG iVm Art. 1 Abs. 1 GG) rechtfertigen. Sind Eltern oder andere für die Gesundheitssorge als Teil des Erziehungsrechts zuständige Sorgeberechtigte dazu verpflichtet, die erforderliche Einwilligung stellvertretend für den*die oder in Kooperation mit dem*der Minderjährigen abzugeben, müssen die erwachsene vertretungsberechtigte Person sowie die*der Behandelnde stets sicherstellen, dass die Voraussetzungen des informed consent erfüllt sind.

40 AGJ et al. 2018; Meysen et al. 2023.

41 Differenzierend zum Konzept des informed consent Magnus 2017, S. 112 ff.

2.4 Aufklärung

2.4.1 Adressat*in der Aufklärung

Der erste wesentliche Baustein des informed consent ist eine ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten*der Patientin. Nur wenn diese zuvor stattgefunden hat, kann eine anschließend erteilte Einwilligung den Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit rechtfertigen (vgl. § 630e BGB).[42] Ist dieses Erfordernis nicht erfüllt, ist selbst eine von einer dazu fähigen und befugten Person erteilte Einwilligung letztlich unwirksam und der medizinische Eingriff als Körperverletzung zu werten.[43] Bei Minderjährigen ist grundsätzlich umstritten, ob und wann diese selbstständig in eine sie betreffende ärztliche Therapie einwilligen dürfen (vgl. dazu unten 3.3). Die Aufklärung ist vorrangig gegenüber jener Person vorzunehmen, von deren Einwilligung letztlich die Rechtmäßigkeit des Eingriffs abhängt.[44] Dies ist im Regelfall der*die Patient*in selbst (vgl. § 630e Abs. 1 S. 1 BGB).[45] Ist aber anstelle eines*einer Minderjährigen nur ein*e erwachsene*r Vertretungsberechtigte*r dazu befugt, die Einwilligung zu erteilen, muss zunächst diese*r nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften aufgeklärt werden (§ 630d Abs. 4 BGB).

Diese Regelung erscheint insofern als irreführend, als dass sie den Eindruck erweckt, dass die*der Minderjährige in solch einem Fall nicht selbst aufgeklärt werden bräuchte. Verstärkt wird dieser Eindruck durch den besonderen Fokus der zivilrechtlichen Regelungen zum Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB). Diese sowie die einschlägige Rechtsprechung setzen sich vornehmlich mit der Frage auseinander, wann Ärzt*innen für mögliche Behandlungsfehler haftbar, d. h. unter welchen Umständen gegen sie von den Behandelten Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können. Aus diesem spezifischen Blickwinkel heraus wird argumentiert, dass die in Frage kommenden Schadensersatzansprüche, die bei einem Ausbleiben der Aufklärung eines*einer einwilligungsunfähigen Minderjährigen entstehen könnten, »mit der Architektur der Arzthaftung indessen kaum vereinbar« seien.[46] Folglich würde einem Arzt*einer Ärztin zunächst kein (monetärer) Schaden entstehen, wenn er*sie eine minderjährige Person, welche selbst noch nicht in die eigene Behandlung einwilligen kann, nicht aufklären würde – vorausgesetzt diese Aufklärung würde in ordnungsgemäßer Weise gegenüber dem*der Vertretungsbefugten geschehen.

Mit der Problematik der vermeintlichen Entbehrlichkeit der Aufklärung korrelieren zudem Forschungsbefunde zu diesem Thema. Diese weisen darauf hin, dass Kinder und

42 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 5; vgl. Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630d Rn. 14.

43 Vgl. BGHZ 29, 46 (Rn. 13.); 29, 176 (Rn. 15).

44 Müko/Wagner 2020, § 630e BGB Rn. 59.

45 OLG Karlsruhe, Urteil vom 19. März 1997 – 13 U 42/96 (Rn. 30).

46 MüKo/Wagner 2020, § 630e BGB, Rn. 61; ausführlich bei Hegerfeld 2018, S. 175 ff.; a.A. Kreße 2015, S. 95; kritisch Erb 2018, S. 286 f.

Jugendliche weder in gebührendem Maße über Sinn und Zweck der sie betreffenden Behandlung informiert noch regelmäßig in wichtige, sie betreffende Entscheidungen einbezogen werden.[47] Aus rechtlicher Sicht sind Kinder und Jugendliche aufgrund verfassungs- und menschenrechtlicher Vorgaben in jedem Fall – d. h. auch unabhängig davon, ob sie letztlich eine rechtswirksame Einwilligung erteilen können – über sie betreffende Behandlungen aufzuklären (Art. 12 UN-Kinderrechtskonvention).[48] Dies hat das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil aus dem Jahr 2011 noch einmal ausdrücklich klargestellt.[49] Zwar kann die Aufklärung einer einwilligungsunfähigen Person nicht die Funktion erfüllen, die Grundlage einer rechtfertigenden Einwilligung zu bilden. Unabhängig davon jedoch hat die*der Einwilligungsunfähige einen Anspruch, »über das Ob und Wie einer ihn*sie betreffenden Behandlung grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen zu werden«.[50]

Zur Begründung eines Anspruchs der Betroffenen, den eigenen Verständnismöglichkeiten entsprechend über die beabsichtigte Behandlung sowie ihre Wirkungen informiert zu werden, verweist das Bundesverfassungsgericht auf Grundsatz 11 Abs. 9 der UN-Konvention zum Schutz von psychisch Kranken. Demnach ist in Fällen, da der*die psychisch erkrankte Patient*in einwilligungsunfähig ist, jede Anstrengung zu unternehmen, um diese*n über die Art der Behandlung sowie etwaige Alternativmöglichkeiten in Kenntnis zu setzen und ihn*sie so weit wie praktisch möglich, in die weitere Gestaltung des Behandlungsplans mit einzubeziehen.

Aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts schützt die ärztliche Aufklärung die Grundrechte des*der Betroffenen folglich nicht nur als Grundlage einer informierten Entscheidung über die (Nicht-)Vornahme der Behandlung. Vielmehr geht es grundsätzlich und dies insbesondere im Falle der Behandlung einer einwilligungsunfähigen Person darum, dass diese nicht zum bloßen Verfügungsobjekt fremder Entscheidungen gemacht werden darf. Wenngleich diese (noch) nicht selbstständig davon Gebrauch machen kann, stehen auch ihr die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG) zu.[51] Letzteres enthält zudem einen ausdrücklichen Bezug zur Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), welche den Mittelpunkt des von der deutschen Verfassung etablierten Wertesystems bildet. Diese verbietet es grundsätzlich im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen einer Person, Rechte an einer anderen einzuräumen, wenn diese nicht zugleich pflichtgebunden ist und die Menschenwürde des*der Anderen respektiert.[52]

Diesem durch das Bundesverfassungsgericht konkretisierten Rechtsgedanken hat der Gesetzgeber durch die Regelung des § 630e Abs. 5 BGB schließlich Rechnung getra-

47 Fegert et al. 2017, S. 119 m.w.N.

48 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 9.

49 Vgl. BVerfGE 128, 282.

50 BVerfGE 128, 282 (Rn. 59).

51 Vgl. Kreße 2015, S. 93 f.

52 BVerfGE 24, 119 (Rn. 58).

gen[53]. Ausgehend von der Norm ließe sich für einwilligungsunfähige Minderjährige eine »aufklärungsähnliche Erläuterung« fordern.[54] Den Betroffenen wären folglich sämtliche wesentliche Umstände (vgl. § 630e Abs. 1 S. 1 BGB) entsprechend ihren individuellen Verständnismöglichkeiten zu erläutern.[55] Folglich wären dieselben Aufklärungspflichten, wie sie einwilligungsfähigen Personen gegenüber gelten (siehe dazu unten Kapitel 2.4.4), zugrunde zu legen und entsprechend der Verstandesreife des*der minderjährigen Adressaten*Adressatin im Einzelfall anzupassen. Dementsprechend kann die Aufklärung nur eingeschränkt werden bzw. unterbleiben, wenn sie dem Wohlergehen des*der einwilligungsunfähigen Patienten*Patientin zuwiderlaufen würde (vgl. § 630e Abs. 5 BGB).[56] Wann genau und vor allen Dingen wie eine dem Verständnishorizont der Adressat*innen gerechte Aufklärung aussehen kann, muss im Einzelfall entschieden werden. Verantwortet werden diese Prozesse aufgrund ihrer fachlichen Expertise maßgeblich von den behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen, welche zudem in der Kooperation mit den Sorgeberechtigten das spezifische Wissen um die individuelle Situation und Bedürfnisse des*der einwilligungsunfähigen Minderjährigen einbringen können.

Dass der*die einwilligungsunfähige Minderjährige – unabhängig von möglichen arzthaftungsrechtlichen Schadensersatzansprüchen – entsprechend den eigenen Verständnismöglichkeiten aufzuklären ist, entspricht schließlich auch dem Bedeutungsgehalt des Elterngrundrechts sowie den reformierten Regelungen zur Vormundschaft. Zwar verleiht die deutsche Verfassung den Eltern das Grundrecht, ihr Kind gemäß ihren Vorstellungen zu pflegen und zu erziehen (vgl. Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG). Doch auch in seiner teilweise »herrschaftlichen Dimension« sind die Erziehungsberechtigten dazu angehalten, dieses Recht immer mit Blick auf die Bedürfnisse, Interessen und Rechte des Kindes ausgerichtet auszuüben. Im Mittelpunkt des grundgesetzlichen Wertesystems steht die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG). Diese verbietet es im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen von vorneherein, einer Person die uneingeschränkte Verfügungsgewalt über eine andere einzuräumen.[57]

Die vormundschaftliche Beziehung zum Kind ist der elterlichen zwar nicht gleichzusetzen, dieser aber in Bezug auf Entscheidungen zum Wohl des Kindes in wesentlichen Teilen nachgebildet.[58] Durch die jüngste Reform des Vormundschaftsrechts wird die Wahrnehmung der Personensorge auf explizite Rechte des Kindes bzw. des*der Jugendlichen gegenüber dem*der Vormund*in bezogen.[59] Dazu gehört, dass der*die Vormund*in den Willen des Mündels zu achten und diesen an ihn betreffenden Angelegenheiten zu be-

53 BT-Drs. 17/11710, S. 29.

54 Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630e BGB Rn. 13; BT-Drs. 17/11710, S. 29.

55 Vgl. Erb 2018, S. 286.

56 Vgl. dazu auch BVerfGE 128, 282 (Rn. 59).

57 Dazu ausführlich Brandt & Meysen 2022, S. 31.

58 Katzenstein/Meysen/Urban-Stahl 2021, S. 14.

59 Vgl. ausführlich Lohse & Wunderlich 2021.

teiligen hat, soweit dies nach seinem Entwicklungsstand angezeigt ist (vgl. § 1788 Nr. 4 und 5 BGB).

Sowohl im Rahmen der Beziehung zu den Eltern als auch in jener zum*zur Vormund*in muss es dem*der Minderjährigen möglich sein, einen eigenen Willen bilden und diesen ausagieren zu können. Um dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen diesen Prozess mit Blick auf eine ihn*sie betreffende medizinische Behandlung zu ermöglichen, muss er*sie aufgeklärt werden. Dies gilt auch gegenüber (noch) einwilligungsunfähigen Personen. Diese sind ebenfalls regelmäßig dazu in der Lage, sich einen natürlichen Willen bilden zu können und zudem nehmen sie in jedem Fall wahr, was mit ihnen geschieht.[60]

Neben der Pflicht der Sorgeberechtigten zur Berücksichtigung der wachsenden Fähigkeit und des wachsenden Bedürfnisses zu selbstständigem verantwortungsbewusstem Handeln und der Pflicht, die Angelegenheit mit den Kindern und Jugendlichen zu besprechen und Einvernehmen anzustreben (§ 1626 Abs. 2 [iVm § 1793 Abs. 1 S. 1] BGB) ist die Förderung einer Entwicklung sowie die Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und dadurch gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (vgl. § 1 Abs. 1 SGB VIII) primäres pädagogisches Ziel. Kinder und Jugendliche in sie betreffende, höchstpersönliche Vorgänge wie ärztliche Behandlungen einzubinden, gehört zweifellos dazu. Dies gilt zudem in praktischer Hinsicht, da die entsprechenden Therapien von den Minderjährigen angenommen und von diesen mitgetragen werden müssen.[61] Zwar gibt es bislang relativ wenig Forschung zu Partizipationsbedürfnissen Minderjähriger hinsichtlich einer sie betreffenden medizinischen Behandlung. Jedoch zeigen die vorhandenen Studien, dass das Wissen über die Erkrankung die Motivation zur Behandlung auch dieser Patient*innengruppe beeinflusst.[62] Vereinfacht gesagt, lässt sich die Bereitschaft zur Mitwirkung an der Behandlung durch die Betroffenen steigern, indem diese aufgeklärt werden.

Aus rechtlicher Sicht ist jedenfalls festzuhalten, dass Minderjährige in jedem Fall – d. h. unabhängig von ihren Kompetenzen, über die (Nicht-)Vornahme der Behandlung zu entscheiden – ein Recht auf Aufklärung gegenüber dem*der Behandelnden haben.[63] Diese muss dabei grundlegend in einer den Verständnismöglichkeiten des Adressaten*der Adressatin entsprechenden Weise erfolgen.

Dem entspricht schließlich auch das formelle Kriterium der Aufklärung, demgemäß diese von einer Person durchzuführen ist, »die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt« (§ 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB). Die Sorgeberechtigten selbst erfüllen diese Anforderung regelmäßig nicht. Auch reicht es für eine wirksame Aufklärung des*der Minderjährigen nicht aus, wenn die Eltern bzw. die*der Vormund*in die ihnen von den Behandelnden bereitgestellten Informationen ausschließlich im Sinne

60 MüKo/Wagner 2020, § 630e BGB Rn. 60.

61 Vgl. Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 9; Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630e Rn. 13.

62 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 2.

63 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 3; Hoffmann 2018, S. 185.

eines »Stille-Post-Prinzips« weiterleiten.[64] Eine derart rein mittelbare Aufklärung minderjähriger Patient*innen würde dem Schutzzweck der gesetzlichen Regelungen nicht gerecht. Zu den wesentlichen Zielen der Aufklärung gehört, dass diese ein »im Großen und Ganzen« zutreffendes Bild der Behandlung vermittelt. Dementsprechend haben die Behandelnden sich zu vergewissern, ob ihre Patient*innen im Zuge der Aufklärung (durch Dritte) ein derartiges Verständnis erlangen können.

Fachkräfte in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder Pflegeeltern sind, formal gesehen, weder dafür verantwortlich, über ärztliche Behandlungen aufzuklären, noch aus rechtlicher Sicht an der Aufklärung beteiligt. Ihren Beitrag zu einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie können sie leisten, indem sie die Kinder und Jugendlichen begleiten und ihnen Raum zur Reflexion bieten, was die Therapie für sie bedeutet und wie sie die Erkrankung in ihr Selbst integrieren können. Tauchen dabei Hinweise auf, dass die Kinder und Jugendlichen nicht in vollem Umfang über die Inhalte der Behandlung und deren möglichen Folgen informiert sind, ist dies Anlass, mit ihnen zu klären, ob und wie dies dem*der Kinder- und Jugendpsychiater*in rückgemeldet werden kann.

Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst im Jugendamt sind aufgefordert, sich bei der Beteiligung der Kinder und Jugendlichen an der Hilfeplanung zu vergewissern, ob sie über die Behandlung aufgeklärt sind und ob sie in der Einrichtung zu Fragen der Erkrankung und deren Behandlung gut begleitet werden.

2.4.2 Ziele der Aufklärung

Gesetzlich verankert sind zwei verschiedene Aufklärungspflichten, die weitestgehend dieselben Inhalte, aber unterschiedliche Funktionen haben: Die therapeutische bzw. Sicherungsaufklärung (§ 630c BGB) sowie die Selbstbestimmungsaufklärung (§ 630e BGB).[65] Es handelt sich dabei um zunächst sämtlich dem Arzt*der Ärztin obliegende Pflichten. Diese sind dazu angehalten, dem Patienten*der Patientin alle für den Entscheidungsprozess relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen.

2.4.2.1 Therapeutische bzw. Sicherungsaufklärung

Die therapeutische bzw. Sicherungsaufklärung verfolgt das Ziel, das für den Behandlungserfolg notwendige Zusammenwirken von Behandelndem*Behandelnder und Patient*in sicherzustellen. In der medizinischen Fachsprache wurde lange Zeit und wird zum Teil noch immer der Begriff der »compliance« (Engl. für Zustimmung/Befolgung) genutzt,[66] welcher im übertragenen Sinne auch mit »Therapietreue, Zuverlässigkeit

64 Spickhoff 2018, S. 422.

65 MüKo/Wagner 2020, § 630c BGB Rn. 14; Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630c BGB Rn. 5.

66 Vgl. Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630c BGB Rn. 2.

und Einwilligung« übersetzt werden kann.[67] Dies meint ein Zusammenwirken zwischen Behandelndem*Behandelnder und Patient*in, durch welches der Behandlungserfolg sichergestellt werden soll. Jedoch ist der Begriff zunehmend in die Kritik geraten, weil er das Verständnis eines asymmetrischen Verhältnisses zwischen Arzt*Ärztin und Patienten*Patientin transportiere. Der*die Patient*in werde durch das Compliancekonzept als passive*r Empfänger*in charakterisiert, welchem*welcher im Falle der nicht regelkonformen Befolgung der ärztlichen Anweisung (»Non-Compliance«) einseitig die Schuld bzw. Verantwortung für das Misslingen der Therapie zugewiesen werden könne.[68] Ersetzt wird dieser Begriff insbesondere durch das Konzept der »Adherence« (Adhärenz), welches ein stärker symmetrisches Verständnis zwischen Behandelndem*Behandelnder und Patient*in im Sinne eines partnerschaftlichen Bündnisses bezeichne.[69] Wenngleich in der juristischen Literatur der Compliancebegriff ungeachtet dieser berechtigten Kritik weiterhin Verwendung findet, ist das Verhältnis zwischen den am Behandlungsvertrag beteiligten Parteien durch die einschlägigen gesetzlichen Regelungen als ein kooperativ partnerschaftliches ausgestaltet. Diese sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken (vgl. § 630c Abs. 1 BGB).

Der*die Patient*in soll durch die bereitgestellten Informationen in die Lage versetzt werden, das eigene Verhalten der gewünschten Behandlung entsprechend anzupassen (bspw. korrekte [selbstständige] Einnahme von Medikamenten). Um dies zu erreichen, verpflichtet die Sicherungsaufklärung den Arzt*die Ärztin, den Patienten*die Patientin über sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu informieren. Dazu zählen laut Gesetz insbesondere »die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen« (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB). In der Folge soll die für die Behandlung bzw. Therapie notwendige Adherence geschaffen werden.

Außerdem muss der*die Behandelnde den Patienten*die Patientin über möglicherweise erkennbare Behandlungsfehler oder zusätzliche, von einer Versicherung nicht übernommene Behandlungskosten informieren (vgl. § 630c Abs. 2 S. 2, Abs. 3 BGB). Diese Aufklärungspflicht verfolgt den Schutz der wirtschaftlichen Interessen des Patienten*der Patientin.[70]

Die begriffliche Auseinandersetzung über Machtverhältnisse zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in kann auch als wichtiger Hinweis für die Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe gewertet werden, auf etwaige Machtdisbalancen zu achten und diese gegebenenfalls in der Kooperation ins Gespräch zu bringen. Insgesamt sollten

67 Schäfer 2017, S. 13.

68 Brandenburg, Schleser & Peters 2009, S. 534.

69 Brandenburg, Schleser & Peters 2009, S. 534; ausführlich bei Schäfer 2017, S. 15.

70 MüKo/Wagner 2020, § 630e Rn. 2; ausführlich bei Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630c BGB Rn. 17 ff.

Machtfragen im Verhältnis zu den jungen Menschen regelmäßiger Gegenstand der wechselseitigen Reflexion auch in der Zusammenarbeit sein.

2.4.2.2 Selbstbestimmungsaufklärung

Ergänzend zur therapeutischen tritt die Selbstbestimmungsaufklärung. Diese verpflichtet den*die Behandelnde*n, den Patienten*die Patientin über »sämtliche für die Einwilligung wesentliche[n] Umstände aufzuklären« (§ 630e Abs. 1 S. 1 BGB). Das Kriterium der Wesentlichkeit macht deutlich, dass die Aufklärung entsprechend der konkreten Situation zu begrenzen ist.[71] Dem*der Behandelten soll nicht medizinisches Detailwissen vermittelt werden, sondern die für dessen*deren Einschätzung relevanten Faktoren.[72] Dazu zählen insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten hinsichtlich der angedachten Diagnose bzw. Therapie (§ 630e Abs. 1 S. 2 BGB). Dabei hat der Arzt*die Ärztin die zu behandelnde Person ebenfalls auf Alternativen zur vorgeschlagenen Maßnahme hinzuweisen, »wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können« (§ 630e Abs. 1 S. 3 BGB).

Die Selbstbestimmungsaufklärung dient dem Ausgleich der bestehenden Informationsasymmetrie zwischen Behandelndem*Behandelnder und Patient*in. Im Rahmen der Behandlungsbeziehung verfügt in der Regel der Arzt*die Ärztin über die für die Entscheidungsfindung wesentlichen Informationen und Fachkompetenzen zur Bewertung derselben. Aus rechtlicher Perspektive soll dementsprechend der*die Patient*in in die Lage versetzt werden, Erforderlichkeit, Nutzen und Risiken der Behandlung eigenständig gegeneinander abwägen und auf dieser Grundlage frei sowie autonom über die Vornahme oder Nichtvornahme des Eingriffs bzw. der Behandlung entscheiden zu können.[73] Dementsprechend hat der*die Behandelnde zwar die Möglichkeit, eine Empfehlung auszusprechen, insbesondere, wenn mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Wahl stehen. Er*sie darf den Patienten*die Patientin aber nicht von vornherein in eine bestimmte Richtung drängen.[74] Entscheidend ist, dass das Gespräch ergebnisoffen geführt wird und dem Patienten*der Patientin das gewünschte Therapieziel sowie die dafür zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen, inklusive ihrer Erfolgschancen, Risiken und Nebenwirkungen, in einer ihm*ihr verständlichen Weise erläutert werden.[75] In diesem Zusammenhang ist stets zu berücksichtigen, dass auch die Nichtbehandlung eine mögliche Therapieform darstellen kann.

71 Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630e Rn. 2.

72 Vgl. BT-Drs. 17/10488, S. 24.

73 MüKo/Wagner 2020, § 630e Rn. 2.

74 Vgl. MüKo/Wagner 2020, § 630e Rn. 4.

75 Vgl. Janssens et al. 2012, S. 648.

Um diesen Zweck zu erfüllen, muss die Selbstbestimmungsaufklärung vollständig und – wenngleich dies nicht ausdrücklich normiert ist – wahrheitsgemäß erfolgen.[76] Die dem Patienten*der Patientin im Zuge der Aufklärung vermittelten Informationen müssen richtig sein. Eine der Wahrheit entsprechende Darstellung aller für die Entscheidungsfindung relevanten Umstände setzt dabei auch voraus, dass Diagnosen medizinischen Standards entsprechen bzw. gegebenenfalls explizit darauf aufmerksam gemacht wird, dass es sich um eine neuartige, fachlich umstrittene oder noch nicht gefestigte Diagnose handelt. Schließlich können diese Umstände für die Entscheidungsfindung des Patienten*der Patientin wesentliche Faktoren sein.

Die Fachkräfte in der Einrichtung und die Pflegeeltern können in der Kooperation eine wichtige Rolle übernehmen, indem sie die Reflexion über die Wahrung der Selbstbestimmungsrechte und die Eröffnung von Möglichkeitsräumen zur Selbstbestimmung im Verhältnis zum Arzt*zur Ärztin regelhaft anstoßen. Der Allgemeine Soziale Dienst im Jugendamt ist die Instanz, die dabei auch die Möglichketen der jungen Menschen zur Selbstbestimmung im Verhältnis zu den Sorgeberechtigten (Eltern, Vormund*in, Ergänzungspfleger*in), zu der Einrichtung bzw. Pflegefamilie sowie in der Kooperation zwischen Einrichtung bzw. Pflegeeltern und Kinder- und Jugendpsychiater*in regelhaft reflektierend ins Gespräch bringen kann.

2.4.2.3 Mitwirkungsobliegenheiten des*der Behandelten

Neben den Aufklärungspflichten des*der behandelnden Arztes*Ärztin normiert das Gesetz eine Obliegenheit zur Kooperation, die sich auch an den Patienten*die Patientin richtet. Beide Seiten »sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken« (§ 630c Abs. 1 BGB), indem sie diese »effektiv und einvernehmlich unterstützen und die insoweit notwendigen Informationen austauschen, um die medizinisch notwendigen Maßnahmen zu ermöglichen, vorzubereiten oder zu unterstützen«.[77] Die Vorgaben zielen darauf ab, das spezifische Vertrauen des ärztlichen Behandlungsverhältnisses zu vertiefen, um dadurch dessen Erfolg zu optimieren.[78] Der in der Regelung zum Ausdruck kommende »Partnerschaftsgedanke«[79] zwischen den Parteien des Behandlungsverhältnisses darf jedoch nicht missverstanden werden.

Zunächst liegt es grundsätzlich im Interesse der behandelten Person, solche Informationen aktiv in den Austausch mit dem*der Behandelnden einzubringen, die aufgrund des eigenen Wissens für den Behandlungsverlauf bzw. -erfolg als relevant gelten können. Der*die Patient*in soll »für die Behandlung bedeutsame Umstände« zeitnah offenlegen, um dem*der Behandelnden somit ein zutreffendes Bild »seiner Person und seiner körper-

76 MüKo/Wagner 2020, §630e Rn. 9.

77 BT-Drs. 17/10488, S. 21.

78 Hegerfeld 2018, S. 224.

79 BT-Drs. 17/10488, S. 21.

lichen Verfassung« zu vermitteln.[80] Ebenso kann es als sinnvoll erscheinen, dass der*die Behandelte bei Bedarf klärende Nachfragen stellt, spezifische eigene Bedürfnisse in das Gespräch einbringt und, insofern nötig, den gebührenden Raum zur autonomen Entscheidungsfindung einfordert.[81] Demgegenüber ist es trotz alledem die alleinige Pflicht des*der Behandelnden, durch gezielte Nachfragen sämtliche für die Behandlung relevante Informationen zu ermitteln.[82] Die Kooperationsobliegenheit soll das bestmögliche Gelingen der Behandlung durch das wechselseitige Ausgleichen von Informationsasymmetrien zwischen den beteiligten Parteien garantieren, nicht aber die ärztliche Verantwortung auf den Patienten*die Patientin verschieben.[83] Dies macht auch der Wortlaut der Norm deutlich, bei der es sich um eine sogenannte »Soll-Vorschrift« handelt. Daraus ergibt sich zulasten des Patienten*der Patientin lediglich eine Obliegenheit und keine Pflicht.[84] Solange diese*r im Übrigen nicht weiß, welche Informationen aus einer ärztlichen Perspektive bedeutsam sind, können vom*von der Behandelten keine »unaufgeforderten Offenbarungen« verlangt werden.[85]

Im Kontext der Behandlung von Kindern und Jugendlichen trifft die Kooperationsobliegenheit zunächst die Sorgeberechtigten.[86] Ein grundlegendes Verständnis der gesetzlich verankerten ärztlichen Aufklärungspflichten bildet die Grundlage für die Eltern bzw. den*die Vormund*in, damit diese den ihnen gegenüber dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen obliegenden Verantwortung im Zuge der Behandlungskooperation nachkommen können. Insofern die behandelten Minderjährigen dazu angesichts ihrer individuellen Reife und Verstandesmöglichkeiten in der Lage sind, können auch sie ergänzend zu den beteiligten erwachsenen Parteien an der im Sinne ihres Wohlergehens gelingenden Kooperation mitwirken. Während die Ärzt*innen die Pflicht und die erwachsenen Sorgeberechtigten die Obliegenheit haben, den Behandlungserfolg sicherzustellen, ist den betroffenen Kindern und Jugendlichen vornehmlich eine Möglichkeit zur Beteiligung einzuräumen.

2.4.2.4 Vermittlung psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen

Das ärztliche Behandlungsverhältnis wird durch die zivilrechtlichen Regelungen als eine Kooperation zwischen den Behandelnden und den Behandelten ausgestaltet, in deren Zentrum der bestmögliche Therapieerfolg steht. Um diesen zu erreichen, soll der*die Patient*in im Zuge der Aufklärung zu einer selbstbestimmten Entscheidung einerseits

80 BT-Drs. 17/10488, S. 21.

81 Vgl. MüKo/Wagner 2020, § 630e BGB Rn. 35.

82 Hegerfeld 2018, S. 229; Spickhoff 2018, S. 418.

83 Vgl. Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630c BGB, Rn. 2.

84 Hegerfeld 2018, S. 225; MüKo/Wagner 2020, § 630c BGB, Rn. 5.

85 Hegerfeld 2018, S. 229.

86 Ausführlich bei Hegerfeld 2018, S. 219 ff.

sowie zur Mitwirkung an der Behandlung (Adherence) andererseits befähigt werden. Dies setzt implizit voraus, dass der*die Betroffene die Diagnose bzw. die Erkrankung für sich annehmen und mit dem eigenen Selbstbild vereinbaren kann. All das setzt ein Maß an Eigenverantwortlichkeit auf Seiten der behandelten Person voraus, welches Kinder und Jugendliche im Zuge ihres Aufwachsens hingegen erst generell erlernen.

Geht es um die Vermittlung psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnosen, ist zudem zu berücksichtigen, dass diese (noch immer) mit für die Betroffenen zusätzlich belastenden Stigmatisierungen durch das Umfeld einhergehen können. Darüber hinaus verweisen das Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) sowie die damit zusammenhängende BELLA-Studie auf einen engen Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und bestehenden familiären Risikofaktoren sowie sozialer Benachteiligung (bspw. niedriger sozioökonomischer Status, familiäre Konflikte, hohe Belastung bzw. psychische Erkrankung der Eltern).[87] Die Minderjährigen müssen folglich oftmals bereits anderweitige Belastungen bewältigen, wobei sie bzw. ihre Familien in diesem Zusammenhang häufig Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) beziehen.[88] Zudem haben Kinder und Jugendliche, die sich in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befinden, oftmals bereits in ihren familiären und/oder in den professionellen Hilfekontexten Beziehungsabbrüche erlebt.[89] Folglich haben Kinder und Jugendliche, bei denen eine psychische Erkrankung auftritt, zusätzlich zu ihrer grundlegenden Entwicklung hin zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit oftmals multiple Belastungen zu bewältigen.

Die Vermittlung einer psychiatrischen bzw. psychologischen Diagnose verlangt – insbesondere angesichts ihres möglichen kausalen Zusammenhangs zu den bereits bestehenden Belastungen bzw. Krisen – ein spezifisches Maß an Aufmerksamkeit sowie Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen und Interessen des*der Minderjährigen. Diese in den Mittelpunkt zu stellen und dabei den Kindern und Jugendlichen Räume sowie Unterstützung zur Entfaltung ihrer Potenziale zu bieten, bildet die zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.[90]

Zunächst sollte dabei in einem durch den*die behandelnde*n Kinder- und Jugendpsychiater*in und -psychotherapeut*in verantworteten und durch die Sorgeberechtigten unterstützten Prozess, frühzeitig auf Seiten der minderjährigen Patient*innen ein Bewusstsein für die Erkrankung geschaffen werden. Hierbei sollte es vor allen Dingen darum gehen, dass die Betroffenen ein ihren jeweiligen Möglichkeiten entsprechendes

87 Vgl. Hölling et al. 2007; Ravens-Sieberer et al. 2007; Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 22.

88 Groen & Jörns-Presentati 2018, S. 22.

89 BAG KJPP et al. 2018, S. 3

90 Vgl. BAG KJPP et al. 2018, S. 2.

Verständnis davon haben, was die Diagnose für sie bedeutet und welche Therapien bzw. anderen Umgangsformen sie damit finden können.

Gleichzeitig sind die Bemühungen der Fachkräfte aus beiden Bereichen darauf ausgerichtet, die jungen Menschen in ihren Kompetenzen zu stärken und ihnen eine altersgerecht eigenständige sowie auf Teilhabe ausgerichtete Lebensführung zu ermöglichen.[91] In diesem Sinne sollen die Kinder und Jugendlichen dazu befähigt werden, die psychische Erkrankung als Teil ihrer Person anzunehmen und somit einen eigenständigen Umgang mit dieser finden zu können, ohne sich jedoch ausschließlich darüber definieren zu müssen. Es bedarf an dieser Stelle der klaren Differenzierung, dass sie die Diagnose zwar gestellt bekommen haben, diese aber nicht sind. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische und psychotherapeutische Diagnose die Selbstwahrnehmung bzw. das Verhältnis zu sich selbst sowie zur Umwelt in spezifischer Weise bestimmt, wobei diese Faktoren sich im Laufe der Zeit verändern können.

Die Vermittlung der Diagnose bildet regelmäßig den Anstoß für einen eigenen Verarbeitungs- und Annahmeprozess auf Seiten der Kinder und Jugendlichen. Für dessen Bewältigung benötigen sie – ohne die KJPP aus ihrer Verantwortung zu nehmen – die ergänzende Unterstützung durch die Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe und die Pflegeeltern. Hierbei gilt es den jungen Menschen auch eigene Räume zu eröffnen, in denen sie sich im Kontext ihrer psychischen Erkrankung finden dürfen und können. In diesem Prozess, in dem es perspektivisch darum geht, dass die Betroffenen einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung erlernen, muss ein wesentlicher Baustein sein, dass sie gegenüber den Fachkräften, Pflegeeltern und ihrer sonstigen Umgebung ein gebührendes Maß an Anerkennung ihrer spezifischen Herausforderung und Unterstützung im Umgang mit dieser einfordern dürfen. Auch hierbei ist die Unterstützung der Fachkräfte und Pflegeeltern gefragt, denn wenn den psychologisch-therapeutischen Bedarfen der jungen Menschen nicht bedarfsgerecht begegnet werden kann, gefährdet dies auch die pädagogischen Ziele.[92] Sollen Kinder und Jugendliche nicht die Verantwortung für ihre Erkrankung überantwortet bekommen, diese aber lernen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und für sich zu sorgen, müssen ihnen ihre Rechte und Ansprüche im Kontext der Hilfebeziehungen mit Fachkräften vermittelt werden. Diese Pflicht zur Beratung trifft beide Systeme, sowohl KJPP als auch KJH.[93] Der Allgemeine Soziale Dienst hat in der Hilfeplanung die Aufgabe, das Gelingen dieser Prozesse zum Gegenstand des Austauschs zu machen, sie reflektierend zu hinterfragen, Wege zu Verbesserungen zu besprechen und zu vereinbaren.

91 BAG KJPP et al. 2018, S. 3.

92 Meysen et al. 2023, S. 135 ff., S. 141.

93 BAG KJPP et al. 2018, S. 3.

2.4.3 Medizinische Indikation

Ein wesentlicher Bestandteil der Selbstbestimmungsaufklärung ist die Frage, ob die Therapiemethode medizinisch indiziert ist. Dies setzt die fachlich begründete Einschätzung des*der Behandelnden voraus, »dass eine Therapiemaßnahme geeignet ist, um ein bestimmtes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen«.[94] Der Bundesgerichtshof (BGH) präzisiert diese Voraussetzung dahingehend, dass es sich bei einer medizinischen Indikation um ein fachliches Urteil »über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall« handelt.[95]

Die Formulierung »Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode« meint die Wirksamkeit einer Therapiemethode hinsichtlich des zu erreichenden Behandlungsziels.[96] Vereinfacht formuliert soll eine medizinische Indikation die Frage klären, ob eine Krankheit mit einer bestimmten Therapie erfolgreich behandelt werden kann.[97]

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass der*die Behandelnde ein »fachliches Urteil« fällt. Dies setzt voraus, dass er*sie eine Einschätzung aufgrund der eigenen besonderen Sachkunde sowie unter Beachtung der im eigenen Fachgebiet allgemein anerkannten Standards und Regeln trifft (vgl. § 630a Abs. 2 BGB).[98] Dies schließt auch die Berücksichtigung bestehender Behandlungsrichtlinien bzw. Leitlinien von Fachgesellschaften mit ein. Für die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie sind das die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BKGJPP) sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Der Indikationsstellung kommt eine Filterfunktion für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten*der Patientin zu.[99] Diese*r kann regelmäßig nur Therapiemöglichkeiten in Erwägung ziehen und in diese einwilligen, die ihm*ihr vom Arzt*von der Ärztin als indiziert vorgeschlagen werden. Es liegt maßgeblich in professioneller Verantwortung des*der Behandelnden, dem Patienten*der Patientin, alle wesentlichen Informationen – und dies umfasst auch alle aus fachkundlicher Sicht in Betracht kommenden Indikationen – zur Verfügung zu stellen, um den*die Behandelte*n zur umfassenden Wahrnehmung seiner*ihrer grundrechtlichen Selbstbestimmungsfreiheit zu befähigen.[100]

Im Kontext medizinischer Indikation und wahrheitsgemäßer Aufklärung stellt sich insbesondere für den therapeutischen Einsatz von Psychopharmaka bei Minderjährigen die

94 Janssens et al. 2012, S. 647.

95 BGHZ 154, 205 (Rn. 53).

96 Vgl. Beckmann 2018, S. 556.

97 Vgl. Janssens et al. 2012, S. 647.

98 Beckmann 2018, S. 556.

99 Beckmann 2018, S. 557.

100 Umfassend bei Beckmann 2018, S. 556 f. (558).

Problematik des sog. Off-label-Gebrauchs bzw. der zulassungsüberschreitenden Anwendung. Off-label meint die Verordnung eines Medikaments außerhalb des Einsatzes, für den es durch die Arzneimittelbehörden zugelassen wurde. Entsprechende Abweichungen können sich sowohl auf das Anwendungsgebiet (bspw. auf andere Krankheitsbilder) als auch auf die Anwendungsart beziehen. Besonders bei Psychopharmaka fehlt es jedoch oftmals an den notwendigen Zulassungsstudien für Kinder und Jugendliche.[101] Dementsprechend gibt es – insbesondere im Vergleich zu erwachsenen Patient*innen – eine deutlich geringere Anzahl ausdrücklich zugelassener Medikamente. Gerade deshalb kommt es bei diesen Altersgruppen häufiger zum Off-Label-Gebrauch von Psychopharmaka, der deshalb auch nicht per se als problematisch einzustufen ist. Er kann jedoch bei den Patient*innen bzw. deren Sorgeberechtigten zu Irritationen führen, die es im Rahmen des Aufklärungsgesprächs zu klären gilt. Wollen Ärzte*Ärztinnen Psychopharmaka im Rahmen eines sog. »individuellen Heilversuches« off-label einsetzen, müssen sie diesen Umstand folglich gegenüber dem*der Behandelten im Zuge der Aufklärung transparent machen.

Die Fachkräfte in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Pflegeeltern oder Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst, aber auch Vormünder*Vormundinnen oder Eltern sind in aller Regel selbst keine Fachpersonen in Bezug auf die Behandlung psychischer Erkrankungen. Sie erleben jedoch die jungen Menschen in ihrer Entwicklung und sind folglich diejenigen, die Ambivalenzen oder Vorbehalte gegenüber Therapie und Medikamentierung am ehesten mitbekommen und die Auffälligkeiten sowie Veränderungen (oder Nichtveränderungen), die möglicherweise in Zusammenhang mit einer Therapie stehen (z. B. Gewichtszunahme, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, anhaltendes Aggressionspotenzial), den Kinder- und Jugendpsychiater*innen rückmelden können. Sie sind vor allem diejenigen, die in der Kooperation nachhalten können, dass die Rückmeldungen ernst genommen werden und eine Auseinandersetzung mit ihnen sowie mit der Bedeutung der (Nicht-)Veränderungen für die jungen Menschen stattfindet.

2.4.4 Formelle Anforderungen

Neben der inhaltlichen Frage, was die ärztliche Aufklärung leisten soll, gibt das Gesetz spezifische formelle Anforderungen vor, welche die Behandelnden erfüllen müssen (vgl. § 630e Abs. 2 BGB).

Die Aufklärung muss mündlich durch den*die Behandelnde*n bzw. durch eine Person erfolgen, welche über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; dabei kann ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden, welche der*die Patient*in in Textform erhält.

101 Fegert et al. 2017, S. 98.

Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der*die Patient*in eine wohlüberlegte Entscheidung über die Einwilligung treffen kann.

Die Aufklärung muss für diese*n verständlich sein.

Von Unterlagen, welche der*die Patient*in im Zusammenhang mit der Aufklärung bzw. Einwilligung unterzeichnet hat, sind ihm*ihr eine Abschrift auszuhändigen.

Um das Ziel der Aufklärung – die Ermöglichung der informierten und selbstbestimmten Entscheidung des Patienten*der Patientin – zu erreichen, bedarf es in der Regel des »vertrauensvollen Gesprächs« zwischen diesem und dem*der Behandelnden.[102] Erst der direkte mündliche Austausch erlaubt es ersterem*ersterer, klärende Nachfragen zu stellen, und letzterem*letzterer sicherzustellen, dass der*die Patient*in die zur Verfügung gestellten Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden hat.[103] Für die konkrete Ausgestaltung der Aufklärung im Einzelfall sind nach bisheriger Rechtsprechung zu Haftungsfällen Schwere und Eintrittswahrscheinlichkeit möglicher Schäden entscheidend.[104] Dementsprechend kann bei weniger invasiven bzw. mit geringen Risiken einhergehenden Eingriffen sowie Nebenfolgen die grundlegende Aufklärung über schriftlich ausgehändigte Informationen erfolgen. Unabhängig davon, welche (medikamentösen) Therapien im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt unterhalb dieser Schwelle bleiben, so muss auch in dieser Situation der*die Behandelnde die Kenntnisnahme durch den Patienten*die Patientin noch einmal in einem direkten Gespräch überprüfen.

Maßgeblich ist, dass die Aufklärung – sowohl im direkten Gespräch als auch in Form schriftlicher Unterlagen – in einer für den Patienten*die Patientin verständlichen Weise erfolgt. Sie muss sich folglich am Verständnishorizont des Empfängers*der Empfängerin orientieren und zielt darauf ab, diesem*dieser einen zutreffenden allgemeinen Eindruck von der Schwere des Eingriffs zu vermitteln. Es geht demnach in der Sache um eine Aufklärung im »Großen und Ganzen«.[105] Dabei muss der*die Behandelnde gerade nicht unbedingt die exakten medizinischen Fachbegriffe verwenden, weil diese gegebenenfalls zu Verwirrungen beim Patienten*bei der Patientin führen können. Insoweit hat eine zugleich transparente und »schonende Aufklärung« stattzufinden.[106] Entscheidend ist, dass in deren Rahmen mögliche Gefahren nicht verschwiegen oder verharmlost werden.

Aufgrund der umfangreichen und detaillierten gesetzlichen Regelungen sowie einer ausdifferenzierten Rechtsprechung zu den ärztlichen Aufklärungspflichten kann dieser

---

102 Vgl. BGHZ 144, 1 (Rn. 38).

103 MüKo/Wagner 2020, § 630e BGB, Rn. 49.

104 MüKo/Wagner 2020, § 630e BGB, Rn. 50 f.

105 Vgl. in stetig fortlaufender Differenzierung u. a. BGH, Urteil vom 28. Februar 1984 – VI ZR 70/82 (Rn. 11); BGH, Urteil vom 3. April 1984 – VI ZR 195/82 (Rn. 13); BGH, Urteil vom 19. November 1985 – VI ZR 134/84 (Rn. 8); BGH, Urteil vom 12. März 1991 – VI ZR 232/90 (Rn. 19); BGH, Urteil vom 7. April 1992 – VI ZR 192/91 (Rn. 19); BGH, Urteil vom 14. November 1995 – VI ZR 359/94 (Rn. 17); BGHZ 90, 103 (Rn. 18).

106 Vgl. Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630e Rn. 11.

Vorgang zunächst technisch anmuten und in der Praxis tatsächlich zur vermeintlichen Pflichtübung mutieren. Er ist jedoch kein Selbstzweck, sondern dient dazu, den*die Behandelte*n bzw. dessen*deren gesetzliche*n Vertreter*in in die Lage zu versetzen, sich selbst eine Vorstellung von der ärztlichen Behandlung bzw. Therapie bilden und auf dieser Grundlage darüber entscheiden zu können, ob er*sie deren Durchführung zustimmen will. Dieses Ziel ist stets im Blick zu behalten, wenn es um die Frage geht, wie die Aufklärung im Einzelnen ausgestaltet sein muss.

Die Erfüllung der formalen Anforderungen durch die behandelnden Ärzt*innen und Therapeut*innen ist weder für Fachkräfte im Jugendamt noch in der Einrichtung oder für Pflegeeltern von substanziellem Belang. Wenn sie regelmäßig missachtet werden, ist dies allerdings ein Hinweis, bei dem es sich lohnt, den Fragen der Aufklärung und Selbstbestimmung im Kontakt mit dem jungen Menschen, den Sorgeberechtigten und in der Kooperation mit der KJPP vertiefter nachzugehen. Maßgeblich für die Kinder- und Jugendhilfe ist die Achtung der Rechte und Bedürfnisse der jungen Menschen (siehe oben).

2.4.5 Aufklärung im Erziehungsdreieck

Die für eine ordnungsgemäße Aufklärung zu erfüllenden umfangreichen und detaillierten Pflichten, welche sich für die Behandelnden aus den gesetzlichen Regelungen ergeben, dienen dem umfassenden Schutz der Patient*innen. Daran schließt sich jedoch unmittelbar die Frage an, wie letztere ihrerseits die Einhaltung dieser umfassenden Anforderungen durch eine*n sie behandelnde*n Arzt*Ärztin sicherstellen sollen. Dies spielt gerade im Zuge der Behandlung Minderjähriger eine bedeutende Rolle. In diesen Kontexten wird die bei Erwachsenen regelmäßig bestehende dyadische Beziehung zwischen Behandelter*Behandeltem und Behandelnder*Behandelndem häufig zur Triade Minderjährige*r – Sorgeberechtigte*r – Arzt*Ärztin erweitert.[107]

Zwar erscheint grundsätzlich angezeigt, Kindern und Jugendlichen die Befugnis, über sie betreffende ärztliche Therapien selbst zu entscheiden, anzuerkennen, insofern sie über die dafür erforderlichen Fähigkeiten verfügen. Aber in der Praxis ist dennoch davon auszugehen, dass es regelmäßig die Sorgeberechtigten sind, welche entweder allein oder in Kooperation mit dem Kind oder dem*der Jugendlichen die Entscheidung treffen, ob und wie die Behandlung erfolgen soll. Folglich werden die sorgeberechtigten Erwachsenen regelmäßig am ärztlichen Aufklärungsgespräch teilnehmen. Sie stehen wie die Behandelnden in der Verantwortung, die wachsende autonome Handlungskompetenz mit ansteigendem Alter sowie je nach spezifischen (Krankheits-)Erfahrungen[108] zu berücksichtigen. Hieraus ergibt sich die Aufgabe, auch gegenüber Kindern und Jugendlichen eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen.

107 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 3.

108 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 3.

Während dem von der Behandlung betroffenen Kind bzw. dem*der betroffenen Jugendlichen den Umständen des Einzelfalls entsprechende Selbstbestimmung zuzugestehen ist, tragen die Erwachsenen für sie und ihr Wohlergehen die Verantwortung. Das Privileg des Aufwachsens liegt darin begründet, dass Freiheit gelebt, während die zugehörige Verantwortung noch eingeübt werden darf. Das Recht mitzusprechen sowie mitzuentscheiden und die Pflicht, gewissenhafte Entscheidungen zu treffen, sind an dieser Stelle (noch) nicht deckungsgleich. Selbst mit zunehmender Autonomie der Minderjährigen tritt die Verantwortlichkeit der Eltern bzw. des Vormunds*der Vormundin regelmäßig eher als Reserve in den Hintergrund, als dass sie vollständig erlischt.

Gleichzeitig gehört es zu den rechtlichen Verantwortlichkeiten der Eltern bzw. Vormündern*Vormundinnen, »die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbstständigem, verantwortungsbewusstem Handeln« zu berücksichtigen (§ 1626 Abs. 2 S. 1, § 1790 Abs. 2 S. 1 BGB). Das Gesetz fordert an dieser Stelle von den Sorgeberechtigten ein Erziehungsverhalten, dass die schrittweise Entwicklung des Kindes bzw. des*der Jugendlichen zu einer eigenverantwortlichen und selbstständigen Persönlichkeit innerhalb der sozialen Gemeinschaft fördert.[109] Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die Sorgeberechtigten mit dem Kind, »soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist«, Fragen der (elterlichen) Sorge besprechen und Einvernehmen anstreben (§ 1626 Abs. 2 S. 2, § 1790 Abs. 2 S. 2 BGB). Die*der Minderjährige soll folglich an der Suche nach geeigneten Pflege- und Erziehungsmaßnahmen beteiligt werden, ohne dass dessen*deren Willen von den Eltern zwingend befolgt werden muss.[110] Soll das Kind bzw. die*der Jugendliche an der Entscheidungsfindung über die (Nicht-)Vornahme einer sie*ihn betreffenden medizinischen Behandlung in einer diesen Vorgaben entsprechenden Weise beteiligt werden, muss sie*er somit von den Sorgeberechtigten in einer dem eigenen Entwicklungsstand angemessenen Weise aufgeklärt werden.[111]

Um den Verantwortlichkeiten gegenüber dem Kind gerecht zu werden, müssen die Sorgeberechtigten folglich zwei verschiedene Vorgaben erfüllen. Zum einen haben sie die Pflicht, die*den Minderjährige*n in einer ihren*seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechenden Weise in die Entscheidungsfindung und somit in das ärztliche Aufklärungsgespräch einzubeziehen. Damit korrespondiert zum anderen, dass die Sorgeberechtigten ihre dem*der Behandelnden gegenüber bestehenden kooperativen Obliegenheit im Zuge eben dieser Aufklärung Rechnung tragen. Eine verantwortungsbewusste Gesprächsführung verlangt von den an der Aufklärung Beteiligten – insbesondere von den Eltern bzw. dem*der Vormund*in und dem*der Ergänzungspfleger*in – mitunter auch ein proaktives Verhalten, insbesondere das Stellen von (Nach-)Fragen. In diesem Zusammenhang ist zugleich zu berücksichtigen, dass die Eltern bzw. die*der Vormund*in gerade in ihrer stellvertretenden Entscheidungsverantwortung für das Kind selbst einer erhöhten

109 MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 4; Grüneberg 2023, § 1626 BGB Rn. 1.

110 MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 66.

111 Vgl. Grüneberg 2023, § 1626 BGB Rn. 10.

emotionalen Belastung ausgesetzt und folglich auch mit ihrem eigenen Verhältnis zur Krankheit sowie der Behandlung beschäftigt sein können.

Diesem Umstand trägt die gesetzlich kodierte Kooperationsobliegenheit mittelbar Rechnung. Sie dient dem alleinigen Ziel, das bestmögliche Gelingen des Behandlungserfolgs zu garantieren, nicht die Verantwortung für diesen auf den*die Behandelte*n oder dessen Sorgeberechtigte*n zu verschieben. Die gesetzliche Pflicht, eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen, trifft letztlich allein den*die Behandelnde*n (vgl. § 630e Abs. 1 BGB). Diese Verpflichtung entsteht dem Arzt*der Ärztin dabei auch in Form einer »aufklärungsähnlichen Erläuterung« gegenüber dem*der Minderjährigen selbst (vgl. § 630e Abs. 5 BGB).

Die Gesundheitssorge ist Bestandteil der Erziehung. Sie ist somit auch integrale Aufgabe in den Hilfen zur Erziehung. Leistungsberechtigte sind hier neben den Kindern und Jugendlichen auch die Eltern bzw. die*der Vormund*in. Es ist also Aufgabe der Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst, in den Pflegekinderdiensten oder in der Einrichtung, sich der erzieherischen Fragen der personensorgeberechtigten Eltern zur Gesundheitsversorgung ihres Kindes anzunehmen, wenn diese Beratungsbedarf jenseits ärztlicher Aufklärung haben. Die gesetzlichen Beratungsaufgaben gegenüber Eltern in Fragen der Erziehung können bei Konflikten oder Unsicherheiten der Eltern im Kontakt mit den Ärzt*innen und Therapeut*innen als Brücke genutzt werden, um in der Kooperation zwischen KJH und KJPP eine dem Bedarf des Kindes oder des*der Jugendlichen entsprechende medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Im aktuellen Diskurs erhalten die Aufgaben der Vormünder*Vormundinnen in der Gesundheitsversorgung für die von ihnen vertretenen Kinder und Jugendlichen häufig keine Aufmerksamkeit.[112] Sie sind in der Verantwortung und treffen Entscheidungen in gesetzlicher Vertretung der Kinder und Jugendlichen. Auch mit ihnen ist die Sorge für die seelische Gesundheit des Kindes bzw. des*der Jugendlichen als Teil der Erziehung in der Hilfeplanung oder in den sonstigen Kontakten zur Einrichtung zu erörtern. Nach Möglichkeit sind von allen getragene Vorstellungen zur Gesundheitsversorgung zu entwickeln.[113]

2.5 Einwilligung

Gesetzt den Fall, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgt ist, muss der*die Behandelnde vor Durchführung der medizinischen Maßnahme – insbesondere bei Eingriffen

112 Siehe etwa die vollständige Absenz im Kompendium und zentralen Standardwerk zur Vormundschaft, Wedermann et al. 2021.

113 Zum Verhältnis von Vormundschaft zu Sozialen Diensten im Jugendamt siehe Katzenstein et al. 2021.

in den Körper oder die Gesundheit des Patienten*der Patientin – dessen*deren Einwilligung einholen (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). Voraussetzung dafür ist wiederum, dass der*die Behandelte aus rechtlicher Sicht fähig ist, eine wirksame Einwilligung in die eigene Behandlung zu erteilen. Ist dies nicht der Fall und wurde von ihm*ihr zuvor keine wirksame Patientenverfügung erlassen, bedarf es der Einwilligung eines*einer Berechtigten (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB). Insbesondere bei der Behandlung Minderjähriger stellt sich regelmäßig die Frage, ob und unter welchen Umständen deren Willen für die rechtmäßige Entscheidungsfindung maßgeblich ist.

Zunächst obliegt diese Verantwortung den sorgeberechtigten Eltern im Rahmen ihres Erziehungsgrundrechtes (Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG).[114] Sie bestimmen über die Pflege und Erziehung ihres Kindes. Pflege meint dabei unter anderem die Sorge für das körperliche Wohl sowie die Gesundheit (Gesundheitssorge).[115] Neben der tatsächlichen Sorge um Gesundheit und Pflege im Krankheitsfall umfasst die Personensorge ebenso Fragen der ärztlichen Versorgung des Kindes.[116] Dies bezieht sich nicht ausschließlich, aber insbesondere auf medizinisch intendierte Behandlungen. Vergleichbares gilt für andere gesetzliche Vertreter*innen wie ein*e Vormund*in bzw. eine*n Ergänzungspfleger*in, auf den*die der erzieherische Titel der Gesundheitssorge vom Familiengericht übertragen wurde (vgl. § 1789 Abs. 1 S. 1 BGB). Grundsätzlich sind es zunächst die Sorgeberechtigten, welche stellvertretend für den*die Minderjährige*n eine Einwilligung erteilen müssen bzw. dürfen.

Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang zwei grundlegende Charakteristika des grundrechtlich verankerten Elterngrundrechts. Zum einen handelt es sich dabei um ein sog. fiduziarisches, d. h. fremdnütziges Grundrecht. Das elterliche Erziehungsrecht begründet folglich kein Recht am, sondern stets eine Recht für das Kind, das von den Eltern zu dessen Gunsten bzw. in dessen Sinne ausgeübt werden muss.[117] Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) spricht deshalb auch von der sog. Elternverantwortung und verweist mit dieser Wortwahl darauf, dass die in der Verfassung benannte Pflicht sowie das Recht zur Pflege des Kindes zwei von vornherein aufeinander bezogene und miteinander verschränkte Elemente des Grundrechtes bilden.[118]

Während die Verfassung es zunächst grundlegend den Eltern anheimstellt, wie sie ihr Kind erziehen und pflegen wollen, müssen diese zugleich stets dessen Interessen, Bedürfnisse und Wohlergehen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen.

---

114 Vgl. ausführlicher bei Brandt/Meysen 2022, S. 30 ff.

115 Jarass/Pieroth/Jarass 2020, Art. 6 Rn. 42.

116 Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 Rn. 222.

117 HdbVerfR/v. Münch 1994, § 9 Rn. 16; Dreier/Brosius-Gersdorf 2013, Art. 6 GG Rn. 142; BVerfGE 99, 145 (156).

118 Vgl. BVerfGE 24, 119 (143); 79, 203 (210); 107, 150 (169); 108, 82 (102); v. Mangoldt et al./Robbers 2018, Art. 6 GG Rn. 149.

Damit eng zusammenhängend ergibt sich zum anderen, dass die aus diesem Grundrecht erwachsenden elterlichen Befugnisse zeitlich abgestuft sind. Zunächst kann festgehalten werden, dass mit dem Alter auch die Autonomie des Kindes bzw. des*der Jugendlichen zunimmt. Demnach sind die Eltern dazu angehalten, bei Pflege und Erziehung des Kindes auf dessen wachsende Fähigkeit sowie dessen wachsendes Bedürfnis zu selbstständigem verantwortungsbewusstem Handeln Rücksicht zu nehmen. Soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, besprechen sie Fragen der elterlichen Sorge mit dem Kind und streben dabei einvernehmliche Lösungen an (vgl. § 1626 Abs. 2 BGB). In gleicher Weise hat der*die Vormund*in den Willen des Mündels zu achten und dessen Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen sowie gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu fördern (vgl. § 1790 Abs. 2, § 1788 Nr. 1 und 4 Var. 1 BGB). Die Regelung hält den*die Vormund*in dazu an, die belastenden Vorerfahrungen des Kindes bzw. des*der Jugendlichen zu berücksichtigen. Demgegenüber stellt das Gesetz auch an dieser Stelle nicht das zwingende Gebot auf, den Willen des Kindes zu beachten.[119]

Indem die Minderjährigen in immer umfassenderem Ausmaß Gebrauch von den ihnen zustehenden (Grund-)Rechten machen können, werden gleichzeitig die (Allein-)Entscheidungsbefugnisse der Eltern zurückgedrängt, bis diese schließlich mit Eintritt der Volljährigkeit (rechtlich) erlöschen.[120] Bei medizinischen Eingriffen und Therapien sind in diesem verfassungsrechtlichen Eltern-Kind-Verhältnis zugunsten letzteren insbesondere dessen Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie auf medizinische Selbstbestimmung zu beachten (siehe dazu oben Kapitel 2.3). Ebenso hat auch das Mündel gegenüber seinem*seiner Vormund*in das Recht auf »Beteiligung an ihn betreffenden Angelegenheiten, soweit es nach seinem Entwicklungsstand angezeigt ist« (§ 1788 Nr. 5 BGB; vgl. auch § 1790 Abs. 2 BGB).

Davon ausgehend stellen sich zwei zusammenhängende Fragen. Zunächst muss grundlegend geklärt werden, unter welchen Umständen Kinder bzw. Jugendliche als einwilligungsfähig gelten, also überhaupt eine rechtswirksame Einwilligung abgeben können. Dabei ist in der Regel nicht auf starre Altersgrenzen, sondern vielmehr individuelle Faktoren wie die Verstandes- bzw. die geistige Reife abzustellen (siehe Kapitel 2.5.1). Daran anknüpfend ist hinsichtlich minderjähriger Patient*innen der Aspekt der Einwilligungsbefugnis zu klären. Denn aufgrund der spezifisch rechtswissenschaftlichen Betrachtung bedeutet, dass diese in eine sie betreffende Behandlung einwilligen können, noch nicht, dass sie dies auch tatsächlich dürfen.

Für einige wenige Ausnahmen medizinischer Therapien ist die Einwilligungsbefugnis spezialgesetzlich geregelt.[121] So haben Minderjährige beispielsweise ab dem 14. Lebensjahr das Recht, einer Organspende zu widersprechen, und ab dem 16. Lebensjahr dürfen sie selbst rechtswirksam in eine solche einwilligen (§ 2 Abs. 2 S. 3 TPG). Für die Gabe von

119 Grüneberg 2023, § 1788 BGB Rn. 2.

120 Vgl. BVerfGE 59, 360 (382); 72, 122 (137); BFHE 207, 256 (260 f.).

121 Umfassend Nebe 2017, S. 95 ff.

Psychopharmaka bzw. andere kinderpsychiatrische, -psychosomatische bzw. -psychotherapeutische Therapien gibt es keine vergleichbaren bereichsspezifischen Normen. Deshalb bedarf es einer Klärung des Verhältnisses zwischen der grundrechtlichen Autonomie des*der Minderjährigen und der heteronomen Erziehungsverantwortung der Sorgeberechtigten. Dabei müssen letztere ihr erzieherisches (Grund-)Recht primär im Interesse des Kindes ausüben, das bedeutet in diesem Fall zur Sicherung seiner Patientenautonomie wahrnehmen.[122] Der so begründete Konflikt kann durch verschiedene Modelle aufgelöst werden. Entweder ist dabei den Eltern bzw. dem*der Vormund*in ein bis zur Volljährigkeit des Kindes geltendes (Mit-)Bestimmungsrecht oder aber dem*der Minderjährigen ein (partielles) Alleinbestimmungsrecht zuzugestehen (siehe Kapitel 2.5.2).

In den Entscheidungsprozessen zur Einwilligung in medizinische Behandlung haben der Allgemeine Soziale Dienst bzw. der Pflegekinderdienst im Jugendamt aus rechtlicher Sicht keinen aktiven Part. Da psychische Erkrankungen und deren Behandlung wichtiger Bestandteil des Hilfeprozesses für junge Menschen in stationärer Unterbringung nach SGB VIII sind, ist eine Koordination der Hilfen und Absprachen zur Hilfegestaltung angezeigt und gesetzlich gefordert (§ 36 SGB VIII). Die federführenden sozialen Dienste im Jugendamt haben sowohl das Kind bzw. den*die Jugendliche*n, die Personensorgeberechtigten als auch die Einrichtung und die behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Psychotherapeut*innen zu beteiligen.

Eltern kann das Jugendamt nicht vorgeben, ob sie eine Einwilligung erteilen oder nicht. Ist aufgrund der Verweigerung einer medizinischen Behandlung die Schwelle zur Kindeswohlgefährdung nach § 1666 Abs. 1 BGB überschritten, ist das Jugendamt nach der rechtlichen Konstruktion verpflichtet, das Familiengericht anzurufen (§ 8a Abs. 2 S. 1 SGB VIII). Die Schwelle wird in der Praxis nur ganz ausnahmsweise überschritten sein. Unterschiedliche Vorstellungen über die Notwendigkeit oder die Art der Behandlung einer psychischen Erkrankung zwischen Eltern, den Kindern und Jugendlichen und/oder weiteren professionellen Akteur*innen, die nicht zum Wohl des Kindes oder des*der Jugendlichen gelöst werden können, aktiviert auch das Jugendamt in seinen Aufgaben der Beratung und in der Hilfeplanung. Hilfeplangespräche sind insoweit zentraler Moment und Ort der Aushandlung verschiedener Positionen und Interessen der Beteiligten.[123] Auch Vormünder*Vormundinnen sind insoweit keine Einzelkämpfer*innen beim parteilichen Eintreten für die von ihnen vertretenen Kinder und Jugendlichen, sondern ebenfalls Beteiligte in der Hilfeplanung mit eigenen Aufgaben und eigener Verantwortung im Rahmen der Gesamtverantwortung für das Aufwachsen in stationärer Kinder- und Jugendhilfe.[124]

122 Nebe 2017, S. 87.

123 Schrapper 2018; BAGLJÄ 2015.

124 Katzenstein et al. 2021, S. 23 f.

2.5.1 Einwilligungsfähigkeit

Bezogen auf medizinische Therapien meint Einwilligungsfähigkeit die grundlegende Kompetenz, Nutzen und Risiken eines Eingriffs zu begreifen sowie gegeneinander abwägen zu können, um auf dieser Grundlage eine eigene Entscheidung zu treffen.[125] Maßgeblich ist an dieser Stelle die natürliche Willensfähigkeit des Patienten*der Patientin.[126] In der Begründung zum Patientenrechtsgesetz ist festgehalten, dass der*die Patient*in das Einsichtsvermögen und die Urteilskraft besitzen muss, »den Nutzen einer Behandlung gegen deren Risiken abzuwägen und […] schließlich eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen«.[127] Er*sie muss über die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit verfügen, um Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme erfassen und seinen*ihren Willen danach ausrichten zu können.[128] Dementsprechend lassen sich die folgenden drei Elemente identifizieren, die gegeben sein müssen, um von der Einwilligungsfähigkeit einer Person ausgehen zu können:

- Einsichtsfähigkeit (Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme verstehen können);
- Urteilsfähigkeit (Nutzen und Risiken der medizinischen Maßnahme abwägen und eine willensbasierte, eigenverantwortliche Entscheidung treffen können);
- Steuerungsfähigkeit (Handeln entsprechend der eigenen Einsicht steuern können).[129]

Bei der Feststellung, ob diese Kriterien erfüllt sind, dient der*die durchschnittliche Patient*in als Vergleichsmaßstab.[130] Es dürfen demgegenüber keine übertriebenen Anforderungen an das Vorliegen dieser Fähigkeiten gestellt werden.[131]

Starre Altersgrenzen bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit eines*einer Minderjährigen sind zwar in der Praxis mitunter anzutreffen, gibt es aber nach dem Gesetz nicht.[132] Gegen deren Einführung[133] sprechen die zu großen Entwicklungsunterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen desselben Alters.[134] Demgegenüber scheint es notwendig, im Einzelfall die individuelle Reife des*der Betroffenen unter Berücksichtigung

125 MüKo/Wagner 2020, § 630d BGB Rn. 9.

126 BT-Drs. 17/10488.

127 BT-Drs. 17/10488, S. 23.

128 BT-Drs. 17/10488, S. 23.

129 Vgl. Lohse et al. 2018, S. 33; vgl. BGH-Urteil vom 16.11.1971 – VI ZR 76/70 (Rn. 21 f.); MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 40.

130 Hoffmann 2018, S. 185.

131 Lohse et al. 2018, S. 33.

132 Spickhoff 2018, S. 419; MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 42; vgl. OLG Hamm, Beschluss vom 30. August 2013 – II–3 UF 133/13 –, juris (Rn. 20).

133 Coester-Waltjen 2012, S. 558 ff.; Damm 2015, S. 780 f.

134 M.w.N. Kaeding & Schwenke 2016, S. 935 f.

der Tragweite der in Rede stehenden Entscheidung zu beurteilen.[135] Will beispielsweise eine Jugendliche eine medizinisch nicht intendierte Abtreibung im Zuge der Beratungslösung vornehmen lassen (vgl. § 218a StGB), fordert das Oberlandesgericht Hamm ein spezifisches Maß an »sittlicher« Reife, um von ihrer Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich des medizinischen Eingriffs ausgehen zu können.[136] Das in diesem Zusammenhang verwendete zusätzliche Kriterium der »Sittlichkeit« geht dabei auf eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 1959 zurück.[137] Der Begriff ist historisch in den 1950er und 1960er Jahren gebräuchlich gewesen als moralische Annäherung an das Kindeswohl.[138] Diese Wertung kann als überwunden gelten und ist aufgrund der ihr, insbesondere im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs, inhärenten moralisch normativen Bedeutung abzulehnen. Demgegenüber ist dem Oberlandesgericht Hamm zuzustimmen, wenn es fordert, dass die Minderjährige fähig sein sollte, das Lebensrecht des Ungeborenen mit dem eigenen Selbstbestimmungsrecht abwägen zu können, um in den Eingriff wirksam einwilligen zu können.[139]

Um die Gravität der Therapie inklusive ihrer Folgen grundlegend einschätzen zu können, muss der*die minderjährige Patient*in die damit verbundenen möglichen Nebenwirkungen, Risiken und Langzeitfolgen berücksichtigen.[140] Dies setzt wiederum eine ordnungsgemäße Aufklärung des*der Einwilligenden voraus (siehe dazu oben Kapitel 2.4). Wenngleich starre Altersgrenzen nicht zu befürworten sind, lässt sich zugunsten der Minderjährigen vermuten, dass ab dem vollendeten 16. Lebensjahr ihre Einwilligungsfähigkeit nicht ohne eine nähere Begründung abgelehnt werden kann.[141]

Folglich wird deutlich, dass Einwilligungsfähigkeit keine statische, sondern eine fluktuierende Eigenschaft darstellt. Sie darf für bestimmte Personen bzw. Personengruppen weder von vorneherein per se ausgeschlossen noch angenommen werden.[142] Vielmehr muss der*die einzelne Patient*in sowie die konkrete Behandlung einer Einzelfallbetrachtung unterzogen werden. Beispielsweise können auch Kinder aufgrund eigener Erfahrungen mit einer chronischen Krankheit über eine entsprechende Expertise verfügen und somit möglicherweise gegenüber den an der Entscheidung beteiligten Erwachsenen im Vorteil sein. Neben diesen Vorerfahrungen sowie der kognitiven Entwicklung zählen auch Bindungsaspekte zwischen Kind und Eltern und das Verhalten innerhalb der eigenen Peer-Group zu entwicklungsspezifischen Faktoren, welche die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger beeinflussen können.[143]

---

135 Lohse et al. 2018, S. 34.

136 OLG Hamm 29.11.2019 – 12 UF 236/19, Ls. 1.

137 OLG Hamm 29.11.2019 – 12 UF 236/19 Rn. 22; BGH NJW 1959, S. 811.

138 Hirsch 1965; Schilling 1953.

139 Vgl. OLG Hamm 29.11.2019 – 12 UF 236/19, Rn. 25.

140 Lohse et al. 2018, S. 34.

141 Spickhoff 2018, S. 419.

142 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 3.

143 Kölch, Lippert & Fegert 2020, S. 3.

Wesentliche Indikatoren für die Einwilligungsfähigkeit des Kindes bzw. des*der Jugendlichen können sein, dass dieses*dieser dem Aufklärungsgespräch folgen kann, weiterführende Fragen stellt oder den Arzt*die Ärztin auf besondere Umstände der eigenen Lebensführung hinweist.[144] Das Moment der Steuerungsfähigkeit bzw. das voluntative Moment, d. h. die Fähigkeit des*der Minderjährigen, sich entsprechend den eigenen Einsichten zu verhalten, kann insbesondere bei Kindern bzw. Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten bzw. Erkrankungen eine spezifische Hürde bilden.[145] Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch gerade nicht, dass diesem*dieser Minderjährigen von vorneherein die Einwilligungsfähigkeit abzuerkennen ist. Aufgabe der Sorgeberechtigten wäre in einem solchen Fall, dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen, damit diese*r dem eigenen Willen Ausdruck verleihen kann.

Sind die Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit gegeben, kann der*die Minderjährige grundsätzlich mit rechtfertigender Wirkung in den ärztlichen Eingriff einwilligen.[146] Einwilligungsunfähig sind demgegenüber Personen, die sich (noch) keine hinreichende Vorstellung davon machen und/oder ihr Verhalten (noch) nicht daran ausrichten können.[147]

Die Klärung der Einwilligungsfähigkeit ist Aufgabe des*der behandelnden Arztes*Ärztin. Wenn Kinder- und Jugendpsychiater*innen, ggf. zur eigenen Absicherung, auf der Einwilligung der Sorgeberechtigten bestehen oder eine solche für nicht erforderlich halten, und haben die Fachkräfte in der Einrichtung oder die Pflegeeltern, ggf. auch die Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst bzw. Pflegekinderdienst, eine andere Einschätzung, kann dies Anlass sein, die Divergenzen im Rahmen der Einzelfallkooperation ins Gespräch zu bringen.

2.5.2 Einwilligungsbefugnis

Insofern Minderjährige einwilligungsfähig sind, stellt sich die Frage, wann sie oder der*die Sorgeberechtigte dazu befugt sind, allein oder gemeinsam eine wirksame Einwilligung abzugeben. Folglich geht es um die Frage, wer einwilligen darf und muss, um die Gabe von Psychopharmaka an Kinder und Jugendliche rechtskräftig zu erlauben. Ausdrückliche gesetzliche Regelungen über Entscheidungsbefugnisse Minderjähriger in persönlichen Angelegenheiten gibt es nur vereinzelt. Für den Bereich der Gesundheitsfürsorge finden sich insbesondere folgende Regelungen:

144 Hoffmann 2018, S. 185; Lohse et al. 2018, S. 33.

145 Spickhoff 2018, S. 418.

146 MüKo/Lohse 2020, § 1626 BGB Rn. 40.

147 Vgl. Klinkhammer 2012, 1914; MüKo/Wagner 2020, § 630d BGB Rn. 21; Staudinger/Coester 2020, § 1666 Rn. 107 m.w.N.

- § 1631c BGB: Weder die Erziehungsberechtigten noch das Kind selbst dürfen in dessen Sterilisation einwilligen. Diesbezüglich ist die Einwilligungsbefugnis aller Parteien gesetzlich ausdrücklich ausgeschlossen.
- § 2 Abs. 2 S. 3 Transplantationsgesetz (TPG): Minderjährigen steht ab dem 14. Lebensjahr das Recht zu, einer Organspende zu widersprechen und ab dem 16. Lebensjahr dürfen sie selbst rechtswirksam in eine solche einwilligen.
- § 8a S. 1 Nr. 4 und 5 TPG: Bezüglich einer Knochenmarkspende besteht die Möglichkeit einer Co-Einwilligung, d. h. einer gemeinsamen Einwilligung von Sorgeberechtigten und Minderjähriger*Minderjährigem. Dementsprechend verfügt das Kind bzw. die*der Jugendliche über ein Vetorecht, d. h. es*sie*er kann einer erteilten Einwilligung der Erziehungsberechtigten widersprechen.

Bei sämtlichen dieser Vorschriften handelt es sich jedoch um spezialgesetzliche Regelungen, aus denen sich nur sehr begrenzt Rückschlüsse ziehen lassen, wer bei medizinischen Maßnahmen gegenüber Minderjährigen generell einwilligungsbefugt ist. Die grundlegend einschlägige gesetzliche Regelung in § 630d Abs. 1 BGB hält insoweit nur fest, dass die*der Behandelnde vor einem medizinischen Eingriff die Einwilligung des*der Berechtigten einholen muss, ohne näher zu regeln, ob und gegebenenfalls wann Minderjährige entsprechend als rechtlich befähigt gelten können.

Zwar sind Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, im Bereich des Sozialrechts gesetzlich eigenständig handlungsfähig (vgl. § 36 Abs. 1 S. 1 SGB I). Folglich können sie Anträge auf Sozialleistungen – und dazu zählen ärztliche Untersuchungen und Behandlungen – stellen, verfolgen und entgegennehmen. Doch auch diese Vorschrift regelt letztlich nur den formellen Anspruch, dass Minderjährige die Sozialleistung einer ärztlichen Untersuchung und Behandlung, auf welche sie einen sozialleistungsrechtlichen Anspruch haben, beantragen dürfen.[148] Die Norm bildet damit keine allgemeine Rechtsgrundlage, welche Kindern bzw. Jugendlichen die Befugnis verleiht, selbst über einen ärztlichen Eingriff in ihre grundrechtlich geschützte körperliche Unversehrtheit zu entscheiden. Außerdem haben die Sorgeberechtigten ihrerseits das Recht, die Handlungsfähigkeit des*der Jugendlichen an dieser Stelle einzuschränken, sodass diesem*dieser ohnehin nur eine relative Entscheidungsbefugnis zukommt (vgl. § 36 Abs. 2 SGB I).

Aufgrund des Fehlens einer einschlägigen spezialgesetzlichen Regelung ist für die Frage, wer im Falle eines medizinischen Eingriffs gegenüber Minderjährigen in ärztliche Eingriffe einwilligen darf, das grundlegende Verhältnis zwischen dem elterlichen Erziehungsgrundrecht (Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG) bzw. dem Sorgerecht des Vormunds*der Vormundin (§ 1789 Abs. 1 S. 1 BGB) und dem Selbstbestimmungsgrundrecht des*der Minderjährigen (Art. 2 Abs. 1 GG) entscheidend. Die grundgesetzlich verankerte Verantwortung der Eltern zur Erziehung und Pflege ihres Kindes wurzelt in dessen angenommener besonderer Schutz- und Hilfsbedürftigkeit im Zuge seiner Entwicklung und gilt deshalb grundsätzlich bis zu seiner Volljährigkeit. Zugleich genießen bereits Minderjährige bestimmte (grund-)recht-

148 Lohse et. al 2018, S. 26.

liche Freiheiten und verfügen jedenfalls teilweise über die für ihren Gebrauch erforderliche Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit. Das Verhältnis der (grund-)rechtlichen Positionen der Sorgeberechtigten und des Kindes darf dabei nicht vorrangig als Konflikt, sondern muss als Zusammenspiel verstanden werden. Das Kind bzw. die*der Jugendliche ist in der paternalistischen Grundsituation der Kindheit[149] immer ein für die eigene Lebenswirklichkeit kompetentes, dabei zugleich werdendes und deshalb schutzbedürftiges Subjekt.[150]

Elterliche Erziehungsverantwortung bzw. vormundschaftliches Sorgerecht einerseits und Selbstbestimmungsgrundrecht des Kindes andererseits lassen sich aus rechtlicher Sicht vor allen Dingen auf zwei Wegen in ein konstruktives Verhältnis zueinander setzen.[151] So bedingt die zunehmende Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes entweder (1) einen inhaltlichen Wandel des Erziehungsgrundrechts/Sorgerechts oder führt (2) zu dessen individuell-partieller Beendigung. Diese beiden grundlegenden Lösungsansätze finden bezogen auf die Einwilligung in medizinische Maßnahmen noch einmal ihre bereichsspezifische Ausformung.

2.5.2.1 Inhaltlicher Wandel des elterlichen Erziehungsgrundrechts/ vormundschaftlichen Sorgerechts

Von einem Teil der Rechtswissenschaft wird die Ansicht vertreten, dass die sorgerechtlichen Verantwortlichkeiten bis zur Volljährigkeit des Kindes bestehen blieben, sich aber mit dessen zunehmender Selbstbestimmungsfähigkeit inhaltlich wandeln würden.[152] Dafür sprechen grundsätzlich der fremdnützige Grundcharakter des elterlichen Erziehungsgrundrechts sowie die einfachgesetzliche Ausgestaltung der elterlichen bzw. vormundschaftlichen Sorge (siehe oben Kapitel 2.5). Diese räumen den Minderjährigen gegenüber ihren Sorgeberechtigten Beteiligungs- und Mitspracherechte ein, ohne aber eine Altersgrenze festzulegen. Folglich wäre zunächst davon auszugehen, dass diese Regelungen bis zur Volljährigkeit des Kindes bzw. des Mündels Anwendung finden.

Die Anforderungen an die Eltern bzw. den*die Vormund*in zur ordnungsgemäßen Ausübung ihrer Sorgepflicht würden dementsprechend mit zunehmender Selbstbestimmungsfähigkeit des*der Minderjährigen gesteigert. Diesen wäre eine alleinige Selbstbestimmungsbefugnis nur auf der Grundlage einer spezialgesetzlichen Regelung zuzugestehen. Beispielsweise dürfen Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr selbst rechtwirksam in eine Organspende einwilligen (vgl. § 2 Abs. 2 S. 3 TPG). Entsprechende Ausnahmen bestehen für den Bereich psychopharmakologischer Behandlungen nicht.

149 Wapler 2015.

150 Vgl. umfassend bei Brandt & Meysen 2022, S. 38 ff.

151 Vgl. Lohse et al. 2018, S. 27 ; umfassend m.w.N. Lorenz 2017, S. 783; ebenso m.w.N. Nebe 2017, S. 94 f.

152 Vgl. Lohse et al. 2018, S. 27.

In der Konsequenz würde dieser Ansatz zu einer bis zur Volljährigkeit des Kindes bestehenden Allein- bzw. Letztentscheidungsbefugnis der Sorgeberechtigten mit Beteiligungspflichten führen (§ 1626 Abs. 2, § 1790 Abs. 2 BGB). Dies würde auch für jene Fälle gelten, da das Kind entscheidungsfähig ist, also Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme erfassen und seinen Willen danach ausrichten kann. Als Begründung für die damit einhergehende weitreichende Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts des*der Minderjährigen wird der hohe Wert der durch entsprechende Entscheidungen betroffenen Rechtsgüter angeführt: Die körperliche Unversehrtheit und gegebenenfalls sogar das Leben des*der Betroffenen. Zudem erlaube der gebotene Schutz der Minderjährigen es nicht, ihnen – selbst bei gegebener Einwilligungsfähigkeit – eine Alleinentscheidungsbefugnis einzuräumen.[153] Beim Rekurrieren auf den »Schutz« des Kindes bzw. des*der Jugendlichen scheint hier weniger dessen*deren körperliches Wohl als vielmehr die haftungsrechtliche Dimension einer Ermöglichung potenzieller späterer Schadenersatzansprüche gemeint zu sein. So wird als Begründung angeführt, dass, sollte sich eine vom Kind allein getroffene Entscheidung über die Vornahme bzw. Nichtvornahme einer medizinischen Behandlung im Nachhinein als nachteilig herausstellen, dieses später weder seine Eltern bzw. den*die Vormund*in noch den behandelnden Arzt*die behandelnde Ärztin in Haftung nehmen könnte.

Wenngleich die Sorgeberechtigten nach dieser Ansicht nicht dazu verpflichtet sind, den Willen des*der einsichtsfähigen Minderjährigen zwingend zu berücksichtigen, sind sie doch dazu angehalten, diesem*dieser Gehör zu schenken und eine einvernehmliche Entscheidung anzustreben (§ 1626 Abs. 2 S. 2, § 1790 Abs. 2 S. 2 BGB). Kämen die Sorgeberechtigten dieser sie treffenden Verpflichtung nicht im gebührenden Maße nach und würden ohne dessen vorherige Beteiligung dem Willen des Kindes widersprechend in eine Behandlung (nicht) einwilligen, könnte dieses dadurch in seiner körperlichen Integrität sowie Autonomie verletzt werden.[154] Dies würde in der Folge eine potenzielle Kindeswohlgefährdung sowie die entsprechende familiengerichtliche Kontrolle des Einzelfalls bedingen (vgl. § 1666 BGB),[155] was sicherlich eine deutliche Überdehnung der Schwelle für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung nach § 1666 Abs. 1 BGB darstellt. Das Familiengericht könnte – so der wenig überzeugende Versuch einer Rechtfertigung dieser restriktiven Auslegung – die Einwilligung der Eltern ersetzen bzw. ihnen insoweit die elterliche Sorge entziehen, als diese durch die Einwilligung in oder Verweigerung einer medizinischen Maßnahme das Wohlergehen des Kindes gefährden würden.[156] Davon wäre beispielsweise auszugehen, wenn die Sorgeberechtigten eine medizinisch notwendige Behandlung aus religiösweltanschaulichen Gründen verweigern würden.[157] Darunter sind aus der Rechtsprechung insbesondere die Verweigerung von lebenserhaltenden

153 Lorenz 2017, S. 784 mit Verw. auf AG Freiburg 21.11.2014 – 4 F 1232/13.

154 Lorenz 2017, S. 787.

155 Lorenz 2017, S. 787; kritisch Spickhoff 2018, S. 423.

156 Lohse et al. 2018, S. 28; vgl. auch Hoffmann 2018, S. 206 f.

157 Vgl. MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 45.

Bluttransfusionen bekannt. Für den Kontext der Behandlung psychischer Erkrankungen lässt sich hieraus jedenfalls kaum ein Anwendungsbereich ableiten.

2.5.2.2 Vetofähigkeit

Ein die genannte Ansicht stärker differenzierender und in der Rechtswissenschaft diskutierter Aspekt ist die Frage, ob ein Kind bzw. ein*e Jugendliche*r wenn schon nicht einwilligungs-, so doch jedenfalls »vetofähig« sein sollte.[158] Dadurch würde Minderjährigen die Möglichkeit eingeräumt, eine von den Eltern bzw. dem*der Vormund*in gewünschte Behandlung zumindest verweigern zu können, wenn diese medizinisch nicht oder nur bedingt indiziert ist.[159] Dies sollte unabhängig davon gelten, ob das Kind bzw. der*die Jugendliche bereits einwilligungsfähig ist. Beispiele für medizinisch nicht bzw. nur bedingt indizierte Eingriffe wären der Schwangerschaftsabbruch im Kontext der Beratungslösung des § 218a Abs. 1 StGB oder die religiös motivierte Beschneidung von Jungen.

Gerade wenn es sich um irreversible Eingriffe in die höchstpersönliche Körpersphäre des*der Betroffenen handelt, wird der Kernpunkt ihres Persönlichkeitsrechtes tangiert, über den sie nach Möglichkeit selbst disponieren können sollen.[160] Von einem solchen Vetorecht geht auch die sogenannte Co-Konsens-Lösung aus, die im Übrigen jedoch ein Alleinentscheidungsrecht einwilligungsfähiger Minderjähriger grundsätzlich ablehnt und damit programmatisch ebenfalls von einem bloß inhaltlichen Wandel des Erziehungsgrundrechts bzw. vormundschaftlichen Sorgerechts ausgeht.[161]

Die Missachtung des Willens des*der Minderjährigen durch die Sorgeberechtigten bei irreversiblen körperlichen Eingriffen, die zugleich medizinisch nicht oder nur bedingt indiziert sind, kann die Autonomie des Kindes in schwerer Weise beeinträchtigen. Insofern dadurch die Schwelle der Kindeswohlgefährdung überschritten ist, kann die*der Betroffene staatlichen Schutz gegen die elterlich bzw. vormundschaftlich erwünschte Behandlung begehren (vgl. § 1666 BGB). Gerade deshalb sollte dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen der in diesen Fällen gebotene Schutz von vornherein in Form eines Vetorechts zugestanden werden. Dies würde dem*der Minderjährigen zugleich jedenfalls in Teilen ein Instrument verleihen, um seinen wachsenden Bedürfnissen und Fähigkeiten autonomen Handelns gegenüber den Sorgeberechtigten wirksam Ausdruck zu verleihen (vgl. § 1626 Abs. 2 S. 1 BGB bzw. § 1788 Nr. 4 Var. 1, Nr. 5, § 1790 Abs. 2 BGB). Ein Vetorecht zugunsten des*der einwilligungsunfähigen Minderjährigen entspricht diesem Gedanken ebenso wie dem per se auf dessen*deren Wohl ausgerichtet auszuübenden

158 Vgl. dazu Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 BGB Rn. 225.

159 Vgl. Spickhoff 2018, S. 420 f.

160 Vgl. OLG Hamm 30.8.2013 – 3 UF 133/13; Peschel-Gutzeit 2014, S. 436; MüKo/Lugani 2020, § 1666 Rn. 79; Staudinger/Coester 2020, § 1666 BGB Rn. 106b.

161 Vgl. ausführlich bei Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 Rn. 293; differenziert Nebe 2017, S. 102 ff.

Erziehungsgrundrecht der Eltern (Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG) bzw. dem Grundgedanken der Vormundschaft (§§ 1788, 1790 BGB) (siehe Kapitel 2.5).[162]

Hinsichtlich der praktischen Umsetzung des Vetorechts ergibt sich die Frage, unter welchen Umständen ein*e Minderjährige*r davon substanziell Gebrauch machen kann. Um zunächst von der »Vetofähigkeit« einer einwilligungsunfähigen Person ausgehen zu können, reicht es noch nicht aus, dass diese fähig ist, einen eigenen Willen zu bilden.[163] Die*der von der Behandlung Betroffene sollte wenigstens in gewissem Maße dazu in der Lage sein, sich eine eigene Vorstellung vom bevorstehenden Eingriff machen zu können. Diesbezüglich sind die zuständigen Erwachsenen an dieser Stelle dazu aufgefordert, die medizinische Behandlung in vereinfachter, einer dem*der Betroffenen zugänglichen Weise zu erklären, ohne durch die notwendige Vereinfachung entscheidungsrelevante Faktoren zu unterschlagen.

Zugleich entfaltet das Vetorecht insbesondere für einwilligungsunfähige Minderjährige eine Bedeutung, die gegebenenfalls in stärkerem Maße der elterlichen bzw. vormundschaftlichen Fürsorge und Ratio bedürfen. Gerade deshalb kann nicht jede negative Äußerung des*der Betroffenen schon als Ausdruck eines Vetos im hier diskutierten Sinne verstanden werden. Bloße Spontanreaktionen erfüllen folglich nicht die Anforderungen an einen rechtlich relevanten Widerspruch und demgegenüber wird ein gewisses Maß an Ernsthaftigkeit und Nachvollziehbarkeit aus Sicht des*der Entscheidungsunfähigen verlangt.[164]

2.5.2.3 Individuell-partielle Beendigung des elterlichen Erziehungsgrundrechtes/vormundschaftlichen Sorgerechts

Neben der Möglichkeit des inhaltlichen Wandels des elterlichen Erziehungsgrundrechts bzw. vormundschaftlichen Sorgerechts wird in der Rechtswissenschaft auch die Auffassung vertreten, dass dieses vorzeitig individuell-partiell für jene Bereiche beendet wird, in denen das Kind bereits selbstbestimmungsfähig ist.[165] Dies sollte jedenfalls dann gelten, wenn es um Entscheidungen in höchstpersönlichen Angelegenheiten geht, wie es etwa bei einer Einwilligung zu einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit im Rahmen einer ärztlichen Therapie der Fall ist.[166] Schließlich hat die*der Minderjährige nicht nur ein Recht auf Selbstbestimmung, sondern ist auch selbst Träger*in des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit. Ein Eingriff in diese Freiheiten kann grundsätzlich – gesetzt den Fall, dass diese*r die erforderliche Einwilligungsfähigkeit aufweist – nur von dem*der Betroffenen selbst in rechtfertigender Weise genehmigt werden. Aufgrund des fiduziarischen (fremdnützigen) Charakters des Erziehungsgrundrechts ist dieses von den Eltern von vornherein auf das Wohlergehen des Kindes ausgerichtet auszuüben. Im Falle wi-

162 Spickhoff 2018, S. 421.

163 Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 Rn. 225.

164 Spickhoff 2018, S. 421.

165 Vgl. ausführlich Hoffmann 2018, S. 187.

166 Staudinger/Peschel-Gutzeit 2020, § 1626 BGB Rn. 77, 83.

derstreitender Interessen, die jedoch wesentliche Grundfreiheiten des Kindes berühren, müsste dessen Entscheidung folglich der Vorrang eingeräumt werden. Die sorgerechtlichen Befugnisse der Eltern bzw. des Vormunds*der Vormundin dienen maßgeblich dazu, beim Kind bzw. beim*bei der Jugendlichen noch nicht vorhandene Fähigkeiten auszugleichen, damit dieses*diese*r sie ausbilden kann. Insofern ein*e Minderjährige*r jedoch zur Selbstbestimmung in der Lage ist, erlischt in sog. höchstpersönlichen Angelegenheiten wie Eingriffen in die körperliche Integrität diese sorgerechtliche Funktion.[167]

In der Rechtsprechung findet dieser Ansatz insoweit Rückhalt, als Straf- und Zivilgerichte die alleinige Einwilligung eines*einer Minderjährigen für ausreichend erachten, insofern diese*r über die erforderliche geistige und sittliche Reife verfügt, um Bedeutung und Tragweite der in Rede stehenden Gestattung sowie des damit einhergehenden Eingriffs zu ermessen.[168]

Gleichzeitig sieht die Auffassung in Ausnahmefällen Abweichungsmöglichkeiten vom Grundsatz der Alleinentscheidungsbefugnis des*der Minderjährigen auch bei gegebener Entscheidungsfähigkeit vor. Geht es um besonders gravierende Eingriffe, die nicht bis zur Volljährigkeit des*der Betroffenen verschoben werden können, soll weiterhin die Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich sein. Davon erfasst wären insbesondere medizinische Behandlungen, die über Leben oder Tod des*der Minderjährigen entscheiden bzw. mit schweren irreversiblen Folgen einhergehen sowie Eilversuche, d. h. die Behandlung mit Mitteln und Methoden, die (noch) nicht zum medizinischen Standard gezählt werden können, da diese mit spezifischen Risiken verbunden sind.[169] Für die Lösung derartiger Ausnahmefälle bedürfte es eines Co-Konsenses zwischen Kind und Erziehungsberechtigten. Folglich muss eine kumulative Einwilligung aller Parteien vorliegen, die in gebührendem Maße das Selbstbestimmungsrecht des*der Minderjährigen sowie das elterliche Erziehungsgrundrecht achtet.[170]

Eine spezifische Herausforderung für die Praxis kann sich aus der Frage ergeben, wie der*die behandelnde Arzt*Ärztin im Einzelnen die Entscheidungsfähigkeit des*der Minderjährigen feststellen kann. Liegt der*die Arzt*Ärztin mit der eigenen Einschätzung falsch, ist der Eingriff letztlich rechtswidrig. Folglich wäre er*sie dazu angehalten, um sicher zu gehen, schließlich doch die Einwilligung des*der Sorgeberechtigten einzuholen. Als mögliche Alternative wird in der Rechtswissenschaft diskutiert, ob auch eine Entscheidung des Familiengerichts die Einwilligungsfähigkeit des Kindes bzw. des*der Jugendlichen bestätigen könnte.[171] Anders als im Zuge eines Verfahrens nach § 1666 BGB, würde das Gericht nicht darüber entscheiden, ob sorgerechtliche Maßnahmen (nicht)

167 Spickhoff 2018, S. 423.

168 Staudinger/Peschel-Gutzeit 2020, § 1626 BGB Rn. 89 m.w.N.

169 Vgl. Coester-Waltjen 2012, S. 559.

170 Vgl. Nebe 2017, S. 102 ff.

171 Vgl. kritisch Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 BGB Rn. 298.

veranlasst sind, sondern ob die elterliche/vormundschaftliche Zustimmung zu der in Rede stehenden medizinischen Maßnahme (nicht) erforderlich ist.[172]

Für Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe und für Pflegeeltern hat die Meinungsvielfalt in der Rechtsauslegung zur Einwilligung von Kindern und Jugendlichen in eine medizinische Behandlung allenfalls mittelbare Bedeutung. Keine der Rechtsauffassungen kann für sich in Anspruch nehmen, die allein wahre und richtige zu sein. Daher wird letztlich auch zu akzeptieren sein, wenn die Kinder- und Jugendpsychiater*innen der einen oder anderen Auslegung folgen. Allenfalls könnten Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe im Jugendamt, in Einrichtungen oder nicht sorgeberechtigte Pflegeeltern im Konfliktfall zwischen den Sorgeberechtigten und dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen auf letztere Rechtauffassung hinweisen, die einen kinderrechtebasierten Ansatz zum Umgang mit dem Konflikt bietet.

2.5.2.4 Sonderproblematik Behandlungsvertrag

Unabhängig von der Frage, ob die*der Minderjährige aufgrund der angenommenen Teilmündigkeit in die medizinische Behandlung wirksam einwilligen kann, bleibt zu klären, ob er*sie ebenfalls den zugehörigen Behandlungsvertrag mit dem Arzt*der Ärztin bzw. dem Krankenhaus wirksam abschließen kann (gem. §§ 630a ff. BGB).[173] Für den*die Behandelnde*n ist dies relevant, weil diese*r ohne einen wirksamen Vertrag keinen entgeltlichen Anspruch für die erbrachte Behandlung hat. Aus rechtlicher Sicht sind diese Einwilligung und der Behandlungsvertrag auf Grundlage unterschiedlicher Regelungen zu bewerten.

Anders als der Abschluss des Behandlungsvertrags mit dem*der Behandelnden stellt die Einwilligung in medizinische Maßnahmen keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung dar. Die Einwilligung zielt nicht darauf, durch einen Willensakt rechtswirksame Folgen (bspw. den Abschluss eines rechtlich bindenden Behandlungsvertrags) herbeizuführen. Sie stellt vielmehr eine tatsächliche Handlung dar, welche den Eingriff des Arztes*der Ärztin in ein höchstpersönliches Rechtsgut des Patienten*der Patientin gestattet.[174] In einem solchen Fall wird die Wirksamkeit der Einwilligung nicht von der Geschäftsfähigkeit des*der Minderjährigen abhängig gemacht. Vielmehr kommt es darauf an, dass diese*r es vermag, Bedeutung und Folgen des Eingriffs zu erfassen und zu verstehen.[175]

Der Abschluss eines Vertrags ist aus zivilrechtlicher Perspektive ein Rechtsgeschäft, weil dadurch unmittelbar rechtliche Verbindlichkeiten für die Vertragsparteien entstehen. Maßgeblich für den Abschluss von Rechtsgeschäften ist die Geschäftsfähigkeit (vgl. §§

172 So etwa OLG Hamm 29.11.2019 – 12 UF 236/19.

173 Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 Rn. 223; ausführlich Hoffmann 2018, S. 195 ff.

174 MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 40; Dauner-Lieb/Voigt 2021, § 630d Rn. 1; Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 Rn. 223, 287 m.w.N.

175 Lohse et al. 2018, S. 33; BGHZ 29, 33 (Ls. 1).

104 ff. BGB). Minderjährige, die das siebente Lebensjahr vollendet haben, sind jedoch nur beschränkt geschäftsfähig (§ 106 BGB) und dementsprechend nicht in der Lage, eigenständig einen ärztlichen Behandlungsvertrag abzuschließen. An dieser Stelle braucht es grundsätzlich die Eltern oder andere gesetzliche Vertreter*innen, welche diesen Vertrag im Namen des Kindes bzw. im eigenen Namen und zu dessen Gunsten abschließen können. Dies gilt jedenfalls für den Abschluss von nicht lediglich vorteilhaften Verträgen.[176] Um solche handelt es sich bei Verträgen, die entweder auf Seiten des*der Minderjährigen eine Verpflichtung begründen oder ein bestehendes Recht aufheben, also nicht nur vorteilhaft für den*die Minderjährige*n sind (vgl. § 107 BGB).[177]

Beim Abschluss eines Behandlungsvertrags ergibt sich eine Unterscheidung zwischen minderjährigen Privat- und Kassenpatient*innen.[178]

- Privat Versicherte begründen im Rahmen des Behandlungsvertrags die Zahlungsverpflichtung für die vorzunehmende Behandlung für sich selbst. Erst anschließend können sie sich das Geld von ihrer Krankenversicherung zurückerstatten lassen. Der Behandlungsvertrag ist für die*den Minderjährige*n nicht nur vorteilhaft, sodass er*sie ihn allenfalls dann ohne seine*ihre gesetzlichen Vertreter*innen abschließen kann, wenn er*sie gewillt und in der Lage ist, die Behandlungskosten aus ihrem*seinem Taschengeld zu zahlen (§ 110 BGB).
- Anders ist es jedoch bei Kassenpatient*innen, welche durch den Abschluss des Behandlungsvertrags in der Regel nicht sich selbst, sondern unmittelbar ihre Krankenversicherung zur Zahlung des Behandlungsentgelts verpflichten.[179] Für sie ist der Abschluss somit nur vorteilhaft und der Behandlungsvertrag kommt bei Vorliegen entsprechender Geschäftsfähigkeit auch ohne die gesetzlichen Vertreter*innen rechtswirksam zustande.

Weitere wichtige Voraussetzung ist bei Kassenpatient*innen zugleich die Fähigkeit des*der Minderjährigen, Sozialleistungen wirksam entgegennehmen zu können. Das Gesetz sieht diese Form der »Handlungsfähigkeit« mit Vollendung des fünfzehnten Lebensjahrs als gegeben an.[180] Der von mindestens fünfzehnjährigen Jugendlichen abgeschlossene Behandlungsvertrag ist folglich auch ohne die Zustimmung eines*einer gesetzlichen Vertreters*Vertreterin wirksam. Letztlich erfordert die Auflösung dieser zumindest unbefriedigenden Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen je nach Krankenversicherungsschutz eines Tätigwerdens des Gesetzgebers. Hierzu werden derzeit verschiedene Lösungsansätze diskutiert.[181]

176 Vgl. MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 46.

177 Vgl. Grüneberg 2023, § 107 BGB Rn. 2 ff.

178 Vgl. ausführlich Spickhoff 2018, S. 414 f.

179 MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 46.

180 MüKo/Wagner 2020, § 630a BGB Rn. 22.

181 Vgl. Spickhoff 2018, S. 417 f.

2.5.3 Einwilligung im Erziehungsdreieck

2.5.3.1 BGH-Rechtsprechung und kinderrechtsbasierter Ansatz

Die Frage nach der Entscheidungsbefugnis hinsichtlich medizinischer Behandlungen, die Minderjährige betreffen, ist ein zu komplexes Feld, als dass es eindimensionale Lösungen erlaubt.[182] Der dynamisch-prozesshafte Grundcharakter des Erwachsenwerdens spiegelt sich, wie bereits bei der ärztlichen Aufklärung dargestellt (siehe Kapitel 2.4.5), auch in der Entscheidungsfindung zur Einwilligung wider. In Ermangelung einer spezialgesetzlichen Regelung wäre bezüglich der Frage nach dem Mitbestimmungs- bzw. Alleinentscheidungsrecht von Kindern und Jugendlichen bei sie betreffenden ärztlichen Therapien grundsätzlich auf die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) Bezug zu nehmen. Diese begründet in ihrer summarischen Gesamtschau jedoch einzig ein Vetorecht zugunsten des*der urteilsfähigen Minderjährigen bei einem im Übrigen fortbestehenden alleinigem Entscheidungsrecht der Sorgeberechtigten.[183]

Die teilweise weit zurückliegenden Leitentscheidungen des BGH in dieser Frage aus den Jahren 1959, 1971 und 2006 sind jedoch vor allen Dingen stark vom patriarchalen Charakter der Erziehung ihrer Zeit geprägt.[184] So hielt der BGH 1971 eine 16-Jährige hinsichtlich einer sie betreffenden Warzenbestrahlung für nicht alleinentscheidungsbefugt, weil diese die als »überlegen vorgestellte Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Eltern oder gesetzlichen Vertreter« bedurfte.[185] An der so begründeten Gewichtung zugunsten der Erziehungsberechtigten änderte der BGH grundlegend auch nichts, als er minderjährigen Patient*innen ein Vetorecht zugestand. Um davon Gebrauch zu machen, seien sie zwar entsprechend aufzuklären, »wobei allerdings der Arzt im Allgemeinen darauf vertrauen kann, dass die Aufklärung und Einwilligung der Eltern genügt«.[186] Diese höchstrichterliche Rechtsprechung ist jedoch spätestens seit der umfassenden Reform des Patient*innenrechts aus dem Jahr 2013 überholt, denn mittlerweile ist die ordnungsgemäße Aufklärung des*der einwilligungsfähigen minderjährigen Patienten*Patientin verfassungsrechtlich geboten[187] und einfachgesetzlich verankert (vgl. § 630e Abs. 1 S. 1 BGB, siehe oben Kapitel 2.4.1). Somit kann die von den familien- und medizinrechtlichen Reformen überholte Rechtsprechung des BGH keinen verlässlichen Referenzpunkt bil-

182 So auch Nebe 2017, S. 100.

183 Nebe 2017, S. 93.

184 Vgl. BGHZ 29, 33; BGH, Urteil vom 16. November 1971 – VI ZR 76/70; BGH, Urteil vom 10. Oktober 2006 – VI ZR 74/05.

185 BGH, Urteil vom 16. November 1971 – VI ZR 76/70 Rn. 21; zu überlegen wäre, ob in diesem Urteil neben einem reaktionären Erziehungsleitbild, nicht auch ein latenter Sexismus gegenüber der minderjährigen Patientin zum Ausdruck kommt, vgl. dazu Rn. 22.

186 BGH, Urteil vom 10. Oktober 2006 – VI ZR 74/05 Rn 8.

187 Vgl. BVerfGE 128, 282 (Rn. 59).

den bei der Frage nach der Entscheidungsbefugnis im Sorgeberechtigte*r-Kind-Verhältnis hinsichtlich medizinischer Therapien.[188]

Bezieht man allerdings die UN-Kinderrechtskonvention in einer völkerrechtskonformen Auslegung[189] mit ein und erkennt in einem so zugrunde zu legenden kinderrechtebasierten Ansatz[190] das Kind bzw. den*die Jugendliche stets als ein für die eigene Lebenswirklichkeit kompetentes, dabei zugleich werdendes und deshalb schutzbedürftiges Subjekt an, muss dessen Selbstwirksamkeit nicht nur anerkannt, sondern auch der erforderliche Entfaltungsspielraum in Form von (Teil-)Mündigkeit geboten werden.[191] Demgegenüber würde ein bloßer inhaltlicher Wandel des elterlichen Erziehungsgrundrechts den Erziehungsberechtigten bis zur Volljährigkeit des Kindes eine Letztentscheidungsbefugnis einräumen. Hingegen erscheint es zunächst grundsätzlich gerechtfertigt, jungen Menschen bereits während der Minderjährigkeit die Entscheidungsbefugnis über sie betreffende medizinische Behandlungen jedenfalls in Teilen zuzugestehen.

2.5.3.2 Aufwachsen und Persönlichkeitsentwicklung als dialektischer Prozess

Gleichzeitig darf die mit dem prozesshaften Grundcharakter des Aufwachsens verbundene Schutzfunktion von Erziehung nicht aus dem Blick geraten. Bereits Kindern und Jugendlichen können und sollen in gewissem Ausmaß grundrechtliche Freiheiten zugestanden werden, damit diese eine selbstständige und gemeinschaftsfähige Persönlichkeit entwickeln und entfalten sowie die damit notwendig verbundene Verantwortung für sich (und andere) einüben können. Bis diese Verantwortung im Zuge des Prozesses des Aufwachsens sukzessive von den Sorgeberechtigten auf das Kind übergegangen ist, verbleibt sie zu dessen Schutz bei den Erwachsenen. Diesen Aspekt berücksichtigen die Vertreter*innen einer individuellpartiellen Beendigung des elterlichen Erziehungsgrundrechts/vormundschaftlichen Sorgerechts, wenn sie die Einwilligung der Sorgeberechtigten bei besonders gravierenden ärztlichen Heileingriffen für erforderlich halten. Trotz der weitreichenden Alleinentscheidungsbefugnisse, welche einwilligungsfähigen Minderjährigen einzuräumen sind, stehen die Sorgeberechtigten diesen bei Bedarf beratend und unterstützend zur Seite. Dies scheint insbesondere erforderlich, wenn es um Behandlungen geht, die über Leben oder Tod des*der Betroffenen entscheiden und nicht bis zur Volljährigkeit aufgeschoben werden können.

Die Anerkenntnis der Selbstwirksamkeit Minderjähriger darf schließlich nicht dazu führen, dass sie bei derart existenziellen Entscheidungen völlig auf sich gestellt wären. Insofern die Ausübung einer grundrechtlichen Freiheit den*die Minderjährige*n überfordert, kann sie von diesem*dieser auch nicht vollumfänglich wahrgenommen werden. Mit einer

188 Vgl. Nebe 2017, S. 100 f.

189 BVerfG 5.7.2013 – 2 BvR 708/12, Rn. 21 ff.

190 Eingehend hierzu Meysen 2022.

191 Im Grunde zustimmend MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 29.

(grund-)gesetzlichen Freiheit wird einem Kind bzw. einem*einer Jugendlichen nicht nur ein Recht, sondern gegebenenfalls ebenso die Pflicht zugeordnet, für sich selbst gut zu sorgen. Dementsprechend muss gelten, dass ein*e Minderjährige*r, bloß weil er*sie entscheidungsbefugt ist, nicht dazu verpflichtet sein darf, über die in Rede stehende ärztliche Behandlung notwendigerweise allein zu entscheiden. Bei allem möglichen Antagonismus kann das Verhältnis zwischen Sorgeberechtigten und Kind ebenso von Wohlwollen und Unterstützung geprägt sein.

Das Erlernen und Übertragen von Verantwortung im Rahmen von Erziehung und Aufwachsen ist ein dialektischer Prozess. Eine rechtliche Lösung der Frage, wann wer hinsichtlich eines auf eine*n Minderjährige*n bezogenen ärztlichen Heileingriffs entscheidungsbefugt ist, besteht folglich in einer Kombination aller drei zuvor angeführten Ansätze. Insofern keine spezialgesetzliche Regelung vorliegt, welche Minderjährigen für eine bestimmte Form ärztlicher Eingriffe eine Entscheidungsbefugnis zuerkennt, kann diese folglich von vornherein weder pauschal angenommen noch abgelehnt werden. Vielmehr bedarf es einer Bewertung des Einzelfalls, in deren Rahmen es darum geht, festzustellen, ob die*der Betroffene bereits in der Lage ist, von den eigenen (grund-)rechtlichen Freiheiten Gebrauch zu machen. Entscheidungsleitend sind in diesem Zusammenhang nicht nur das Alter und die damit verbundene (fingierte) Reife des*der Minderjährigen. Maßgeblich muss vielmehr sein, ob diese*r fähig ist, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der in Rede stehenden medizinischen Maßnahme zu verstehen, um diese miteinander abzuwägen und eine auf seinem*ihren Willen basierende, eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen.[192] Hierbei sind im Kontext des Aufklärungsgesprächs u. a. medizinische Indikation sowie Schwere des Eingriffs, mögliche Langzeit- bzw. irreversible Folgen sowie Risiken bei (Nicht-)Vornahme zu klären und miteinander abzuwägen. Für die Schaffung der notwendigen, gegebenenfalls umfangreichen Informationslage sollten die minderjährigen Patient*innen auf die Unterstützung durch ihre Sorgeberechtigten zurückgreifen können. Darüber hinaus sind ebenso persönliche Interessen des*der betroffenen Minderjährigen in die Bewertung miteinzubeziehen. Für diese Fragen wiederum sind sie zumeist selbst die besten Expert*innen in eigener Sache, denen diesbezüglich von den Eltern bzw. dem*der Vormund*in vor allen Dingen Gehör zu schenken ist.

Ein zu berücksichtigendes persönliches Interesse kann beispielsweise vorliegen, wenn eine Jugendliche eigenständig eine medizinisch nicht intendierte Abtreibung im Zuge der Beratungslösung (vgl. § 218a Abs. 1 StGB) vornehmen lassen möchte.[193] Davon wäre auszugehen, wenn die einwilligungsfähige Minderjährige nicht will, dass die Sorgeberechtigten von ihrer Schwangerschaft erfahren. Folglich würde die Betroffene eine wirksame eigenständige Einwilligung ohne Kenntnis der Sorgeberechtigten abgeben. Zu berücksichtigen ist in diesem spezifischen Kontext jedoch, dass die Jugendliche in jedem Fall vor der Abtreibung eine ausführliche Beratung bei einer fachkundigen Stelle wahrnehmen

192 A. A. Lorenz 2017, S. 786 ff.

193 Umfassend bei Lohse et al. 2018; vgl. differenzierend bei MüKo/Huber 2020, § 1626 BGB Rn. 48.

muss (vgl. § 218a Abs. 1 Nr. 1 StGB iVm § 219 Abs. 2 S. 1 StGB) und diese bestenfalls einen geeigneten Ersatz für die unterstützende Reflexion im Gespräch mit den Eltern bzw. dem*der Vormund*in darstellen könnte. Ausgehend von dieser Betrachtung ist in der Regel nicht anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche ein vergleichbares persönliches Interesse an der Geheimhaltung hinsichtlich der Einnahme von Psychopharmaka haben. Das Wissen um eine dieser Medikamenteneinnahme zugrundeliegende Erkrankung beim Kind wird von den zuständigen Sorgeberechtigten vielmehr erwartet.

2.5.3.3 Erst-recht-Schluss-Argument

Teilweise wird die Entscheidungsbefugnis von Minderjährigen über sogenannte Erst-recht-Schlüsse konstruiert. So mag es als widersinnig erscheinen, dass diese für den Bereich der Organspenden eine gesetzlich verankerte Alleinentscheidungsbefugnis haben (vgl. § 2 Abs. 2 S. 3 TPG), nicht aber für »weniger gravierende medizinische Maßnahmen«.[194] Dies erscheint zwar als logisch, weil regelmäßig davon auszugehen ist, dass ein*e Minderjährige*r, der*die über die Spende der eigenen Organe entscheiden darf, auch hinsichtlich anderer medizinischer Eingriffe entsprechend befugt sein sollte. Jenseits theoretischer Überlegungen erweist sich dieser Grundsatz hingegen als unpraktisch. Nicht nur erscheint es – jenseits von minimalinvasiven Eingriffen – schwierig, die Gravität verschiedener ärztlicher Eingriffe ins Verhältnis zu setzen. Vielmehr setzt dies weiterhin voraus, die Schwere des Eingriffs im Einzelfall zu ermitteln. Insofern bringt diese relative Abwägung keine eigentliche Erleichterung bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich des konkreten Eingriffs, sondern verlagert diese vielmehr. Geht es im Einzelnen darum festzustellen, ob ein*e Minderjährige*r entscheidungsbefugt ist, können gesetzliche bzw. rechtlich bereits anerkannte Entscheidungsbefugnisse hingegen zur Bewertung vergleichsweise herangezogen werden.

2.5.3.4 Zusammenfassende Handlungsorientierung zur Einwilligung im Erziehungsdreieck

Um dem dialektischen Moment der Einübung und Übertragung von Verantwortung im Zuge der Erziehung gerecht zu werden, lassen sich aus rechtlicher Perspektive für die Praxis folgende Handlungsorientierungen[195] festhalten:

- Für medizinische Behandlungen bei Minderjährigen liegt die Alleinentscheidungsbefugnis zunächst bei den Sorgeberechtigten. Diese sind verfassungsrechtlich gehalten, ihre erzieherische Verantwortung stets zugunsten des Kindes bzw. des*der Jugendlichen auszuüben. Dessen*deren Sichtweise und Votum ist von den Erziehungsberechtigten umso stärker zu berücksichtigen, je eher das Kind bzw. der*die Jugendliche in der Lage ist, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken

194 Lohse et al. 2018, S. 31; vgl. Coester-Waltjen 2012, S. 557.

195 Vergleichbar bei Coester-Waltjen 2012, S. 559 f.

der in Rede stehenden medizinischen Maßnahme zu verstehen, diese miteinander abzuwägen und eine auf seinem*ihrem Willen basierende, eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Je eher von der Entscheidungsfähigkeit des*der Minderjährigen auszugehen ist, desto eher muss die Einwilligung in die ärztliche Behandlung in Form eines Co-Konsenses von Kind und Eltern bzw. Vormund*in erteilt werden. Ist der*die Minderjährige im oben genannten Sinne hinsichtlich des in Rede stehenden Eingriffs entscheidungsfähig, ist ihm*ihr grundsätzlich auch eine entsprechende Alleinentscheidungsbefugnis zuzugestehen. Dies gilt insbesondere, wenn sie*er ein gesteigertes persönliches Interesse an der eigenverantwortlichen Bewertung und Durchführung des ärztlichen Heileingriffs – unter Ausschluss der Erziehungsberechtigten – hat.[196] Dem*der Minderjährigen ist so viel autonomer Handlungsraum zuzugestehen wie möglich und so viel heteronome Erziehung durch die Sorgeberechtigten zuzumuten wie nötig.[197]

- Demgegenüber kommt die Lösung eines Konflikts mittels eines familiengerichtlichen Verfahrens allenfalls in Betracht, insofern der*die Minderjährige (noch) nicht einwilligungsfähig ist.[198] Die sorgerechtliche Verantwortung sowie die damit verbundenen Vertretungsbefugnisse der Eltern bzw. des Vormunds*der Vormundin bestehen nur, um die sich noch ausbildenden Fähigkeiten des Kindes zu ersetzen. Demgegenüber sollte sich die Sorge insbesondere in jene Kernbereiche des Persönlichkeitsrechts zurückziehen, wo die*der Minderjährige bereits zur autonomen Lebensführung fähig ist.[199] Neben Fällen, da es an der Einwilligungsfähigkeit des Kindes bzw. des*der Jugendlichen fehlt, sollte das Familiengericht folglich nur angerufen werden, wenn diese Fähigkeit in Frage steht. Folglich ginge es darum, im Sinne eines Negativtests anzuerkennen, dass die*der Minderjährige einwilligungsfähig und deshalb keine gerichtliche Entscheidung erforderlich ist.[200]
- An der Entscheidungsfähigkeit kann es insbesondere bei medizinisch besonders gravierenden und nicht bis zum Eintritt der Volljährigkeit des*der Betroffenen verschiebbaren Eingriffen fehlen. Dazu gehören neben Maßnahmen, die über Leben oder Tod entscheiden, auch solche, die mit irreversiblen gesundheitlichen Schäden einhergehen können, sowie Eilversuche, bei denen Mittel und Methoden der Behandlung (noch) nicht als medizinischer Standard gelten und entsprechend unwägbare Risiken bergen.

196 Zustimmend MüKo/Huber 2020, § 1626 Rn. 40 ff. m.w.N.; a.A. ausführlich bei Staudinger/Lettmaier 2020, § 1626 Rn. 289 m.w.N.

197 Vgl. Spickhoff 2018, S. 413.

198 Spickhoff 2018, S. 420.

199 Vgl. BVerfGE 59, 360 Rn. 90.

200 Spickhoff 2018, S. 420.

- Eine gesetzliche bzw. rechtliche Alleinentscheidungsbefugnis des*der Minderjährigen begründet zu deren Lasten nicht die Pflicht, diese allein, d. h. ohne Einbezug ihrer Sorgeberechtigten, ausüben zu müssen.
- Bereits vor Bestehen der Entscheidungsfähigkeit sind Minderjährige dazu befugt, der Einwilligung ihrer Erziehungsberechtigten in medizinisch nicht oder nur bedingt indizierten Behandlungen zu widersprechen (Vetofähigkeit).

Im Ergebnis steht somit letztlich ein gestuftes Verfahren, das den Minderjährigen die größtmögliche und dabei entsprechend ihrer Reife zunehmende Autonomie zugesteht. Dies setzt immer wieder neue, umfassende Abwägungsprozesse voraus, welche insbesondere die Sorgeberechtigten, den*die Behandelnde*n sowie gegebenenfalls andere an der Entscheidungsfindung beteiligte Erwachsene dazu auffordern, den Kindern und Jugendlichen Gehör zu schenken. Dies bedeutet in der praktischen Umsetzung einiges an Arbeit, welche jedoch mit Blick auf die schutzwürdigen Interessen – Leben, Gesundheit und Autonomie des Kindes sowie die erzieherische Verantwortung der Sorgeberechtigten – als gerechtfertigt erscheint.

Verfolgen und verinnerlichen Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst und im Pflegekinderdienst bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Hilfeplanung einen kinderrechtebasierten Ansatz, gehört zu ihrem Selbstverständnis, sich für den Willen und die Wünsche sowie die Ambivalenzen der Kinder und Jugendlichen zu interessieren. Sie sorgen dafür, dass diese in der Hilfeplanung ausreichend Berücksichtigung finden und nicht übergangen werden, ohne dass eine eingehende Auseinandersetzung mit den Sichtweisen der jungen Menschen stattgefunden hat und die Potenziale für Selbstbestimmung ausgelotet wurden. Zu einem kinderrechtebasierten Ansatz gehört auch das Recht der Kinder und Jugendlichen auf Fürsorge durch ihre Eltern. Der*die Kinder- und Jugendpsychiater*in und -psychotherapeut*in und die Einrichtung bzw. Pflegeeltern haben in ihrer Kooperation eine Machtposition gegenüber dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen sowie den Eltern oder sonst Sorgeberechtigten inne. Die Fachkräfte in den Sozialen Diensten im Jugendamt sind daher in der Verantwortung, dass Sorgen, Kritik, Zweifel oder Wünsche an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht unterdrückt werden. Die Hilfeplanung ist in diesem Fall der Ort, an dem die unterschiedlichen Positionen ins Gespräch und in eine Aushandlung gebracht werden können und im Sinne der §§ 36, 37 ff. SGB VIII auch sollen.

	Familien- und zivilrechtliche Dimension (Verhältnis Kind bzw. Jugendliche*r, Personensorgeberechtigten und KJPP)	Sozialrechtliche Dimension des SGB VIII	
		Einrichtungen der KJH & Pflegeeltern	ASD Jugendamt
Gemeinsame Pflicht von Sorgeberechtigten, KJPP & KJH	● Das Kind bzw. den*die Jugendliche*n im Umgang mit einer psychischen Erkrankung und möglichen Therapien beraten und unterstützen. ● Konstruktive Perspektiven hin zu einem eigenverantwortlichem, selbstbestimmtem und auf Teilhabe ausgerichtetem Leben eröffnen (insbesondere Integration der Krankheit ins eigene Selbstbild sowie im Zusammenhang mit möglichen weiteren multiplen persönlichen Belastungen).		
Individuelle Pflichten	Die Sorgeberechtigten tragen dem*der Minderjährigen gegenüber im Rahmen der Gesundheitsfürsorge die Verantwortung für dessen*deren körperliches Wohlergehen (Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG iVm § 1631 Abs. 1 BGB; § 1795 Abs. 1 BGB; § 1809 Abs. 1 S. 2 BGB) und haben diese*n in einer seinen*ihren Möglichkeiten sowie Bedürfnissen entsprechenden Weise in das ärztliche Aufklärungsgespräch sowie die Entscheidungsfindung über die (Nicht-)Vornahme der Therapie einzubeziehen.	Die Fachkräfte aus den Einrichtungen sowie den Pflegediensten haben nur ein von den Sorgeberechtigten abgeleitetes Erziehungsrecht und sind dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen gegenüber lediglich in Fragen der Alltagssorge entscheidungsbefugt (§ 1688 BGB).	Der ASD hat im Kontext der Hilfeplanung insbesondere die Aufgabe, das Gelingen der Entwicklungsprozesse des Kindes bzw. des*der Jugendlichen zum Gegenstand des gemeinsamen Austauschs zwischen allen für die gesundheitliche Versorgung des*der Minderjährigen wesentlichen Akteur*innen zu machen, sie reflektierend zu hinterfragen sowie Möglichkeiten der Verbesserung zu besprechen und zu vereinbaren (§ 36 SGB VIII).

	Der*die Kinder- und Jugendpsychiater*in/Psychotherapeut*in ist dazu verpflichtet, die auf der ordnungsgemäßen Aufklärung basierende rechtmäßige Einwilligung des Patienten*der Patientin sowie gegebenenfalls dessen*deren gesetzlichen Vertreters zur Vornahme der Therapie einzuholen (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB).	Die Fachkräfte aus den Einrichtungen, den Pflegekinderdiensten sowie dem ASD haben zwei gemeinsame Aufträge: ● Zum einen die Förderung der Entwicklung und Erziehung des Kindes bzw. des*der Jugendlichen »zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit« (§ 1 Abs. 1 SGB VIII). Im Sinne eines kinderrechtebasierten Ansatzes sollten sie sich für die Bedürfnisse, Interessen, Wünsche und Ambivalenzen der Kinder bzw. Jugendlichen im Umgang mit ihrer Erkrankung sowie deren (möglicher) Behandlung interessieren und dafür sorgen, dass diese ausreichend Berücksichtigung finden im Zuge der Aufklärung und Entscheidungsfindung über die (Nicht-)Vornahme einer Therapie. Gleiches gilt für Pflegeeltern in ihrer Funktion als Leistungserbringer nach dem SGB VIII. ● Zum anderen sind die Fachkräfte aus der KJH dazu angehalten, im Kontext der erzieherischen Hilfen bzw. der Hilfeplanung auch die personensorgeberechtigten Eltern bzw. die Pflegeeltern bei allgemeinen (nicht die Aufklärung selbst betreffenden) Fragen zur Gesundheitsversorgung ihres Kindes zu beraten (§§ 37 Abs. 1. S. 1, 37a S. 1 SGB VIII). Diese gesetzlichen Beratungspflichten können bei Unsicherheiten bzw. Konflikten im Kontakt zwischen Eltern und Behandelndem*Behandelnder von den Fachkräften der KJH genutzt werden, um in der Kooperation mit der KJPP eine den Bedarfen des Kindes bzw. des*der Jugendlichen entsprechende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Adressat*in der Aufklärung	Sorgeberechtigte müssen aufgeklärt werden, wenn sie für das Kind bzw. den*die Jugendliche*n in Gesundheitsfragen vertretungsbefugt sind (vgl. § 630d Abs. 4 BGB). Unabhängig davon sind (auch nicht einwilligungsfähige) Minderjährige unbedingt in einer ihrem Entwicklungsstand und damit verbundenen Verständnishorizont entsprechenden Weise aufzuklären, damit sie sich einen eigenen Willen über ihre (Nicht-)Behandlung bilden und diesen zur Geltung bringen können (vgl. § 630d Abs. 5 BGB iVm Art. 12 UN-Kinderrechtskonvention, Grundsatz 11 Abs. 9 UN-Konvention zum Schutz von psychisch Kranken).	Fachkräfte aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, dem ASD, dem Pflegekinderdienst sowie die Pflegeeltern müssen aus rechtlicher Perspektive nicht aufgeklärt werden bzw. ihrerseits den*die Minderjährige*n über die ärztliche Behandlung aufklären. Darüber hinaus kann von ihnen nicht verlangt werden, dass sie über spezifisches medizinisches Fachwissen verfügen.

Pflichten im Kontext der Aufklärung	Der*die behandelnde Kinder- und Jugendpsychiater*in/Psychotherapeut*in muss den*die (minderjährige*n) Patienten*Patientin sowie gegebenenfalls dessen*deren gesetzlichen Vertreter ordnungsgemäß aufklären (§§ 630e Abs. 1. S. 1, 630d Abs. 4 BGB). Therapeutische bzw. Sicherungsaufklärung: Der*die Patient*in soll durch die bereitgestellten Informationen in die Lage versetzt werden, das eigene Verhalten der gewünschten Behandlung entsprechend anzupassen, um dadurch für den Behandlungserfolg notwendiges partnerschaftliches Zusammenwirken zwischen Behandeltem*Behandelter und Behandelndem*Behandelnder herzustellen (Adherence) (vgl. § 630c BGB). Der*die Patient*in ist im eigenen Interesse zur Mitwirkung angehalten, jedoch nicht rechtlich verpflichtet, sodass die Verantwortung für die ordnungsgemäße Aufklärung und Einholung sämtlicher für den Behandlungserfolg relevanten Informationen weiterhin beim*bei der Behandelnden liegt.	Die Einhaltung der formalen Anforderungen der Aufklärung ist für die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe in der Regel nicht relevant. Werden diese jedoch wiederholt missachtet, ist dies ein wichtiger Hinweis. In der Folge sollten gemeinsam mit den jungen Menschen, den Sorgeberechtigten und in der Kooperation mit der KJPP der Aufklärung und Selbstbestimmung des Kindes bzw. des*der Jugendlichen nachgegangen werden. Bei Hinweisen auf eine fehlende bzw. mangelhafte Aufklärung können und sollten die Fachkräfte bzw. Pflegeeltern gemeinsam mit dem*der minderjährigen Patienten*Patientin reflektieren, ob und wie diese*r im Weiteren (insbesondere im Kontakt mit dem Arzt*der Ärztin) vorgehen kann.	
		Der Beitrag der Fachkräfte aus den Einrichtungen der KJH sowie der Pflegeeltern zur Kooperation mit der KJPP liegt in der Begleitung des Kindes bzw. des*der Jugendlichen im Zuge seines*ihres Reflexionsprozesses hinsichtlich folgender Fragen: ● Hat eine (ordnungsgemäße) Aufklärung stattgefunden? Wie ist diese verlaufen? ● Welche Aspekte sind im Zuge der Entscheidungsfindung hinsichtlich der in Rede stehenden Therapie für das Kind bzw. den*die Jugendliche*n wesentlich?	Die Fachkräfte aus dem ASD sind aufgefordert, sich im Kontext der Hilfeplanung zu vergewissern: ● Wurde das Kind bzw. die*der Jugendliche (ordnungsgemäß) aufgeklärt? ● Wird das Kind bzw. die*der Jugendliche von der Einrichtung bzw. den Pflegeeltern hinsichtlich Fragen zur Erkrankung und Behandlung seinen Bedürfnissen entsprechend begleitet?

	Die Mitwirkungsobliegenheit trifft dabei vorrangig die Personensorgeberechtigten sowie abhängig von dessen*deren Verständnishorizont gegebenenfalls auch den*die Minderjährige. Selbstbestimmungsaufklärung: Der*die Patient*in soll durch Bereitstellung sämtlicher für die Einwilligung wesentlicher Umstände in die Lage versetzt werden, Erforderlichkeit, Nutzen und Risiken der Behandlung eigenständig gegeneinander abwägen und auf dieser Grundlage frei sowie autonom über die (Nicht-)Vornahme des Eingriffs bzw. der Behandlung entscheiden zu können (vgl. § 630e BGB). Voraussetzung dafür sind ein ergebnisoffenes Gespräch zwischen Behandelndem*Behandelnder und Behandeltem*Behandelter, sowie dass die bereitgestellten Informationen klar, vollständig und wahrheitsgemäß sind.	● Wie ist das Verhältnis zum*zur Behandelnden? ● Wird dem Selbstbestimmungsrecht des*der Minderjährigen im Kontakt mit den Personensorgeberechtigten sowie dem*der Behandelnden gebührend Rechnung getragen? ● Lassen sich infolge der Therapie bestimmte Auffälligkeiten bzw. (fehlende) Veränderungen wahrnehmen (bspw. Gewichtszunahme, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, anhaltendes Aggressionspotenzial)? Wie können diese Beobachtungen dem*der Behandelnden gegenüber kommuniziert werden?	● Werden mögliche Machtdisbalancen zwischen den Fachkräften der Einrichtung bzw. den Pflegeeltern sowie dem*der Behandelnden kritisch reflektiert und gemeinsam mit dem Kind bzw. dem*der Jugendlichen kommuniziert? ● Werden die Selbstbestimmungsrechte des*der Minderjährigen im Verhältnis zu den Sorgeberechtigten (Eltern, Vormund*in, Ergänzungspfleger*in), zu den Fachkräften der Einrichtung bzw. Pflegeeltern sowie im Zuge der Kooperation zwischen Einrichtung bzw. Pflegeeltern und dem*der Behandelnden gewahrt (vgl. §§ 37b Abs. 2, 45 Abs. 2 Nr. 4 SGB VIII)? ● Kommt es beim Kind/beim*bei der Jugendlichen zu Auffälligkeiten bzw. (fehlenden) Veränderungen infolge der Therapie (bspw. Gewichtszunahme, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, anhaltendes Aggressionspotenzial)? Werden diese Beobachtungen mit dem*der Behandelnden thematisiert und mögliche weitere Behandlungsschritte eingeleitet?

	In diesem Kontext muss der*die Behandelnde ebenfalls die medizinische Indikation möglicher Therapieformen darlegen, ob also eine Krankheit mit einer bestimmten Therapie erfolgreich behandelt werden kann (besonderer Fall: Off-Label-Gebrauch bzw. zulassungsüberschreitende Anwendung).		
Einwilligung	Die Einwilligung in eine medizinische Therapie ist vordergründig im dualen Verhältnis zwischen den Personensorgeberechtigten und dem*der Minderjährigen zu klären. Zwingend zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass die Personensorgeberechtigten das Kind bzw. den*die Jugendliche*n in sie*ihn betreffende Fragen einbeziehen und dabei Einvernehmlichkeit anstreben sollen (vgl. § 1626 Abs. 2 BGB; § 1788 Nr. 1 und 4 Var. 1, § 1790 Abs. 2 BGB). Für die Frage nach der Mit- bzw. Alleinentscheidungsbefugnis des*der Minderjährigen maßgeblich ist die Klärung	Hinsichtlich der Frage der Entscheidungsfähigkeit sowie Entscheidungsbefugnis des*der Minderjährigen haben die Fachkräfte aus der Einrichtung bzw. die Pflegeeltern keinen aktiven Part. Die rechtswissenschaftliche Meinungsvielfalt hinsichtlich der Einwilligungsbefugnis des*der Minderjährigen hat keine unmittelbare Bedeutung für ihr Verhalten. Kommt es jedoch im Dreieck zwischen minderjährigem Patienten*minderjähriger Patientin, Personensorgeberechtigten und Behandelndem*Behandelnder zu Unstimmigkeiten über die Einwilligungsfähigkeit des Kindes bzw. des*der Jugendlichen, bildet dies einen Anlass	Im Kontext der Hilfeplangestaltung haben die Fachkräfte aus dem ASD sowohl das Kind bzw. den*die Jugendlich*n, die Personensorgeberechtigten, die Fachkräfte aus der Einrichtung sowie den*die behandelnde*n Jugendpsychiater*in/-psychotherapeut*in zu beteiligen. Die Fachkräfte im ASD haben dafür Sorge zu tragen, dass Sorgen, Kritik, Zweifel ebenso wie Wünsche des Kindes bzw. des*der Jugendlichen hinsichtlich der eigenen medizinischen Behandlung nicht übergangen werden bzw. bei der Entscheidungsfindung unberücksichtigt bleiben. Der Rahmen der Hilfeplanung sollte insbesondere zur Klärung genutzt werden, wenn es zwischen dem Kind bzw.

	seiner*ihrer Einwilligungsfähigkeit sowie Einwilligungsbefugnis. Zur Einwilligung fähig ist eine (minderjährige) Person, wenn sie Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme erfassen und ihren Willen danach ausrichten kann. Die Einwilligungsfähigkeit orientiert sich maßgeblich an drei Kriterien: ● Einsichtsfähigkeit (Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme verstehen können); ● Urteilsfähigkeit (Nutzen und Risiken der medizinischen Maßnahme abwägen und willensbasierte, eigenverantwortliche Entscheidung treffen können); ● Steuerungsfähigkeit (Handeln entsprechend der eigenen Einsicht steuern können). Hinsichtlich der (alleinigen) Einwilligungsbefugnis eines minderjährigen Patienten*einer minderjährigen Patientin herrscht Uneinigkeit in der Rechtswissenschaft (vgl. Kapitel 2.4.2 und 2.4.3).	für die Fachkräfte, die Divergenzen im Rahmen der Einzelfallkooperation ins Gespräch zu bringen. In diesem Zusammenhang können die Fachkräfte insbesondere auf die in der Rechtwissenschaft diskutierte Möglichkeit einer individuell-partiellen Beendigung des elterlichen Erziehungsgrundrechts bzw. vormundschaftlichen Sorgerechts hinweisen, welche einen kinderrechtebasierten Ansatz für die Bewältigung des Konflikts bietet.	dem*der Jugendlichen, den Personensorgeberechtigten und dem*der Behandelnden zu Uneinigkeiten etwa über die Einwilligungsfähigkeit des*der Minderjährigen kommt. In diesem Zusammenhang können die Fachkräfte insbesondere auf die in der Rechtwissenschaft diskutierte Möglichkeit einer individuell-partiellen Beendigung des elterlichen Erziehungsgrundrechts bzw. vormundschaftlichen Sorgerechts hinweisen, welche einen kinderrechtebasierten Ansatz für die Bewältigung des Konflikts bietet. Darüber hinaus kann das Jugendamt den Eltern in der Regel keine Vorgaben machen, ob diese in eine Behandlung einwilligen sollen oder nicht. Demgegenüber ist das Jugendamt ausnahmsweise dazu verpflichtet, das Familiengericht anzurufen, wenn die (Nicht-) Vornahme einer ärztlichen Therapie eine Kindeswohlgefährdung bedeuten würde (vgl. § 8a Abs. 2 S. 1 SGB VIII iVm § 1666 Abs. 1 BGB). Dies wird in der Praxis hingegen nur sehr selten der Fall sein.

2.6 Zusammenfassung: Verknüpfung familien- und zivilrechtlicher mit sozialrechtlicher Dimension

Die familien- und zivilrechtlichen Beziehungen im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung von jungen Menschen, die in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Pflegefamilien leben, werden durch das Recht nicht verbunden. Die sozialrechtlichen Beziehungen in der Kinder- und Jugendhilfe stehen vielmehr gesetzlich weitgehend unverbunden daneben. Die beiden rechtlich unabhängig voneinander konstruierten Sphären sind aber in der Lebensrealität der jungen Menschen in Form der Kooperation zwischen KJH und KJPP untrennbar miteinander verknüpft. Die wesentlichen Schnittstellen werden in der folgenden Tabelle daher aufeinander bezogen und in ihrem Wechselspiel mit den jeweiligen rechtlichen Implikationen dargestellt.

Literatur

Abbas, Sascha, Peter Ihle, Jürgen-Bernhard Adler, Susanne Engel, Christian Günster, Roland Linder, Gerd Lehmkuhl & Ingrid Schubert (2016). Psychopharmaka-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesweite Auswertung von über 4 Millionen gesetzlich Versicherten von 2004 bis 2012. In: Deutsches Ärzteblatt (Jg. 113) H. 22/23, S. 396–403.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2018). Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen. Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: AGJ. (https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Von-Kind-u-Familie_-aus-denken-nicht_von-Institutionen.pdf – zuletzt abgerufen am 24.11.2024.) (zit.: BAG KJPP et al. 2018, S. X.)

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2015). »Junge Menschen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe«. Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ zur Entwicklung gemeinsamer Eckpunkte der Zusammenarbeit beider Systeme. Berlin: AGJ.

Beckmann, Rainer (2018). Indikation und »Therapiezieländerung«. In: Medizinrecht (MedR) 36, S. 556–562.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSGFV Hamburg) (2007). Ein Klima der Kooperation fördern. Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergebnisse der Arbeitsgruppe Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie 2006–2007. BSGFV Hamburg: Hamburg.

Benda, Ernst, Werner Maihofer & Hans-Jochen Vogel (Hrsg.) (1994). Handbuch des Verfassungsrechts für die Bundesrepublik Deutschland. 2. Auflage. Berlin/New York: Walter de Gruyter. (zit. HdbVerfR / Autor*in, § X Rn. Y.)

Brandenburg, Vincent, Andreas Schleser & Harm Peters (2009). Von Compliance zur Adhärenz in der Nephrologie. Therapietreue als Teamaufgabe. In: Der Nephrologe (H. 4), S. 534–537.

Brandt, Leon A. & Thomas Meysen (2022). Religion und Weltanschauung in der Kinder- und Jugendhilfe: Neutral gegen radikal? RaFiK-Rechtsexpertise zum Neutralitätsgebot. Heidelberg: SOCLES.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ) (2015). Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII. Empfehlungen. Köln.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2020). Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt. Berlin: BPTK. (https://www.bptk.de/fast-20-prozent-erkranken-an-einer-psychischen-stoerung/ – zuletzt aufgerufen am 24.11.2024)

Coester, Michael, Stefan Heilmann & Ludwig Salgo (Bearbeiter*innen) (2016). J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen. Buch 4

Familienrecht §§ 1638–1683 (Elterliche Sorge 2 – Vermögenssorge, Kinderschutz, Sorgerechtswechsel). Berlin: Ottoschmidt – De Gruyter (zit. Staudinger/Autor*in 2020, § X Rn. Y.).

Coester, Michael, Saskia Lettmaier & Ludwig Salgo (Bearbeiter*innen) (2020). J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen. Buch 4 Familienrecht §§ 1626–1631; Anhang zu § 1631: RKEG; §§ 1631a–1633 (Elterliche Sorge – Inhalt und Inhaberschaft). Berlin: Ottoschmidt – De Gruyter (zit. Staudinger/Autor*in 2020, § X Rn. Y.).

Coester-Waltjen, Dagmar (2012). Reichweite und Grenzen der Patientenautonomie von Jungen und Alten – Ein Vergleich. In: Zeitschrift Medizinrecht (MedR) H. 30, S. 553–560.

Damm, Reinhard (2015). Einwilligungs- und Entscheidungsfähigkeit in der Entwicklung von Medizin und Medizinrecht. In: Zeitschrift Medizinrecht (MedR) H. 33, S. 775–785.

Dauner-Lieb, Barbara, Thomas Heidel & Gerhard Ring (Hrsg.) (2021). Nomos-Kommentar BGB. Schuldrecht 2/2 §§ 488–661a. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. (zit. Dauner-Lieb/Autor*in 2021, § X Rn. Y).

Destatis (2022). Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland nach Art der Hilfe. Wiesbaden. (www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/Tabellen/hilfen-erziehung-jungevolljaehrige.html - zuletzt aufgerufen am 24.11.2024)

Dreier, Horst (Hrsg.) (2013). Grundgesetz Kommentar. Band I Präambel, Artikel 1–19. 3. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck. (zit. Dreier/Autor*in 2013, Art. X Rn. Y.)

Erb, Saskia (2018). Die Kodifikation des Behandlungsvertragsrechts im BGB. Beseitigung alter oder Generierung neuer Probleme? In: Dauner-Lieb, Barbara, Christian Berger & Florian Faust (Hrsg.). Studien zum Zivilrecht. Band 23. Baden-Baden: Nomos.

Fangerau, Heiner, Sascha Topp & Klaus Schepker (Hrsg.) (2017). Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin: Springer.

Fegert, Jörg M., Michael Kölch, Ulrich Krüger, Anja E. Baumann, Maik Herberhold, Tina Wessels, Ute Mendes & Ullrich Raupp (2017). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Projektbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. (www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/versorgung-psychisch-kranker-kinder-und-jugendlicher-in-deutschland-bestandsaufnahme-und-bedarfsanalyse.html – zuletzt aufgerufen am 24.11.2024)

Franke, Cindy, Jörg M. Fegert, Ulrich Krüger & Michael Kölch (2016). Verordnungshäufigkeiten von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ZKJPP), 44/4, S. 259–274.

Groen, Gunter & Astrid Jörns-Presentati (2018). Grenzgänger. Kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Evaluation eines Modellprojektes zur Förderung der Kooperation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Elmshorn und der Jugendämter der Kreise Pinneberg und Steinburg. Hamburg: Psychiatrie Verlag.

Grüneberg, Christian (Hrsg.) (2023). Beck'sche Kurzkommentare. Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen. 82. Auflage. München: C. H. Beck.

Hähner-Rombach, Sylvelyn & Christine Hartig (2019). Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978. Abschlussbericht Modul 1 und 2. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung Institut für Geschichte der Medizin.

Hartig, Christine (2020). Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978. Auswertung von Einzelfallakten zur Vertiefung der in Modul 1 und 2 orientierend beantworteten Fragen. Endbericht. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung, Institut für Geschichte der Medizin.

Hegerfeld, Nicola (2018). Ärztliche Aufklärungs- und Informationspflichten. Eine Auseinandersetzung mit der Qualität der Kodifizierung der § 630e und § 630c BGB. Tübingen: Mohr Siebeck.

Hirsch, Michael (1965). Entzug und Beschränkung des elterlichen Sorgerechts. Praxis und Reformbedürftigkeit des Sorgerechtsentzugs; Reformvorschläge. Berlin: Luchterhand.

Hoffmann, Birgit (2018). Personensorge. Rechtliche Erläuterungen für Beratung, Gestaltung und Vertretung. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Hölling, Heike, Michael Erhart, Ulrike Ravens-Sieberer & Robert Schlack (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz H. 50, S. 784–793.

Janssens, Uwe, Hilmar Burchardi, Gunnar Duttge, Renate Erchinger, Peter Gretenkort, Michael Mohr, Friedemann Nauck, Sonja Rothärmel, Fred Salomon, Peter Schmucker, Alfred Simon, Herwig Stopfkuchen, Andreas Valentin, Norbert Weiler & Gerald Neitzke (2012). Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). In: Zeitschrift Medizinrecht (MedR) H. 30 , S. 647–650.

Jarass, Hans & Martin Kment (2020). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar. 16. Auflage. München: C. H. Beck. (zit. Jarass/Pieroth/Autor*in, Art. X Rn. Y.)

Kaeding, Nadja & Laura Schwenke (2016). Medizinische Behandlung Minderjähriger – Anforderungen an die Einwilligung. In: Zeitschrift Medizinrecht (MedR) H. 34, S. 935–940.

Katzenstein, Henriette, Thomas Meysen & Ulrike Urban-Stahl (2021). Recht und Sozialpädagogik: Vormundschaft im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe. In: Wedermann, Stefan, Henriette Katzenstein, Jacqueline Kauermann-Walter, Katharina Lohse & Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft (Hrsg.). Vormundschaft: Sozialpädagogischer Auftrag – Rechtliche Rahmung – Ausgestaltung in der Praxis. Frankfurt a.M.: IGfH, S. 12–30.

Klinkhammer, Frank (2012). Beschneidung männlicher Kleinkinder und gesetzliche Vertretung durch die Eltern. In: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ) H. 24, S. 1913–1915.

Kölch, Michael, Jörg M. Fegert, Gundolf Berg & Martin Jung (2015). Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und

Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB. DGKJP/BKJPP/KJPP/BKJPP: Berlin, Mainz & Schleswig.

Kölch, Michael, Hans-Dieter Lippert & Jörg M. Fegert (2020). Aufklärung und Einwilligung bei Kindern und Jugendlichen. In: Fegert, Jörg M. et al. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer Reference Medizin. Berlin/Heidelberg: Springer. (https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_91-1 – zuletzt aufgerufen am 24.11.2024)

Kreße, Bernhard (2015). Aufklärung und Einwilligung beim Vertrag über die ärztliche Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten. In: Zeitschrift Medizinrecht (MedR) H. 33, S. 91–96.

Lohse, Katharina, Henriette Katzenstein, Janna Beckmann, David Seltmann & Dr. Thomas Meysen (2018). Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. Expertise. Berlin: S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt.

Lohse, Katharina & Heike Wunderlich (2021). Die Reform des Vormundschaftsrechts: Das Kind im Mittelpunkt der Vormundschaft. In: Wedermann, Stefan, Henriette Katzenstein, Jacqueline Kauermann-Walter, Katharina Lohse & Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft (Hrsg.). Vormundschaft: Sozialpädagogischer Auftrag – Rechtliche Rahmung – Ausgestaltung in der Praxis. Frankfurt a.M.: IGfH, S. 51–66.

Lorenz, Annegret (2017). Das Selbstbestimmungsrecht des einsichtsfähigen Minderjährigen bei Eingriffen in die körperliche Integrität. In: Neue Zeitschrift für Familienrecht (NZFam), S. 782-788.

Magnus, Dorothea (2017). Informed consent: Ein hinreichendes Konzept im Strafrecht? In: Lindner, Josef Franz (Hrsg.). Selbst- oder bestimmt? Illusionen und Realitäten des Medizinrechts. Baden-Baden: Nomos, S. 107–126.

Mangoldt, Hermann von, Friedrich Klein & Christian Starck (Begr.). Huber, Peter M. & Andreas Voßkuhle (Hrsg.) (2018). Grundgesetz Band 1, Präambel, Artikel 1–19. München: C. H. Beck. (zit. v. Mangoldt et al./Autor*in 2018 I, Art. X Rn. Y.)

Meysen, Thomas (2022). Gesicherte Rechtsansprüche versus infrastrukturelle Maßnahmen – oder geht auch beides? In: Kirsten Scheiwe, Wolfgang Schröer, Friederike Wapler, Michael Wrase (Hrsg.). Rechtsdurchsetzung, Implementationsdefizite und Rechtsverwirklichung in der Kinder- und Jugendhilfe. Beiträge zum zweiten Forum Kinder- und Jugendhilferecht. Schriften zum Familien- und Sozialrecht Bd. 4. Baden-Baden: Nomos, S. 75–90.

Meysen, Thomas, Mareike Paulus, Regine Derr & Heinz Kindler (2023). Sexueller Kindesmissbrauch und die Arbeit der Jugendämter. Fallstudie. Hrsg. von Unabhängige Kommission zu Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs. Berlin.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (MAGS MV) (2011). Leitfaden zur Zusammenarbeit: Kinder- und Jugendhilfe mit Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern. MAGS MV: Schwerin.

Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (2020). Band 5. Schuldrecht – Besonderer Teil II. §§ 535–630h BGB, BetrKV, HeizkostenV, WärmeLV, EFZG, TzBfG, KSchG, MiLoG. Redaktion Henssler, Martin & Krüger Wolfgang. 8. Auflage. München: C. H. Beck. (zit. MüKo/Autor*in 2020, § X Rn. Y.)

Münchner Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (2020). Band 10. Familienrecht II. §§ 1589–1921 BGB, SGB VIII. Redaktion Schwab, Dieter. 8. Auflage. München: C. H. Beck. (zit. MüKo/Autor*in 2020, § X Rn. Y.)

Münder, Johannes, Thomas Meysen & Thomas Trenczek (Hrsg.) (2022). Frankfurter Kommentar SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. 9. Auflage. Baden-Baden: Nomos. (zit. Münder/Meysen/Trenczek/Autor*in 2022, § X Rn. Y.)

Nebe, Katja (2017). Die elterliche Personensorge – elterliche (Mit-)Entscheidungsbefugnis bei medizinischer Behandlung Minderjähriger? In: Lindner, Josef Franz (Hrsg.). Selbst- oder bestimmt? Illusionen und Realitäten des Medizinrechts. Baden-Baden: Nomos, S. 83–106.

Peschel-Gutzeit, Lore Maria (2014). Die Bedeutung des Kindeswillens. In: Neue Zeitschrift für Familienrecht (NZFam), S. 433–437.

Ravens-Sieberer, Ulrike, Nora Wille, Susanne Bettge & Michael Erhart (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz H. 50, S. 871–878.

Schäfer, Christian (2017). Patientencompliance. Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.

Schilling, Robert (1953). Schund- und Schmutzgesetz. Handbuch und Kommentar zum Gesetz über die Verbreitung jugendgefährdender Schriften vom 9. Juni 1953 (BGBl. I S. 377). Darmstadt: Fachverlag Dr. N. Stoytscheff.

Schrapper, Christian (2018). Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII. In: Karin Böllert (Hrsg.). Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: VS Verlag, S. 1029–1044.

Seckinger, Mike (2023). Psychische Gesundheit – Entwicklungen und Herausforderungen aus einer Jugendhilfeperspektive. In: FORUM Jugendhilfe H. 04/2023, S. 4–10.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin & Senatsverwaltung für Bildung Jugend und Sport Berlin (SenGSV & SenBJS) (2003). Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule. SenGSV & SenBJS: Berlin.

Spickhoff, Andreas (2018). Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit von Minderjährigen im Kontext medizinischer Behandlungen. In: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ) H. 6, S. 412–425.

Wagner, Sylvia (2016). Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial.Geschichte Online H. 19, S. 61–113.

Wapler, Friederike (2015). Kinderrechte und Kindeswohl. Eine Untersuchung zum Status des Kindes im Öffentlichen Recht. Tübingen: Mohr Siebeck.

Wedermann, Stefan, Henriette Katzenstein, Jacqueline Kauermann-Walter, Katharina Lohse, Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft (Hrsg.) (2021). Vormundschaft: Sozialpädagogischer Auftrag – Rechtliche Rahmung – Ausgestaltung in der Praxis. Frankfurt a.M.: IGfH.

Wiesner, Reinhard & Friederike Wapler (Hrsg.) (2022). SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. 6. Auflage. München: C. H. Beck. (zit. Wiesner/Wapler/Autor*in 2022, § X Rn. Y.)

3. Expertise zur Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Michael Kölch

3.1 Einführung

Die Entwicklungen von Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) sind historisch bereits seit dem frühen 20. Jahrhundert eng verknüpft. Gleichwohl es enge Verbindungen gab und gibt, inhaltlich und personell, so unterscheiden sich die Disziplinen und Bereiche dennoch: Unterschiede bestehen in der Theorie, den Methoden, der Terminologie und Sprache, und nicht zuletzt sind es unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, auf denen ihre jeweilige Praxis beruht.

Die Schnittmenge beider Bereiche ergibt sich aus Problemlagen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, bei denen Kinder und Jugendliche psychische Probleme oder Störungen aufweisen und die in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind, bzw. bei denen Hilfen zur Erziehung erfolgen. Die Expertise hat zum Ziel, die Grundlagen für Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufzuzeigen, die Praxis der Kooperation zu analysieren und den Stand der Wissenschaft zu Kooperationen zwischen den Bereichen darzulegen. Dazu wird generell auf psychische Störungen bei Minderjährigen, Epidemiologie und Risikofaktoren sowie die erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern in Einrichtungen der KJH eingegangen. Um Kooperationsmöglichkeiten mit der KJPP zu verstehen, werden die (wissenschaftlichen) Grundlagen der KJPP, was diagnostisches und therapeutisches Arbeiten angeht, dargestellt und der Rahmen aufgezeigt, in dem sich ärztliches Handeln gesetzlich wie untergesetzlich bewegt. Daran anschließend wird das KJPP-Versorgungssystem in Deutschland dargestellt. Im dritten Teil der Expertise stehen die Kooperationsaspekte im Vordergrund, sowohl was strukturelle als auch fallbezogene Kooperationen angeht. Die sich aus den unterschiedlichen Formen der Kooperation ergebenden Rollen von Fachärzt*innen für KJPP werden analysiert und Empfehlungen abgeleitet. Der letzte Teil der Expertise widmet sich der im Fachdiskurs immer wieder präsenten Thematik der Kooperation von KJPP und KJH in besonders herausfordernden Konstellationen.

3.2 Psychische Störungen bei Minderjährigen

3.2.1 Epidemiologie

Prävalenzraten von psychischen Auffälligkeiten bei Minderjährigen lieferte seit vielen Jahren der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (Hölling et al. 2014). Laut dem KIGGS zeigen ca. 20 % aller Kinder und Jugendlichen einen auffälligen Befund in den verwendeten (epidemiologischen) Screeningverfahren. Die Rate sank vor der Covid-19-Pandemie leicht ab auf ca. 18 %. Bei den im KiGGS berichteten Raten handelt es sich aber nicht um Diagnosen, sondern psychische Auffälligkeiten; es sind also nicht alle dieser Kinder und Jugendlichen psychisch krank. Die Rate behandlungsbedürftiger psychiatrischer Diagnosen liegt bei ca. 6 % aller Kinder und Jugendlichen über das gesamte Aufwachsen hinweg.

Psychische Erkrankungen zeigen zwar eine hohe Chronizität, sind aber nicht »statisch« und so zeigen die Daten des KiGGS auch, dass im Verlauf 88 % der psychisch unauffälligen Kinder weiterhin unauffällig bleiben, jedoch 12 % neu eine Auffälligkeit entwickeln; umgekehrt verliert sich bei 55 % der psychisch belasteten Kinder im Verlauf die Auffälligkeit (Baumgarten et al. 2018). Zusätzlich ist bekannt, dass es alters- und geschlechtsbezogene Faktoren gibt, die das Risiko für eine psychische Auffälligkeit erhöhen: Im Vorschul- und frühen Schulalter ist ein höherer Anteil Jungen auffällig (52 % vs. 38 % Mädchen). Bei Mädchen, die früh Auffälligkeiten zeigten, verlieren sich diese öfter im Verlauf als bei Jungen. Im späten Grundschulalter dagegen kehrt sich dies um: Weniger Jungen als Mädchen, die auffällig waren, waren dies auch noch im späten Jugendalter (Jungen 38 %, Mädchen 47 %). Bis zur Pubertät scheinen Jungen vulnerabler für psychische Störungen zu sein: Nach allen Untersuchungen werden bei ihnen in diesem Altersabschnitt häufiger psychische Störungen und Entwicklungsstörungen erstdiagnostiziert. In der Kindheit manifestieren sich auch die zu den externalisierenden Störungen zählenden Störungsbilder wie ADHS, oppositionelles Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen und auch Entwicklungsstörungen erstmalig. Ab der Pubertät werden häufiger bei Mädchen psychische Störungen festgestellt. In der Jugend treten die internalisierenden Störungen dann auch häufiger auf: affektive Störungen, wie depressive Störungen, Angsterkrankungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität oder Essstörungen.

Entsprechend der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist die Symptomatik psychischer Auffälligkeit vom Kleinkindalter bis zum Erwachsenenalter sehr vielfältig und unterschiedlich: In der frühen Kindheit treten insbesondere Regulationsstörungen, Entwicklungsstörungen und auch autistische Störungen auf. Im Schulalter zeigen sich externalisierende Störungen wie ADHS, oppositionelles Trotzverhalten (ODD) und Ängste; ab der Pubertät treten gehäuft affektive Störungen wie Depressionen auf, sowie – auch aufgrund explorativem Verhaltens während der Pubertät – zunehmend Substanzabusus, der in dieser Altersgruppe durch ein polytoxes Konsummuster und durch eine hohe Komorbi-

dität mit anderen psychischen Störungen gekennzeichnet ist. In der Übergangsphase zum Erwachsenenalter finden sich dann vermehrt auch Erstmanifestationen »klassischer«, im Erwachsenenalter bekannter psychiatrischer Störungen wie bipolare und schizophrene Störungen (vgl. Kölch, Rassenhofer & Fegert 2021). Die Studienlage belegt, dass ein frühes Auftreten von Auffälligkeiten mit einem hohen Risiko der Chronifizierung von Problemen und auch längerfristigen Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau sowie der Teilhabe verbunden ist (McLaughlin et al. 2012). Gerade auch in der (frühen) Kindheit auftretende Probleme in der Affekt- und Impulskontrolle können zu starken Beeinträchtigungen im späteren Leben führen (Copeland et al. 2014). Im Kindes- und Jugendalter gehen Störungsbilder oftmals auch in andere Störungen über, so treten z. B. zur externalisierenden Symptomatik internalisierende Symptome hinzu oder umgekehrt (Kossowsky et al. 2013, Yu et al. 2017). Manche Störungsbilder verlieren sich jedoch auch mit zunehmenden Alter: So geht die Rate derer, die nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) zeigen, drastisch mit Beginn des Erwachsenenalters zurück (Brown & Plener 2017).

3.2.2 Behandlungszahlen psychischer Störungen bei Minderjährigen in Deutschland

Versorgungsdaten zeigen eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme von Hilfen und Therapien aufgrund psychischer Störungen in diesem Altersbereich. Grund dafür ist auch ein inzwischen besseres Versorgungssystem, das über die letzten Jahre vor allem im ambulanten Bereich sich deutlich ausdifferenziert hat. In 2014 wurden 0,3% aller Kinder und Jugendlichen bis 21 Jahre (davon 61 % Jungen) bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ambulant behandelt (APK 2017). Die häufigsten gesicherten F-Diagnosen (die Prozentangaben beziehen sich auf alle Patienten, die auch mehrere Diagnosen haben können) sind nach einer KBV-Erhebung hyperkinetische Störungen (F90; 43,0 %), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F93) sowie emotionale Störungen des Kindesalters (22,5 %).

Auch die Zahlen stationärer Behandlungen stiegen die letzten Jahrzehnte kontinuierlich an: 2003 wurden 41.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 15 Jahren stationär behandelt, 2012 50.303 und 2021 wurden knapp 81.000 der rund 427.600 Krankenhauspatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt (Destatis 2023)[201]. Dies entsprach 19 % aller Krankenhausbehandlungen in dieser Altersgruppe. Angestiegen sind insbesondere stationäre Aufenthalte wegen der typischen kinder- und jugendtypischen Störungen im Bereich F9, (insbesondere F92, [p<0,001]), und aufgrund affektiver Störungen (F3 und F4 [p<0,001]) (Plener et al. 2015 a+b). Die Covid-19-Pandemie hatte zwar zu einem Rückgang der Behandlungen geführt, jedoch nur sehr geringfügig und seit Ende der Pandemie ist ein An-

201 DESTATIS Pressemitteilung Nr. N042 vom 13. Juli 2023.

stieg weiterhin zu verzeichnen (Kölch et al. 2023). Depressive Störungen bei der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind der häufigste Grund für eine Krankenhausbehandlung in dieser Altersgruppe (Greiner et al. 2019).

3.2.3 Risikofaktoren für psychische Störungen

Der KiGGS zeigt sehr deutlich, dass das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, stark vom sozioökonomischen Status der Familie abhängt. Auch Faktoren wie Alleinerziehen oder eine psychische Störung eines Elternteils sind Risikofaktoren für psychische Störungen bei Minderjährigen (Klipker et al. 2018, van Santvoort et al. 2015, Vostanis et al. 2006). Risiken für psychische Erkrankungen kumulieren in bestimmten Familienkonstellationen, wie z. B. bei psychisch erkrankten Eltern (Kölch & Ziegenhain 2015). Besondere Risikofaktoren stellen die Erfahrung von Vernachlässigung, Misshandlung oder sexueller Gewalt dar (Teicher & Samson 2013, Teicher et al. 2016, Westermair et al. 2018). Die Risikofaktoren für psychische Störungen sind also dieselben, die auch die Charakteristika für Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung sind. Die Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigt wiederum, dass gerade Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status Hilfen zu Erziehung (HzE) erhalten: Bei den HzE machen alleinerziehende Familien mit ca. 41 % einen großen Anteil aus wie auch Familien, die Transferleistungen beziehen (ca. 32 %) (Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik 2019). Die Jugendhilfestatistik benennt als Gründe für die Hilfen bei den allgemeinen Hilfen bei fast 20 % eingeschränkte Erziehungskompetenzen der Eltern, bei fast 15 % eine Gefährdung des Kindeswohls, bei 11 % eine unzureichende Förderung des Kindes oder Jugendlichen und bei fast 7 % Belastungen durch Problemlagen der Eltern sowie bei fast 9 % familiäre Konflikte.

3.2.4 Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe und psychische Störungen

Viele Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche, die Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe wie Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen, in Pflegeverhältnissen oder stationären Maßnahmen leben, ein erhöhtes Risiko haben, an einer psychischen Störung zu leiden. Bei Kindern in stationären Maßnahmen findet sich eine extrem hohe Prävalenz psychiatrischer Diagnosen und traumatischer Ereignisse in der Vorgeschichte, verglichen mit anderen Gruppen. Die Raten an Traumatisierungen durch Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch werden nach Studien mit 60-70 % aller Kinder und Jugendlichen, die in Jugendhilfeeinrichtungen leben, angegeben (siehe Clark et al. 2010, Clemens et al. 2020). Nach den vorliegenden Studien erfüllen 44-96 % die Diagnosekriterien für mind. eine psychische Störung, oft weisen sie aber mehrere Diagnosen, also eine komplexe Psychopathologie auf (Dölitzsch et al. 2014, Ford et al. 2007, González-García et al. 2017, Jozefiak et al. 2016, Meltzer et al. 2003, Schmid et al. 2008). Die Psychopathologie

ist nach internationalen Studien und nach Ergebnissen der MAZ.-Studie[202] der stärkste Risikofaktor dafür, dass eine Jugendhilfemaßnahme scheitert und abgebrochen wird (Aarons et al. 2010, Dölitzsch et al. 2014, Dölitzsch et al. 2016, Euler et al. 2014, De Swart et al. 2012, Schmid et al. 2014). Zudem zeigen Langzeituntersuchungen, wie die JAEL-Studie, wie sehr psychische Störungen und Traumaerfahrungen auch langfristig die Teilhabe und das psychosoziale Funktionsniveau bei diesen Kindern und Jugendlichen auch noch im jungen Erwachsenenalter beeinflussen (vgl. Schmid & Rauser n.d.). Gerade früh fremduntergebrachte Kinder – oft auch aufgrund schwerer Risiken im ursprünglichen Lebensumfeld – zeigen langfristige Beeinträchtigungen (Humphreys & Zeanah 2015). Gleichzeitig zeigt sich, dass diese Kinder eher schlecht hinsichtlich Diagnostik und Therapie versorgt sind, was zu häufigen Abbrüchen der Jugendhilfemaßnahme führt.

Fazit 1

Kinder und Jugendliche, die Hilfen oder Leistungen durch die Kinder- und Jugendhilfe erhalten, haben ein erhöhtes Risiko an psychischen Störungen zu leiden. Insbesondere sog. externalisierende Störungen (wie z. B. ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) sind häufig, vor allem bei Kindern. Im Jugendalter zeigen sich oftmals auch internalisierende Störungen, wie depressive Störungen oder auch nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten und emotional-instabiles Verhalten. Das generelle Muster für das Auftreten bestimmter Störungen unterscheidet sich nicht zwischen Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der KJH leben, und Kindern und Jugendlichen, die nicht von der KJH betreut werden. Jedoch ist die Prävalenz der Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der KJH deutlich erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Risikofaktoren für psychische Störungen überschneiden sich mit den Charakteristika von Familien, die HzE erhalten: Insbesondere sozioökonomische Probleme, psychische Probleme bei Eltern und dauerhafte intrafamiliäre Belastungen erhöhen das Risiko für Kinder, psychische Störungen zu entwickeln. Psychische Störungen können auch die Verläufe von Jugendhilfemaßnahmen negativ beeinflussen und zu Abbrüchen führen, insbesondere bei impulsiv-aggressivem Verhalten. Die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendhilfe wurde in den letzten Jahrzehnten verstärkt beforscht und wird generell als Desiderat dargestellt. In Deutschland steht ein differenziertes und breit ausgebautes System zur Behandlung von psychischen Störungen bei Minderjährigen zur Verfügung. Die Inanspruchnahme stieg in den letzten Jahren kontinuierlich.

202 Diese Studie wurde in der Schweiz durchgeführt und von daher ggfs. repräsentativer als Studien aus den USA etc.

3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

3.3.1 Grundlagen und Methodik der KJPP

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine Facharztbezeichnung mit entsprechender Weiterbildungsordnung. Prinzipiell zeichnet sich das Fachgebiet durch eine starke interdisziplinäre Ausrichtung aus. Eng mit ihr verbunden ist das Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, ursprünglich aus der Psychologie kommend, entsprechend den bisherigen Regelungen nach dem Psychotherapeutengesetz aber (anders als im Erwachsenenbereich) auch Personen mit pädagogischen Abschlüssen offenstehend.[203]

Inhalt und Aufgabe der KJPP ist die Diagnostik, Behandlung und Prävention psychischer Störungen bei Minderjährigen. Entsprechend ist der Einbezug der Bezugspersonen eines Minderjährigen Bestandteil der KJPP-Tätigkeit; der Einbezug der Familie, anderer wichtiger Bezugspersonen, wie Lehrer*innen, aber insbesondere bei Kindern, die in Einrichtungen der KJH leben, auch von Erzieher*innen, Betreuer*innen etc. ist Standard. Die Diagnostik und Therapie basiert auf Diagnosen. Derzeit ist das für Deutschland gültige System der ICD-10 Kapitel F (psychische Störungen), im Rahmen der Behandlung ICD-10 GM, als amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung. Diagnosen sind nicht, wie oft (von Laien) vermutet wird, »Schubladen«, sondern Beschreibungen von Symptomkonstellationen, die statistisch gehäuft vorkommen und Syndrome bilden, die wiederum zusammengefasst werden und eine psychische Störung charakterisieren. Eine psychische Störung nach medizinischer Klassifikation, ist also das Vorliegen einer Diagnose aus dem Kapitel F des ICD-10. Dies wird bestimmt durch das Vorliegen bestimmter Symptome über einen längeren Zeitraum. Symptome sind psycho-pathologische Phänomene (z. B. Ängste), die zum Teil spezifisch für einzelne Störungen sind, die aber auch bei verschiedenen Störungen auftreten können, wie z. B. Konzentrationsstörungen, die bei einer ADHS- und bei einer depressiven Störung auftreten können. Eine psychische Störung nach ICD-10 hat immer Krankheitswert, die Auswirkungen auf die Teilhabe können aber variieren.

Zusammengefasst bedeutet eine Diagnose das Vorliegen von bestimmten Symptomen entsprechend den Kriterien z. B. des ICD-10 (GM). Die Diagnostik dagegen ist der Prozess der Untersuchungen, die geeignet sind, eine Diagnose zu stellen oder auszuschließen. Eine Diagnostik kann unterschiedliches Vorgehen beinhalten und ist situationsabhängig (erste Diagnostik, Diagnostik im Verlauf etc.) und von daher nicht allgemeingültig zu jedem Zeitpunkt zu standardisieren. In Leitlinien werden zum Teil diagnostische Standards beschrieben. Werden diese beschrieben, so sollte sich an diese gehalten werden (zu Leitlinien vgl. weiter unten).

203 Dies ändert sich mit der Reform der Psychotherapeut*innenausbildung.

Die Klassifikationssysteme unterliegen Veränderungen, auch aufgrund von Forschung. So sind die heutigen Klassifikationssysteme deskriptiv und auf Symptomatik ausgerichtet. Früher waren sie zum Teil kausal attribuierend (»reaktive Neurose«). In der Entwicklung der Klassifikationssysteme, in die Forschung zu Ätiologie und Verläufen einfließt, spielen aktuell vermehrt transdiagnostische Phänomene, wie affektive Dysregulation oder Spektrumaspekte, wie beim Autismus, eine Rolle. Damit wird einerseits der Tatsache Rechnung getragen, dass nicht eine Diagnose allein im Verlauf den Outcome bestimmt, sondern konstellative Faktoren und transdiagnostische Phänomene, wie auch, dass eine scharfe Distinktion zwischen »krank« und »gesund« im Sinne eines Kontinuums von psychischer Gesundheit und daraus folgenden Problemen in der Teilhabe nicht immer möglich ist.

Mit Diagnosen werden Menschen nicht auf Symptome reduziert, sondern sie helfen, eine entsprechende Behandlung zu ermöglichen. Dabei sind – so ist es zumindest der Anspruch auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – die individuellen konstellativen Faktoren von großer Bedeutung auch für die Behandlung. Familiäre Umstände spielen nicht nur bei der Entstehung von psychischen Störungen bei Minderjährigen eine wichtige Rolle, sie sind auch bei der Therapie wichtig. Familiäre Ressourcen, nicht nur materiell, sondern auch emotional etc. können die Therapie erleichtern, bzw. das Fehlen die Therapie erschweren (exemplarisch wurde dies z. B. für ADHS und den familiären SES gezeigt, Veenmann et al. 2018).

Die Therapie in der KJPP ist multimodal angelegt und sollte die Leitlinien, so vorhanden, berücksichtigen. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ein Bestandteil von KJPP-Behandlung. Neben psychotherapeutischen Interventionen gehören Psychoedukation, Beratung, medikamentöse Therapie, sozialarbeiterische Betreuung und auch andere fachtherapeutische Interventionen zum Spektrum der KJPP-Therapie.

In der Psychotherapie unterscheidet man (in Deutschland) verschiedene Verfahren: verhaltenstherapeutische, analytische, tiefenpsychologisch-fundierte und das systemische Verfahren. Diese Unterscheidung beruht einerseits auf der zugrundeliegenden Theorie der Verfahren, zum anderen auf dem sozialrechtlichen Umstand, dass für ambulante Therapien nur bestimmte Verfahren zugelassen und damit erstattungsfähig sind (vgl. weiter unten, z. B. war die systemische Therapie bisher bei Minderjährigen in Deutschland kein zugelassenes Richtlinienverfahren im Gegensatz zu Erwachsenen).

Die wissenschaftliche Grundlage der Verfahren ist unterschiedlich stark belegt, die höchste Evidenz haben verhaltenstherapeutische Interventionen im Kindes- und Jugendalter. Im Kontext dieser Expertise ist es wichtig, dass zwischen der Terminologie medizinischer Klassifikation und psychotherapeutischer Terminologie unterschieden wird. Die klassifikatorische Terminologie ist deskriptiv und kriterienorientiert gestaltet. Psychotherapeutische Klassifikation beruht auf der jeweiligen Theorie des Verfahrens und ist kausal und prozessorientiert gestaltet. Das verhaltenstherapeutische Verfahren beruht z. B. besonders auf lerntheoretischen Annahmen und verwendet entsprechende Terminologie. Analytische Verfahren beziehen sich z. B. auf die Neurosentheorie von Freud, und so kennt diese Terminologie Begriffe wie den »frühkindlichen Konflikt«, »strukturelle

Ich-Störungen« (vgl. Möller 2006). Da Psychotherapie einen Prozess darstellt, werden in den Erklärungsmodellen jedweden Verfahrens Erklärungsansätze individuell für die Entstehung und das Aufrechterhalten von dysfunktionalem Verhalten und Empfinden erstellt. Dysfunktional meint psychotherapeutisch, dass z. B. das negativistische Denken eines depressiven Patienten ihm selbst schadet, oder z. B. das aggressive Verhalten eines Kindes anderen und sich selbst schadet.

Psychotherapie stellt also einen Prozess des Verstehens der Person und ihrer Umwelt und der biografischen Entwicklung dar. Dies ist durchaus ähnlich zum Fallverstehen in der sozialpädagogischen Disziplin.

Bei psychischen Störungen bei Minderjährigen kann auch Pharmakotherapie Bestandteil der Therapie sein. So ist z. B. bei ADHS die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien fester Bestandteil der Therapie mit sehr starken Effektstärken. Auch bei depressiven Störungen, Zwangsstörungen, Angststörungen können pharmakotherapeutische Interventionen zum Einsatz kommen. Bei schizophrenen oder bipolaren Störungen ist die Pharmakotherapie die Grundlage, um überhaupt eine Verbesserung der Symptomatik zu erreichen (vgl. Kölch, Rassenhofer & Fegert 2021). Bei Impulskontrollstörungen kann eine Pharmakotherapie unter bestimmten Umständen indiziert sein (vgl. AWMF S3-Leitlinie[204]). Ein generelles Problem in der Psychopharmakotherapie bei Minderjährigen ist jedoch, dass das Spektrum zugelassener Arzneimittel eher gering ist. Dies liegt nicht unbedingt daran, dass es keine Erfahrungen, oder sogar Studien gäbe, sondern daran, dass schlicht von den Herstellern keine Zulassung beantragt wurde. Umgekehrt haben einige Substanzen aus historischen Gründen eine Zulassung, sie werden jedoch aufgrund von Nebenwirkungen oder einer geringeren Wirksamkeit nicht eingesetzt und neuere Substanzen off-label verordnet (vgl. Off-Label-Use weiter unten). Im Fall von aggressivem und impulsivem Verhalten im Rahmen der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens kann eine Pharmakotherapie, auch off-label, indiziert sein, wie es auch in den Leitlinien zu diesem Störungsbild beschrieben wird.

Für psychische Störungen aus dem Gebiet der KJPP bestehen inzwischen einige Leitlinien, die für die fachärztliche Tätigkeit von Relevanz sind, zu Diagnostik und Behandlung. Leitlinien sind in der Medizin inzwischen weit verbreitet und werden gerade von Laien missverstanden in ihrer Relevanz und Bedeutung für Diagnostik und Behandlung. Nach der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die in Deutschland die unter Federführung einzelner Fachgesellschaften erarbeiteten medizinischen Leitlinien herausgibt, sind Leitlinien »systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen sowie Angehörigen von weiteren Gesundheitsberufen und Patient*innen/Bürger*innen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen« (vgl. www.awmf.org/leitlinien). Leitlinien stellen also einmal den wissen-

204 S3-Leitlinie Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung, abrufbar unter: www.//register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020

schaftlichen Erkenntnisstand dar, zum anderen geben sie Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie ab. Diese Empfehlungen können sich auf wissenschaftliche Studien stützen oder auf einen klinischen Konsens. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Grundlage, auch Evidenz genannt, gibt es unterschiedliche Gradierungen, z. B. bezogen auf die Anzahl der verfügbaren Studien oder der methodischen Qualität einzelner Studien.

Leitlinien stellen keine »Kochrezepte« dar, sondern bieten Orientierung für Diagnostik und Behandlung. Sie können auch nicht jede individuelle Patientenkonstellation adressieren, in der Psychiatrie z. B. insbesondere nicht, wenn z. B. komorbide Diagnosen vorliegen. Zudem kann eine strenge Adhärenz an eine Leitlinie, ohne den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu berücksichtigen, dennoch ein Fehler sein, wie z. B. vor Jahrzehnten vom OLG Köln festgestellt wurde. Das ärztliche Handeln dürfe sich nicht nur an Leitlinien orientieren, sondern am aktuellen Stand der Wissenschaft (»Aciclovir-Urteil«, Oberlandesgericht Köln, 30.05.1990, Az 27U169/89). Andererseits besteht eine besondere ärztliche Sorgfaltspflicht, wenn von in Leitlinien empfohlener Diagnostik oder Therapie abgewichen wird. Leitlinien werden regelmäßig überarbeitet, um den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu repräsentieren. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) ist die federführende Fachgesellschaft z. B. für die S3-Leitlinien zur Störung des Sozialverhaltens, zu ADHS, depressiven Störungen, Diagnostik und Therapie von Autismusspektrumstörungen etc.

3.3.2 Gesetzliche Grundlagen für die ärztliche Tätigkeit

Für Heilberufe, zu denen die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gehören, ist für die praktische Tätigkeit das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) die gesetzliche Grundlage. Wie schon im Titel des SGB V deutlich wird, definiert dieses im Eigentlichen die Leistungen, die gesetzlich Krankenversicherte zulasten der Krankenversicherung erhalten können. Jede*r Versicherte hat Anspruch auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei gesundheitlichen Einschränkungen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass § 12 SGB V definiert, dass Leistungen wirtschaftlich sein müssen: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« (§ 12 [1] SGB V). Dies bedeutet, der Leistungskatalog der GKV, und damit das Handlungsrepertoire der KJPP/KJPth ist beschränkt.

Was als ausreichend gilt, wird entweder gesetzlich oder untergesetzlich über z. B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Grundlage sind oft entsprechende Studienergebnisse zu Behandlungsmaßnahmen, also z. B. zur Effektivität von Therapien. Seit Jahrzehnten spielt der Begriff der Evidenz eine verstärkte Rolle in der Medizin. Damit ist gemeint, dass Maßnahmen (sei es Diagnostik oder Therapie) entsprechende Wirknachweise aufgrund von Studienergebnissen belegen können. Dieses

ursprünglich aus der somatischen Medizin kommende Paradigma hat zunehmend auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich Bedeutung gewonnen. So gibt es inzwischen für viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder entsprechende Leitlinien zu Diagnostik und Behandlung, in denen die Evidenz für einzelne Maßnahmen dargestellt wird (vgl. www.dgkjp.de/wissen/aktuelle-leitlinien/). Auch wenn das Evidenzparadigma in einigen Bereichen, vor allem wenn es nicht umfassend verstanden wird, problematisch ist, so hilft es dennoch, dass in der therapeutischen Praxis nach dem aktuellen Wissensstand wirksame Interventionen für Patient*innen eingesetzt werden.

Die reine Evidenzausrichtung gelangt aber an ihre Grenzen dort, wenn es um komplexe Phänomene und Konstellationen bei Patienten – gerade im psychiatrischen Bereich – geht: Entsprechende Therapiestudien für komplexe Situationen, wie sie im Alltag in der Praxis der KJPP/KJPth regelhaft auftreten, liegen oftmals nicht vor. Beispielhaft sei folgende Konstellation erwähnt: das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Diagnosen bei einem Patienten, komplexe familiäre Problemlagen, die die psychische Gesundheit eines Patienten beeinflussen etc. Diese komplexen Situationen sind zum Teil aber in entsprechenden Studien nicht ausreichend repräsentiert.

Neben dem SGB V bewegt sich die ärztliche Tätigkeit in einem komplexen Rechtsgefüge. Das BGB definiert z. B. Aspekte zum Behandlungsvertrag, beinhaltet Regelungen zur Aufklärung (u. a. »Patientenrechtegesetz«, § 630a ff. BGB). Indirekt spielen auch Regelungen des BGB bezogen auf die elterliche Sorge eine Rolle, als in der Behandlung auch zu prüfen ist, ob der*die betroffene Minderjährige fähig ist, die Tragweite seiner*ihrer Entscheidungen abzuschätzen und die Inhalte der Aufklärung verstehen zu können. Ist dies der Fall, muss ggfs. in der Behandlung der Entscheidung des*der Minderjährigen der Vorzug vor einer Entscheidung von Sorgeberechtigten gegeben werden. Davon unabhängig kann das Vertragsverhältnis im Rahmen des Behandlungsvertrags sein. Das Arzneimittelgesetz (AMG), welches Regeln zum Inverkehrbringen von Arzneimitteln regelt etc. spielt eine Rolle, was die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln angeht, bzw. bzgl. experimenteller Pharmakotherapie. Regeln zum Off-Label-Use, also der Verordnung von Pharmaka außerhalb der Zulassung (bezogen auf das Alter oder die Indikation) sind von besonderer Bedeutung in der KJPP, da gerade hier nur sehr wenige, insbesondere neuere Arzneimittel zugelassen sind. Der Off-Label-Use zeigt die Komplexität auf, an der sich das ärztliche Handeln ausrichten muss, wie bereits weiter oben beschrieben wurde. Andererseits wurde aber vielfach sozialrechtlich entschieden, dass eine Medikation im Rahmen des Off-Label-Use ggfs. nicht verordnungsfähig ist gegenüber der Krankenversicherung. Zudem gibt es Richtlinien des G-BA zum Off-Label-Use (vgl. www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/off-label-use/). Von Relevanz kann dies z. B. im Fall der Behandlung aggressiv-impulsiven Verhaltens sein. Hierzu empfiehlt die AWMF S3-Leitlinie in bestimmten Konstellationen den Einsatz z. B. von Risperidon, einem sogenannten second generation Antipsychotikums (SGA) zur Behandlung, weist aber auf die Problematik des Off-Label-Use hin. Hinsichtlich des Einsatzes niedrigpotenter konventioneller Antipsychotika, wie Chlorprothixen wird auf den Notfall-Einsatz verwiesen, aber eben auch darauf, dass hier z. T. eine Zulassung besteht, wie z. B. bei

Pipamperon für psychomotorische Erregungszustände (vgl. AWMF S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens 028/020).

Des Weiteren gilt für ärztlich Tätige das Berufsrecht, oft als Standesrecht bezeichnet. Dieses ist durch die Berufsordnung der jeweiligen Ärztekammer geregelt. Die Berufsordnung enthält auch ethische Grundsätze, wie z. B., dass Ärzt*innen sich im ärztlichen Handeln »am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten« haben und sie »insbesondere (…) nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen« dürfen (§ 2 Abs. 2 MBerufsO). Auch die Zentrierung ärztlichen Handelns auf den Patientenwillen, Fragen der Schweigepflicht (die auch im StGB definiert sind), werden in der Berufsordnung explizit erwähnt. Im Tenor unterstreicht die Berufsordnung die besondere ärztliche Stellung als Vertrauensperson des Patienten*der Patientin, die eine Besonderheit der Arzt-Patientenbeziehung darstellt.

Zur Thematik der komplexen rechtlichen Regelungen vgl. auch die Rechtsexpertise von Brandt und Meysen in Kapitel 2.

3.3.3 Organisation der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in Deutschland

Um die Möglichkeiten der Kooperation zwischen KJPP und KJH zu verstehen, ist es wichtig, das medizinische Versorgungssystem in seiner Gliederung und Logik zu verstehen, so wie es im SGB V in den entsprechenden Regelungen niedergelegt ist. Generell ist der ambulante und der stationäre Sektor im ärztlichen Behandlungsbereich zu unterscheiden. Ambulant tätige Fachärzt*innen für KJPP sind letztlich als private Unternehmer*innen tätig, jedoch nicht als Gewerbe, sondern als freier Beruf. Das Behandlungsverhältnis kommt durch einen Behandlungsvertrag durch Inanspruchnahme ihrer Leistungen auf Grundlage der Krankenversicherung zustande. Entsprechende Leistungen werden via der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgerechnet. Grundlage für die Abrechnung der Leistungen ist der bundesweit geltende einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), welcher vom Bewertungsausschuss, der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt, erstellt wird. Zusätzlich ist es im Bereich der KJPP möglich, dass niedergelassene Fachärzte eine sogenannte sozialpsychiatrische Praxis (SPV-Vereinbarung, Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V) betreiben. Das Besondere ist, dass in einer solchen Praxis ein multiprofessionelles Team (z. B. mit Psycholog*innen, Heilpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) arbeitet. Im Rahmen einer SPV-Praxis wird eine zusätzliche Pauschale bezahlt. Die Mehrheit der Praxen arbeitet inzwischen nach dieser Vereinbarung (APK 2017).

Mit stationärem Sektor sind voll- und teilstationäre Einrichtungen umfasst, also Krankenhäuser. Hierzu gehören aber auch Einrichtungen wie psychiatrische Institutsambulanzen (PIA, § 118 SGB V) oder Sozialpädiatrische Zentren (SPZ, § 119 SGB V). Diese Einrichtungen arbeiten zwar mit ambulanten Patient*innen, PIAs sind aber zwingend mit einem Krankenhaus verbunden und zählen deshalb zum stationären Sektor. Die Finanzierung

des stationären Sektors ist dual: für Gebäude und Ausstattung sind die Bundesländer zuständig (»Daseinsvorsorge«), die Kosten der Behandlung trägt die Krankenversicherung. Krankenhäuser, insbesondere psychiatrische, können in Deutschland in unterschiedlicher Trägerschaft sein: in öffentlicher Hand (wie Landeskliniken, z. B. LVR, in kommunaler Hand oder als Universitätsklinik), in der Hand von gemeinnützig tätigen Institutionen, wie Kirchen, DRK o. ä. und drittens, in privater Hand, wie z. B. Helios oder Asklepios. Letztlich werden Krankenhäuser ebenfalls unternehmerisch geführt, wie Praxen auch, jedoch kann, wie inzwischen auch öffentlich vermehrt diskutiert, es zu Defiziten kommen, die ggfs. Träger ausgleichen, anders als in Praxen.

Die Vergütung von PIAs erfolgt länderspezifisch, entweder über Pauschalen oder das sog. »bayerische Modell«, d. h. über eine nach Zeitaufwand berechnete Einzelleistungsvergütung. Die Abrechnung im SPZ erfolgt über Pauschalen. Die Vergütung kann Einfluss auf die Kooperationsfähigkeit einer PIA haben: Eine zeitaufwändige Kooperation kann z. B. bei niedrigen Pauschalen unökonomisch sein und die Ressourcen für die Kooperation können seitens der Klinik dadurch limitiert sein.

Hinsichtlich der Kooperation mit der KJH ist wiederum von Bedeutung, dass sich die Zahl der Betten in Kinder- und Jugendpsychiatrien pro Einwohner unter 18 Jahren um den Faktor 3 zwischen den Bundesländern unterscheidet. Dies hat wiederum Bedeutung, wenn sich z. B. stationäre Einrichtungen der KJH ebenfalls sehr unterschiedlich in Deutschland verteilen, und z. B. viele Plätze in der KJH zur Verfügung stehen, während es wenige Betten in der KJPP in einer Region gibt, oder umgekehrt. Da in der KJH Kinder und Jugendliche teilweise entfernt von den Eltern in Einrichtungen leben, hat dies auch Auswirkungen bei stationären Aufenthalten in der KJPP, da Sorgeberechtigte nicht zur Verfügung stehen, komplexe Zuständigkeiten aufgrund von Vormundschaften, Zuständigkeit der öffentlichen Jugendhilfe, Handeln der freien Jugendhilfe (z. B. Kündigung eines Platzes) etc. bestehen können. Die zuständige Klinik kann dann (je nach Meldestatus des*der Minderjährigen) diejenige am Ort der Einrichtung sein, oder, wenn die Einrichtung die Maßnahme beendet, wieder diejenige am Wohnort der Sorgeberechtigten, was durchaus Probleme in der Praxis hervorruft.

Diese Grundlagen sind insofern für die Kooperation von KJPP und KJH von Bedeutung, als die Vergütungssysteme auch die Grundlage für die Ausgestaltung von Kooperationen darstellen: Über die Einzelleistung im direkten Kontakt mit dem Patienten*der Patientin hinausgehende Kooperationsleistungen sind z. B. im Bereich des ambulanten Sektors nicht vorgesehen. Dies bedingt auch die Intensität von Kooperationen auf Grundlage des SGB V. Im stationären Bereich der KJPP gehören Kooperationsleistungen zwar zu den Regelaufgaben im (teil-)stationären Bereich, jedoch z. B. im PIA-Bereich sind solche Vergütungen abhängig vom länderspezifischen Vergütungssystem für PIAs.

Fazit 2

Kooperationen mit der KJH auf struktureller Ebene oder über die individuelle Behandlung des Patienten hinaus im ambulanten Sektor sind im eigentlichen keine Leistungen,

die zu Lasten der GKV erbracht werden können. Daraus wird deutlich, dass z. B. Supervision von Teams stationärer KJH-Einrichtungen nicht als Leistungen der GKV erfolgen können. Allenfalls ist dies möglich im Sinne einer »Mischkalkulation« in Verbindung mit direkten Patientenkontakten. Dasselbe gilt im Grunde für Leistungen von PIAs.

Dies bedeutet aber auch, dass Leistungen wie »Heimkindersprechstunden« (vgl. weiter unten) eines zusätzlichen (auch vertraglichen) Rahmens bedürfen, wenn sie über den direkten Kontakt von Patient*in und Bezugsperson (ggfs. auch Bezugsbetreuer*in mit entsprechender Vollmacht für die Gesundheitsfürsorge) hinaus gehen. Auf die Implikationen wird gesondert weiter unten eingegangen.

3.4 Kooperation

3.4.1 Zahlen

Ca. 33.000 Kinder und Jugendliche haben in 2017 Hilfen im Rahmen des § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) erhalten (Destatis 2018). Umgekehrt zeigt sich, dass ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelt werden, auch Hilfen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe erhält: Nach Beck (2015) erhielten vor einer kinderpsychiatrischen Behandlung 38 % der Kinder und Jugendlichen auch Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, während oder nach einer kinderpsychiatrischen Behandlung erhielten 33 % neu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe.

3.4.2 § 35a SGB VIII

Da die KJH Rehabilitationsträger für von seelischer Behinderung bedrohte oder betroffene Minderjährige ist, regelt der § 35a SGB VIII die Eingangsvoraussetzungen, die fachärztlich festgestellt werden. Damit kommt diesem Paragraf eine wichtige Bedeutung auch in der Kooperation von KJPP und KJH zu. In der Tat ergeben sich unzählige Rechtsstreitigkeiten im Verfahren mit der öffentlichen Jugendhilfe, um die vorliegende Diagnose und die daraus folgende Teilhabebeeinträchtigung, bzw. die Maßnahmen der KJH zur Beseitigung oder Minimierung derselben (vgl. Wiesner/Wapler 2022).

Im Eigentlichen ergibt sich über § 36 SGB VIII die Möglichkeit, die Kooperation zu intensivieren, da z. B. Ärzt*innen, die Stellungnahmen erstellt haben, in die Hilfeplanung einbezogen werden sollten. Der Einbezug kann auch an praktischen Aspekten scheitern, einfach weil z. B. einem*einer niedergelassenen Arzt*Ärztin die Teilnahme an der Hilfeplanung nicht im SGB V vergütet wird (vgl. weiter oben). Auch die Möglichkeit der Überprüfung der Eingangsvoraussetzungen (also ob eine Diagnose überhaupt noch vorliegt) kann in der Kooperation zwischen KJH und KJPP sinnvoll sein, oder auch, ob Hilfen

Aussicht auf Erfolg aus Sicht der KJPP haben. Im Rahmen der SGB-VIII-Reform wird von Interesse sein, inwieweit eine ärztliche Stellungnahme überhaupt noch von Bedeutung sein wird (vgl. Dialogprozess zur SGB-VIII-Reform »Gemeinsam zum Ziel«[205]). Inhaltlich wäre es durchaus wünschenswert, dass die Expertise bezüglich möglicher Maßnahmen, Prognose etc. weiter einbezogen würde.

3.4.3 Kooperation strukturell – »AG 78«

Wenn auch nicht in § 78 SGB VIII explizit benannt, so stellen sogenannte AG 78 regional eine Möglichkeit dar, die Kooperation der KJH auch mit der KJP zu intensivieren. Dies gelingt regional durchaus und ermöglicht z. B. den Austausch über notwendige Angebote, das gegenseitige Kennenlernen der Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Disziplin in Netzwerken. Darauf aufbauend kann eine strukturelle Kooperation regional entwickelt werden, die sich über notwendige Angebote in den Systemen, Präventionsmaßnahmen und auch Grundsätze des Vorgehens in herausfordernden Fallkonstellationen verständigt.

3.4.4 Kooperation individuell jenseits § 35a SGB VIII

Über die letzten Jahrzehnte hat sich eine intensive Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgebildet, die nicht nur in § 35a SGB VIII (Hilfen zur Eingliederung) begründet liegt, sondern darin, dass die meisten Kinder und Jugendlichen mit schweren psychischen Problemen oft auch eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung haben und die Familien Hilfen zur Erziehung bzw. die Patient*innen Hilfen zur Eingliederung längerfristig benötigen (Beck 2015, Gander et al. 2019, Mack et al. 2019). Verschiedene Standards der Kooperation sind etabliert und auch seitens der Fachgesellschaften, Berufsverbände und Spitzenverbände gemeinsam diskutiert sowie veröffentlicht worden (BAG et al. 2018). Die Kooperationen zwischen dem öffentlichen Träger der KJH, freien Trägern der KJH und KJPP sind lokal unterschiedlich etabliert und gestaltet. Im Bereich der Planung von Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII gibt es z. B. in Berlin Kooperationsvereinbarungen zwischen Bezirken und Kliniken, die den gegenseitigen Einbezug in Diagnostik und Hilfeplanung verlässlich regeln sowie die Prozesse beschleunigen sollen. Die »Ulmer Heimkindersprechstunde« war ein Modell, das für eine bessere kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der KJH leben, durch Sprechstunden in Einrichtungen, Vorstellung von Kindern der Einrichtung in einer KJPP-Ambulanz etc. sorgen wollte (Goldbeck at al. 2009). Es gibt viele weitere solcher Kooperationen, die von Kliniken und niedergelassenen Fachärzt*innen durchgeführt werden. Inhalt solcher Kooperationen ist oft jenseits z. B. auch aufsuchender Sprechstunden in Einrichtungen auch die Beratung von pädagogischen Fachkräften bzgl. der Symptomatik von Patient*innen etc. Zum Teil sind solche Vereinbarungen auch mit Krisenvereinbarungen gekoppelt, die ungünstige

205 www//gemeinsam-zum-ziel.org/

Beziehungsabbrüche aufgrund herausfordernden krisenhaften Verhaltens in der Einrichtung durch kurze stationäre Aufnahmen vermeiden helfen sollen.

3.4.5 Praktische Aspekte von Kooperation in der Fachlichkeit

Die Kooperation mit Einrichtungen der KJH stellt für die KJPP bezogen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine besondere Herausforderung dar, die eine Rollenklärung unabdingbar macht: Unterschiedliche Anforderungen an die Behandlung werden von unterschiedlichen Seiten gestellt und der Arzt oder die Ärztin könnte ggfs. bezogen auf die Behandlung nicht mehr die Rolle der Vertrauensperson des jungen Menschen ausfüllen, wie es im eigentlichen Kern der ärztlichen Tätigkeit ist (vgl. weiter oben). Kooperationen können zur Folge haben, dass Konflikte bezüglich standesrechtlichen, behandlungsrechtlichen wie auch unter ethischen Aspekten entstehen können. Es handelt sich um eine hochkomplexe Konstellation, in der der öffentliche und die freien Träger der KJH, ggfs. Sorgeberechtigte ihre (zum Teil unterschiedlichen) Interessen vertreten, aber eben auch die Rechte der Kinder und Jugendlichen nicht aus den Augen verloren werden dürfen. Dies auch gerade deshalb, weil Kinder- und Jugendliche, die sich in stationären Einrichtungen der KJH befinden, oft nicht über Sorgeberechtigte verfügen, die fähig sind, die Rechte der Kinder und Jugendlichen so einzufordern wie andere Eltern. Entweder, weil sie als Eltern selbst überfordert sind oder als Amtsvormünder*Amtsvormundinnen zu geringe Ressourcen haben. Zudem kann in vielen Fällen die räumliche Entfernung einer Einrichtung vom Lebensort der Eltern elterliches Engagement in der Behandlung erschweren. Außerdem stehen Eltern wie junge Menschen in Einrichtungen in besonderem Maße in Abhängigkeitsverhältnissen, die eine freie Entscheidung über kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Therapie oder Medikation einschränken können. Die Frage der Aufklärung und Einwilligung zu Behandlung (inkl. medikamentöser Behandlung) ist bei diesen Kindern und Jugendlichen daher oftmals viel komplexer als bei Kindern, die im elterlichen Haushalt leben. Einige der Kinder und Jugendlichen haben Ergänzungspfleger*innen oder Vormünder*Vormundinnen, bei anderen gibt es übertragene Einwilligungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsfürsorgeleistungen durch die Sorgeberechtigten an die Kinder- und Jugendhilfeinstitution. Bei manchen besteht zwar formell ein Sorgerecht durch die Eltern oder einen Elternteil, de facto sind die Eltern oder der Elternteil kaum oder gar nicht erreichbar oder in der Lage, das Sorgerecht adäquat auszuüben.

Deshalb muss bei einer solchen Kooperation grundsätzlich geklärt werden, ob zwischen Einrichtungen der KJH, Schulen und KJPP eine auf das Individuum bezogene Kooperation oder eine institutionelle Zusammenarbeit besteht bzw. errichtet werden soll. Eine individuelle Diagnostik und Behandlung durch die KJPP kann nur mit einem Behandlungsvertrag realisiert werden. Die diesbezüglichen Schwierigkeiten liegen oft in der Erreichbarkeit der Unterschriftsberechtigten und in der fraglichen Zustimmung zur Behandlung durch die Betroffenen. In schwierigen Situationen wird sowohl in der KJH als auch im Bereich der Schule dadurch Druck auf die Kinder, Jugendlichen und Sorgeberechtigten

ausgeübt, dass ein Verbleib in der Institution vom Einverständnis zur Behandlung abhängig gemacht wird. Wird aber die KJPP quasi als »Strafinstitution« dämonisiert, sinken die Chancen auf Akzeptanz der Hilfsangebote. Eine institutionelle Kooperation, die eine gemeinsame Ebene von Pädagogik und psychiatrisch-psychotherapeutischem Handeln beschreibt, muss problematisieren, dass ggfs. eine individuelle Behandlung dadurch problematisch werden kann. Unabhängig von individueller Behandlung können Absprachen hinsichtlich Supervision, anonymisierter Fallbesprechung etc. durch Kooperationsverträge getroffen werden. Eine Problematik liegt darüber hinaus häufig in der gegenseitig vorliegenden bzw. nicht vorliegenden Schweigepflichtentbindung. Insbesondere bei den oft wenig strukturierten Familienverhältnissen ist die Einhaltung derartiger formaler Grundlagen von hoher Bedeutung.

Eine zwischen der KJPP und KJH bestehende Kooperation kann nicht das Recht auf eine freie Arztwahl außer Kraft setzen. Wenn eine Vorbehandlung z. B. besteht, darf nicht aufgrund des Wechsels in eine Einrichtung aufgrund eines Kooperationsvertrags mit einem niedergelassenen Facharzt oder einer niedergelassenen Fachärztin oder einer Klinik für KJPP automatisch ein Behandler*innenwechsel stattfinden müssen. Gerade im sensiblen psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld muss auch für Kinder und Jugendliche das Recht bestehen, ggfs. eine andere Therapeut*in haben zu wollen, was auch für Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen und Kinder- und Jugendlichenpsychothera peut*innen gilt.

Eine Rollenabgrenzung zwischen der Rolle als Supervisior*in für Pädagog*innen und Behandelnde eines Patienten*einer Patientin (so wie auch in der Therapie mit Eltern) ist notwendig, zumindest muss ein möglicher Rollenkonflikt problematisiert und bewusst sein. Entsprechend dem Entwicklungsstand eines Kindes und Jugendlichen sollte diesem auch die Rolle des*r Behandelnden erklärt werden und auch, was ggfs. aus dem therapeutischen Kontext an Fachkräfte der KJH weitergegeben wird.

KJPP-Behandlung besteht nicht allein aus Verordnung von Medikation (vgl. Kapitel 3.2). Insofern umfasst eine patient*innenbezogene Kooperation nicht allein die Verordnung von Medikation, sondern auch die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung insgesamt; entsprechend der Methodik des Fachs und den Leitlinien ist eine solche Behandlung umfassend und sollte auch zumindest psychotherapeutische Angebote beinhalten, bzw. da wo nötig, in entsprechende Angebote einer Richtlinienpsychotherapie vermitteln.

Fazit 3

Kooperation der KJPP mit der KJH und umgekehrt kann auf struktureller oder patient*innenbezogener individueller Fallebene stattfinden. § 35a SGB VIII stellt eine Grundlage für Kooperation im Rahmen von Eingliederungshilfen bei einer (drohenden) seelischen Behinderung dar. Kooperationen der KJPP bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen können sowohl zwischen dem öffentlichen Träger wie mit einzelnen freien Trägern der KJH sachdienlich sein und hilfreich für die Entwicklung von Kindern und Ju-

gendlichen sein. Im Rahmen von Kooperationen sollten jedoch mögliche Rollenkonflikte, die für Ärzt*innen als Behandelnde auftreten können, bewusst sein, und auch allen Beteiligten transparent gemacht werden.[206] Dazu gehören:

- Die Klärung des Rahmens, also, ob es sich um eine Supervision, Fachberatung oder um eine individuelle Behandlung handelt. Diese Kontexte sind organisatorisch, vertraglich und finanziell voneinander eindeutig abzugrenzen.
- Kooperationen dürfen eine freie Arztwahl nicht verunmöglichen, d. h. ein zwingender Automatismus einer Behandlung bei einem mit einer Einrichtung der KJH kooperierenden Arzt oder einer Ärztin sollte nicht gegeben sein und vorbestehende Behandlungskontexte sollten nicht ohne Grund aufgelöst werden.
- Trotz ggfs. komplexer Konstellationen, was die Ausübung des Sorgerechts angeht, ist auf einen angemessenen Abschluss eines Behandlungsvertrags sowie im Fall einer Pharmakotherapie auf eine altersentsprechende Aufklärung, auch des Kindes und Jugendlichen zu achten.
- Die Problematik der Schweigepflicht muss auch in einer Kooperation mit der KJH beachtet werden, bei individueller Behandlung soll das Kind oder der*die Jugendliche altersentsprechend aufgeklärt werden, welche Informationen aus der Behandlung an Fachkräfte der KJH weitergegeben werden. Ärzt*innen sollten nicht dazu beitragen, dass Einrichtungen der KJH Entscheidungen über den Verbleib eines Kindes/Jugendlichen von etwaigen ärztlich empfohlenen Maßnahmen abhängig machen. Die Entscheidungen über KJH-Maßnahmen sind in der KJH zu treffen und mit pädagogischen Aspekten zu begründen.
- Bei Konflikten zwischen Herkunftsfamilien und Einrichtungen der KJH bleibt die ärztliche Rolle als Behandelnde*r des Kindes und Jugendlichen (und nur als Behandelnde*r ist eine Involvierung etwa im Rahmen von Stellungnahmen etc. denkbar) mit der Zentrierung auf das Wohl des Kindes aus fachlicher Sicht zentral. Insofern kann der*die Behandelnde ggfs. mediierend wirken, eine Parteilichkeit aufgrund des bloßen Kooperationsverhältnisses mit der Einrichtung der KJH entspricht nicht guten ärztlichen Verhaltens. Sollten Konflikte zwischen der KJPP-Behandlung und der Herkunftsfamilie bestehen, so kann das Angebot einer Zweitmeinung hilfreich sein. In Fällen, bei denen das Sorgerecht (oder Teile hiervon) nicht bei den Eltern liegt, ist der Einbezug der Person, die eine Vormundschaft innehat etc. hilfreich. In seltenen Fällen kann eine Verweigerung der Zustimmung zur Behandlung eine Prüfung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, notwendig machen. Gerade im Bereich einer Off-label-Medikation müsste dies sehr gut begründet werden.

206 Vgl. dazu auch Gemeinsame Kommission Kinder- und Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion (2024). Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie/stationäre Kinder- und Jugendhilfe und Patientenrechte, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 52(5), S. 315–320, https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000992

- Generell ist auch zu prüfen, ob ein*e Minderjährige*r bereits selbst einwilligungsfähig ist, und ob der*die Minderjährige selbst in eine medikamentöse Behandlung einwilligen kann.

3.5 Ausblick: Kooperation im Rahmen der Problematik der »Systemsprenger«

In diesem Zusammenhang sei auf die ausführliche Darstellung zu der Problematik der Kooperation bei besonders herausforderndem Verhalten von Kindern und Jugendlichen in Kölch et al. 2021 verwiesen. An dieser Stelle sollen nur grundsätzliche Aspekte, die für die Kooperation in den entsprechenden Fällen Desiderate sind, skizziert werden.

Trotz bestehender Kooperationen zwischen KJH und KJPP, ergibt sich in der Praxis an Einzelfällen oft ein hohes Konfliktpotential zwischen beiden Systemen, dass sich an einzelnen Patient*innen festmachen lässt, die – positiv ausgedrückt – zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie hin und her wandern. Negativer ausgedrückt, werden sie hin- und hergeschoben. Dabei wäre ein »Drehtüreffekt« an sich noch gar nicht problematisch, denn er kann auch eine kontinuierliche gemeinsame Betreuung und Behandlung bedeuten, problematisch ist daran, dass beide Systeme ein Insuffizienzgefühl bezüglich der betroffenen Kinder und Jugendlichen entwickeln und, viel wichtiger, es den Kindern und Jugendlichen nicht besser geht, bzw. sie nicht besser sozial integriert sind. Vielmehr persistieren ihre Probleme oder verschlechtern sich sogar. In der Problematik der Delegation lassen sich auch grundsätzliche theoretische (Fehl-)Annahmen identifizieren, die das interdisziplinäre Handeln prägen können. Eine dieser Fehlannahmen ist, dass es eine Zweizeitigkeit von Handeln der jeweiligen Profession gibt, und die Interventionen der einen nur auf den vorgeschalteten – und erfolgreichen – Interventionen der anderen Profession aufbauen können. Verkürzt ist dieses Problem wie folgt zu charakterisieren: Therapie versus Pädagogik oder Therapie und Pädagogik? Insofern finden sich gerade bei diesen Kindern und Jugendlichen auch in dem jeweiligen System die Phantasie, ein anderes System oder eine andere Institution wäre besser geeignet für die Behandlung oder Betreuung als man selbst (BAG et al. 2018, Fegert/Petermann 2014). In der Pädagogik heißt es dann, das Kind brauche Therapie, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, das Kind brauche Pädagogik. Tatsächlich bedürfen diese Kinder und Jugendlichen nach allen Studienergebnissen beides; und sie bedürfen einer langfristigen Perspektive und hohen Professionalität der sie Betreuenden. Was diesen Kindern und Jugendlichen vermutlich weniger hilft ist ein, oftmals von Professionellen imaginiertes spezifisches Setting, das »besonders geeignet« oder »spezialisiert« wäre (Schmid 2012). Freilich muss das Setting insofern »spezifisch« sein, als es den speziellen Bedürfnissen dieser Kinder und Jugendlichen entgegenkommen kann und z. B. mit einem traumapädagogischen Ansatz arbeitet. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die hohe Reflexionsfähigkeit und -möglichkeit der professionell Betreuenden von entscheidender Bedeutung, um immer wieder aus den inszenierten negativen Beziehungsgestaltungen

heraustreten zu können und nicht in die Gefahr zu kommen, institutionell bedingt Beziehungsabbrühe zu inszenieren. Hier ergibt sich auch eine Aufgabe für die KJPP mit ihrer spezifischen entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Expertise. Diese ist auch in die Kooperation einzubringen.

Qualifikation in beiden Systemen ist die Grundlage für eine gelingende Betreuung und Hilfegestaltung für die betreffenden Jugendlichen. Dies beinhaltet auch ein Wissen über Gelingensfaktoren von Maßnahmen und psychische Störungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben. Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten, aber ebenso über deren Grenzen und notwendige Rahmenbedingungen, unter denen eine Therapie überhaupt gelingen kann, sind notwendig. Ein Grundverständnis zwischen den Kooperationspartnern muss entwickelt werden, warum das entsprechende Kind oder der*die Jugendliche sich so verhält, wie er*sie sich verhält. Einfache Erklärungsmuster helfen hier meist nicht weiter und oftmals verhalten sich die Jugendlichen auch nicht entsprechend einfacher logischer Muster. Gerade diese Kinder mit besonders herausforderndem Verhalten haben problematische Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit gemacht und eine Vielzahl an adverse childhood experiences (ACE) erlebt (Almas et al. 2020). Jugendliche in der geschlossenen Heimerziehung mit vielen vorhergehenden Hilfen weisen eine noch höhere Belastung mit ACE auf als Jugendliche in offenen sozialpädagogischen Institutionen (Jenkel & Schmid 2018).

So richtig es ist, wie oben beschrieben, dass Pädagogik und Therapie sich an die besondere Belastung der Kinder und Jugendlichen anpassen muss, so wenig hilfreich sind Delegationsketten zu scheinbar spezialisierten Einrichtungen oder Expert*innen. Zwei problematische Annahmen stecken hinter solchen Gedanken: einmal gehen solche Annahmen von einem Bindungs- und Beziehungsverständnis aus, wie es man es bei nicht von solchen biographischen Erlebnissen Betroffenen erwarten könnte. Die betreffenden Kinder und Jugendlichen zeigen oft massive Auffälligkeiten in der Bindung (Afifi et al. 2016, Guyon-Harris et al. 2019). Man kann also nicht pädagogische oder therapeutische Maßstäbe, was die Beziehungsgestaltung angeht, an diese Jugendlichen anlegen, wie an Nichtbetroffene. Hinzu kommt, dass sich bei den Jugendlichen oft bereits zumindest Persönlichkeitsakzentuierungen ergeben und manchmal zusätzlich auch ein Substanzabusus sich entwickelt hat. Beides wiederum hat Einfluss auf die Beziehungsfähigkeit (Habersaat et al. 2018). Die zweite Annahme, die problematisch erscheint, ist, dass damit nicht rezipiert wird, dass es weniger um Spezialisierung geht, die solchen Jugendlichen hilft, sondern um Reduktion der Delegationsketten, die mit multiplen Platzierungen verbunden sind.

Traumapädagogische Konzepte adressieren die besonderen Notwendigkeiten, die solche Kinder und Jugendliche in der Betreuung haben. Traumapädagogische Ansätze sind essentiell für eine qualifizierte Betreuung der schwerstbeeinträchtigten Kinder und Jugendlichen (Lang et al. 2013). Sie zeigen auch Effekte auf das Erleben von Mitarbeiter*innen der entsprechenden Einrichtungen hinsichtlich des Stresserlebens im Umgang mit den sehr herausfordernden Jugendlichen (Schmid et al. 2020; Kind et al. 2018, 2020), ver-

mutlich ist gerade diese Reduktion des Stresses bei den Fachkräften und eine höhere erlebte Selbstwirksamkeit in der Interaktion mit den Jugendlichen entscheidend dafür, ob sich eine Einrichtung zutraut, weiterhin mit einem*einer Jugendlichen zu arbeiten. Dazu kann auch die Kooperation in der Fachlichkeit mit der KJPP beitragen, die ggfs. bei Krisen zur Verfügung steht, psychotherapeutische Begleitung oder aber auch Beratung und Supervision (vgl. weiter oben) anbieten kann. Bei spezifischen Symptomen wie starken Impulskontrollstörungen, emotionalen Problemen kann auch eine Psychopharmakotherapie unterstützen, symptom- und teilhabeorientiert. Letztlich ist in diesen Fällen die Kooperation mit Bewusstheit über die eigene Fachlichkeit in der jeweiligen Disziplin und einem gemeinsamen Fallverständnis und einer gemeinsamen Zielorientierung eine Chance. Dabei ist die Rollenklärung, wie in Abschnitt 3 geschildert, von besonderer Bedeutung, auch gegenüber dem betreffenden Kind oder Jugendlichen.

Fazit 4

Bei Kindern und Jugendlichen, die die Systeme besonders herausfordern, die oftmals sogar sowohl das System der KJH wie das der KJPP an ihre Grenzen bringen, ist Kooperation besonders wichtig. Dabei sind die Besonderheiten dieser Kinder und Jugendlichen möglichst frühzeitig von beiden Systemen zu erfassen. Delegationsketten sind bei diesen Kindern und Jugendlichen extrem ungünstig. Vielmehr bedarf es hier einer gemeinsamen Fallkonzeption, die auch auf dem Stand der Wissenschaft zu biografischen Belastungen dieser Kinder und Jugendlichen und den Besonderheiten der Beziehungsgestaltung beruht. Die psychotherapeutische Expertise der KJPP kann hilfreich sein auch für die KJH, auch um Ausstoßungstendenzen, die diese Kinder in ihrem jeweiligen Umfeld auslösen, zu reduzieren. Zudem kann eine psychotherapeutische Begleitung auch den für Kinder und Eltern schmerzlichen Prozess der Akzeptanz, warum ein Kind nicht zuhause leben kann, erleichtern und so Ambivalenzen bei Kindern/Jugendlichen und Eltern reduzieren, was zu einem besseren Gelingen auch der KJH-Maßnahmen beitragen kann.

Literatur

Aarons, G.A., James, S., Monn, A.R., Raghavan, R., Wells, R.S. & Leslie, L.K. (2010). Behavior Problems and Placement Change in a National Child Welfare Sample: A Prospective Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49, S. 70–80. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.09.005

Afifi, T.O., MacMilian, H.L., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J. & Boyle, M.H.F (2016). Individual- and Relationship-Level Factors Related to Better Mental Health Outcomes following Child Abuse: Results from a Nationally Representative Canadian Sample, Canadian Journal of Psychiatry, 61 (12), S. 776–788. https://doi.org/10.1177/0706743716651832

Almas, A.N., Papp, L.J., Woodbury, M.R., Nelson, C.A., Zeanah, C.H. & Fox, N.A. (2020). The Impact of Caregiving Disruptions of Previously Institutionalized Children on Multiple Outcomes in Late Childhood. Child Development, 91 (1), S. 96–109. https://doi.org/10.1111/cdev.13169

APK = Aktion psychisch Kranke e. V. (2017). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Abschlussbericht verfasst von Fegert, J.; Kölch, M. & Krüger, U., herausgegeben von der Aktion psychisch Kranke e. V., Bonn. Verfügbar unter: www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf (Zugriff am 24.11.2024).

Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (2019). Kinder- und Jugendhilfereport 2018. Eine kennzahlenbasierte Analyse. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

BAG KJPP, BKJPP, DGKJP, AGJ (2018). Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen. Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BAG KJPP, des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BKJPP, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – DGKJP sowie der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. Verfügbar unter: https://www.agj.de/positionen/artikel.html?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=7060&cHash=2d7e69f0db0aed3ac86fbd113e95fa42 (Zugriff am 24.11.2024).

Baumgarten, F., Klipker, K., Göbel, K., Janitza, S. & Hölling, H. (2018). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring, 3 (1), S. 60–65. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-011

Beck, N. (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung Eine deskriptive Analyse, Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 43 (6), S. 443–51.

Brown, R.C. & Plener, P.L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Curr Psychiatry Rep, Mar; 19 (3), 20. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9

Clark, C., Caldwell, T., Power, C. et al. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. Annals of Epidemiology, 20, S. 385–94.

Clemens, V., Burgin, D., Eckert, A., Kind, N., Dolitzsch, C., Fegert J. et al. (2020). Hypothalamicpituitaryadrenal axis activation in a high-risk sample of children, adolescents and young adults in residential youth care – Associations with adverse childhood experiences and mental health problems. Psychiatry Research, 284, 112778. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112778

Copeland, W.E., Angold, A., Shanahan, L. & Costello, E.J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 53 (1), S. 21–33. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017

De Swart, J.J.W., van den Broek, H., Stams, G.J.J.M., Asscher, J.J., van der Laan, P.H., Holsbrink-Engels, G.A. et al. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three dec-

ades: A meta-analysis. Children and Youth Services Review, 34 (9), S. 1818-1824. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.015

Destatis – Statistisches Bundesamt (2018). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, 2018.

Dölitzsch, C., Fegert, J.; Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K. & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 23(3), S. 140–150. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140

Dölitzsch C., Kölch M., Fegert J., Schmeck, K. & Schmid, M. (2016). Ability of the Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile and the Youth Self Report-Dysregulation Profile to identify serious psychopathology and association with correlated problems in high-risk children and adolescents. Journal of Affective Disorders, 205, S. 327–334.

Euler, F., Jenkel, N, Stadler, C., Schmeck, K., Fegert, J, Kölch, M. & Schmid, M. (2014). Variants of Girls and Boys with Conduct Disorder: Anxiety Symptoms and Callous-Unemotional Traits. Journal of Abnormal Childhood Psychology, 43(4), S. 773–85. https://doi.org/10.1007/s10802-014-9946-x

Fegert, J. & Petermann, F. (2014). Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie versus Kinder- und Jugendhilfe. Kindheit und Entwicklung, 23, S. 135–139. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000139

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. Br J Psychiatry, 190, S. 319–25.

Gander, T., Fegert, J., Kölch, M, Schmeck, K., Di Gallo, A., Dölitzsch, C. & Schmid, M. (2019). Predictive factors for changes in quality of life among children and adolescents in youth welfare institutions. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54, S. 1575–1586. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01724-8

Goldbeck, L., Besier, T., Schmid, M. & Fegert, J. (2009). Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen. Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie, 27.

González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I. & Del Valle, J.F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. Children and Youth Services Review, 73, S. 100–106. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011

Greiner, W., Batram, M. & Witte, J. (2019). Kinder- und Jugendreport 2019: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH. Verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/download/report-2227710.pdf (Zugriff am 24.112024).

Guyon-Harris, K.L., Humphreys, K.L., Fox, N.A., Nelson, C.A. & Zeanah, C.H. (2019). Signs of attachment disorders and social functioning among early adolescents with a history of institutional care. Child Abuse & Neglect, 88, S. 96–106. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.005

Habersaat, S., Ramain, J., Mantzouranis, G., Palix, J., Boonmann, C., Fegert, J. et al. (2018). Substance-use disorders, personality traits, and sex differences in institutionalized adolescents. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 44 (2), S. 1–9. https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1491587

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., KIGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsblatt, 7(57), S. 807–819. https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3

Humphreys, K.L. & Zeanah, C.H. (2015). Deviations from the expectable environment in early childhood and emerging psychopathology. Neuropsychopharmacology, 40(1), S. 154–70.

Jenkel, N. & Schmid M. (2018). Lebensgeschichtliche und psychische Belastungen von jungen Menschen in freiheitsentziehenden Maßnahmen der Jugendhilfe, unsere jugend, 9, S. 354–364.

Jozefiak, T., Kayed, N.S., Rimehaug, T., Wormdal, A.K., Brubakk, A.M. & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. European Child and Adolescent Psychiatry, 25(1), S. 33–47. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x

Kind, N., Bürgin, D., Fegert, J. & Schmid, M. (2020). What Protects Youth Residential Caregivers from Burning Out? A Longitudinal Analysis of Individual Resilience. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), S. 2212. https://doi.org/10.3390/ijerph17072212

Kind, N., Eckert, A., Steinlin, C, Fegert, J. & Schmid, M. (2018). Verbal and physical client aggression – A longitudinal analysis of professional caregivers' psychophysiological stress response and burnout. Psychoneuroendocrinology, 94, S. 11–16. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.05.001

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Mental health problems in children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. J Health Monit. Sep 19; 3(3), S. 34–41. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-084

Kölch, M., Bienioschek, S. & Schmid, M. (2021). »Systemsprenger« – Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Perspektive zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In D. Kieslinger, M. Dressel & R. Haar (Hrsg). Systemsprenger*innen. Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit. Freiburg: Lambertus.

Kölch, M., Rassenhofer, M. & Fegert, J. (Hrsg.) (2021). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (3. Auflage). Berlin: Springer.

Kölch, M.G., Reis, O., Ulbrich, L. & Schepker, R. (2023). COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 51(4), S. 295–309.

Kölch, M. & Ziegenhain, U. (2015). Bessere Versorgung für Kinder von psychisch kranken Eltern, Nervenheilkunde (1-2), S. 49–54.

Kossowsky, J., Pfaltz, M.C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C. & Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. Am J Psychiatry, 170(7), S. 768–81.

Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., de Hair, I.A., Wahle, T., Bausum, J., Weiß, W. & Schmid, M. (Hrsg.) (2013). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Juventa.

Mack, J., Wanderer, S., Kölch, M. & Roessner, V. (2019). Come together – Case specific cooperation of Youth Welfare Services and Child and Adolescent Psychiatry. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13, S. 34. https://doi.org/10.1186/s13034-019-0294-z

McLaughlin, K.A., Greif Green, J., Gruber M.J. et al. (2012). Childhood Adversities and First Onset of Psychiatric Disorders in a National Sample of US Adolescents. Archives of general psychiatry, 69, S. 1151–60.

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain, International Review of Psychiatry, 15(1-2), S. 185–187.

Möller, H.J. (2006). Therapie psychischer Erkrankungen. https://doi.org/10.1055/b-0033-1434

Plener, P.L., Groschwitz, R.C., Franke, C., Fegert, J. & Freyberger, H.J. (2015a). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 63(3), S. 181–186.

Plener, P.L., Straub, J., Fegert, J. & Keller, F. (2015b). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern – Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. Nervenheilkunde, 34(1-2), S. 18–23.

Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (2. Aufl.), S. 404–440. Göttingen: Hogrefe.

Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M. & Fegert, J. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? Kindheit und Entwicklung, 23(3), S. 161–173.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. & Fegert, J. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 28; 2(1), S. 2. https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2

Schmid, M., Lüdtke, J., Dolitzsch, C., Fischer, S., Eckert, A. & Fegert, J. (2020). Effect of trauma-informed care on hair cortisol concentration in youth welfare staff and client physical aggression towards staff: results of a longitudinal study. BMC Public Health, 20, S. 21. https://doi.org/10.1186/s12889-019-8077-2

Schmid, M. & Rauser, G. (n.d.). EQUALS. Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen. https://www.equals.ch/

Teicher, M.H. & Samson, J.A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for eco-phenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. Am J Psychiatry, 170(10), S. 1114–33.

Teicher, M.H., Samson, J.A., Anderson, C.M. & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nat Rev Neurosci, 17(10), S. 652–66.

van Santvoort, F., Hosman, C.M.H., Janssens, J.M.A.M., van Doesum, K.T.M., Reupert, A. & van Loon, L.M.A. (2015). The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: a systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev, 18(4). https://doi.org/10. 1007/s10567-015-0191-9

Veenman, B., Luman, M. & Oosterlaan, J. (2018). Moderators Influencing the Effectiveness of a Behavioral Teacher Program. Front Psychol, Mar 13;9, S. 298. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.0029

Vostanis, P., Graves, A, Meltzer, H, Goodman, R., Jenkins, R. & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health-findings from the GB national study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41(7), S. 509–14.

Westermair, A. L., Stoll, A. M., Greggersen, W., Kahl, K.G., Hüppe, M. & Schweiger, U. (2018). All Unhappy Childhoods Are Unhappy in Their Own Way – Differential Impact of Dimensions of Adverse Childhood Experiences on Adult Mental Health and Health Behavior. Frontiers in Psychiatry, 9, S. 198.

Wiesner & Wapler (2022). SGB VIII • Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 6. Auflage. C.H. BECK.

Yu, R., Aaltonen, M., Branje, S., Ristikari, T., Meeus, W., Salmela-Aro, K., Goodwin, G.M. & Fazel, S. (2017). Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 56(8), S. 652–658.