



Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert - Universität Ulm
Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie/Psychotherapie –
Steinhövelstr. 5 - 89075 Ulm

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

☎ (07 31) 5 00-61600/61601

📠 (07 31) 5 00-61602

e-mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

14. Mai 2009

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz)

Gesetzesentwurf der Bundesregierung,
Drucksache 16/12429 vom 25.03.2009

1. Generelle Feststellung: Vereinheitlichung ist wichtig

Prinzipiell begrüße ich die Initiative des Bundes, durch ein Bundesgesetz zur Verbesserung des Kinderschutzes beizutragen. Erfreulich ist, dass das Gesetz nun auch die Vernachlässigung kleiner Kinder und die möglichen gesundheitlichen Konsequenzen stärker in den Blick nimmt, allerdings dürfen dabei anders gelagerte Fälle der körperlichen Kindesmisshandlung und des sexuellen Missbrauchs nicht in Vergessenheit geraten und die Regelungen müssen auch für solche Fälle in anderen Altersgruppen adäquat sein. Die geplante Befugnisnorm unterstützt Ärzte und andere Geheimnisträger aus Heilberufen in ihren schwierigen Güterabwägungen im Kinderschutz. Allerdings wird dieser große **zentrale Vorzug der Vereinheitlichung** in einem Bundesgesetz, der die Handhabbarkeit in der ärztlichen Praxis und die Vermittelbarkeit in der medizinischen Lehre erst ermöglichen würde, wieder durch den vom Bundesrat geforderten und von der Bundesregierung in der Rückäußerung akzeptierten Zusatz in Abs. 4 § 2 KiSchZusG wahrscheinlich wieder zunichte gemacht, denn wie sollen Ärzte wissen was weitergehende Vorschriften sind und wo diese gelten. Ist zum Beispiel die Meldepflicht in Bayern (Artikel 14 GDVD) weitergehend und damit vorrangig, entfällt damit die ansonsten im Kinderschutzgesetz vorgesehene Einschätzung durch den Arzt und die Beratung?

Sind auch restriktivere Formulierungen, wie im rheinland-pfälzer Kinderschutzgesetz mit der Schwelle der dringenden Erforderlichkeit (§ 12 Satz 2 KindSchuG) weitergehend, so dass in Rheinland-Pfalz die bloße Erforderlichkeit nach § 2 Abs. 3 aus dem Gesetzesentwurf nicht gelten würde. Sind die weitergehenden Vorschriften in § 28 Abs. 8 Bundesdatenschutzgesetz auch solche weitergehenden Vorschriften, so dass an sich die Gesundheitsdaten weiterhin diesen strengen Grenzen unterliegen und nur andere Geheimnisträger, wie z. B. RechtsanwältInnen etc. hiervon berührt sind ...

Der einfache Arzt in der Praxis, der nicht jeden Tag Kinderschutzfälle hat, im Zweifelsfall aber gesetzeskonform handeln soll und durch die begrüßenswerten neuen Regelungen unterstützt werden soll, wird angesichts solcher Unklarheiten eher vor der Nutzung einer solchen Befugnisnorm zurückschrecken. Noch komplizierter ist die Situation an den Ländergrenzen wie z. B. in meiner Institution, wo wir selbstverständlich Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg sehen etc. Dieser Einschub, sollte er wirklich erfolgen, widerspricht der primären Intention des Gesetzesentwurfs nach Erhöhung der Rechtssicherheit bei der Abwägung der Schweigepflicht von Berufsgeheimnisträgern. Wörtlich hat die Bundesregierung ja auf Seite 1 des Entwurfs formuliert, dass eine **„bundeseinheitliche Rechtslage durch eine entsprechende gesetzliche Befugnisnorm außerhalb des Strafrechts geschaffen werden“** soll. Diese Intention ist gut und richtig und nach wie vor eines der wichtigsten Argumente für ein Bundeskinderschutzgesetz, deshalb darf dieses wichtige Ziel eben nicht durch Zusätze, welche neue Unklarheiten schaffen, verwässert oder zunichte gemacht werden. Aus der praktischen Sicht der Ärzteschaft, die hier für eine bessere Zusammenarbeit gewonnen werden sollte, müsste deshalb eine bundeseinheitliche Regelung gefunden werden. Kollidierende Regelungen in Ländergesetzen müssten korrigiert werden. Detailliert hatte ich, zusammen mit einer Autorengruppe für die drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften schon zum Referentenentwurf Stellung genommen. (vgl. Stellungnahme vom 16.12.2008 in der Anlage zum Papier)

Dennoch möchte ich im Folgenden noch einmal aus meiner persönlichen Sicht zunächst zu den Artikeln 1 und 2 sowie zu den intendierten Änderungen im SGB VIII in der Fassung des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung Stellung nehmen, wobei ich mich teilweise natürlich auf die bisher von mir vorgebrachten Argumente wiederum beziehen werde.

2. Die Regelungen im Einzelnen

Artikel 1

§ 1

Der § 1 verdeutlicht die Position des Kinderschutz und der staatlichen Mitverantwortung im Spannungsfeld zwischen elterlichen Rechten und Pflichten und dem staatlichen Wächteramt wie in Artikel 6 Grundgesetz. Positiv ist die Betonung der Bedeutung der frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. Deutlich wird dadurch eine Entwicklung in der fachlichen Debatte aufgegriffen, die neben schwerer Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch auch die frühe Vernachlässigungsproblematiken sehr viel stärker in den Blick genommen hat. Unsere Expertise zum Fehlerlernen im Kinderschutz [3] hat in der Analyse aus von veröffentlichten Problemfällen auch einen Schwerpunkt der Ereignisse in den ersten drei Lebensjahren bestätigt.

§ 2

§ 2 regelt nun die oben angesprochene Befugnisnorm und ist prinzipiell aus ärztlicher und psychotherapeutischer Sicht sehr zu begrüßen. Für die Praxis ist positiv, dass das inhaltliche Vorgehen im Sinne einer Güterabwägung nun im Gesetz expliziert wird:

Zunächst ist eine Einschätzung der Gefährdung verlangt und eine Einschätzung der eigenen fachlichen Mittel zur Abwendung dieser Gefährdung. Hierbei ist dann natürlich zunächst einmal festzuhalten, dass prinzipiell die ärztliche Schweigepflicht und die Schweigepflicht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein sehr hohes Gut in der Patientenbeziehung darstellt und auch prinzipiell die Voraussetzung für unsere Arbeit mit Patienten ist. Der Gesetzgeber versucht hier ja auch nicht generell einen Eingriff in die ärztliche Schweigepflicht, sondern konstruiert eine Befugnisnorm, welche bisher auch schon mögliche Güterabwägungen expliziert. Im bisherigen Referententwurf war der Wunsch, dass solche Entscheidungen nicht leichtfertig getroffen werden mögen, durch den Zusatz „dringend“ symbolisiert worden. Ob dies so in der Praxis verstanden wird und deshalb der Zusatz „dringend“ hier erforderlich ist oder ob andere Formulierungen gewährleisten müssen, dass Ärzte nicht schon weil solche Abklärungen zeitaufwendig sind einen Bruch der Schweigepflicht vornehmen, möchte ich zur Diskus-

sion stellen. Aus meiner praktischen Erfahrung, auch als Studiendekan und in der ärztlichen Weiterbildung, ist auf jeden Fall zu fordern, dass entsprechende Inhalte in Aus- und Weiterbildung im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich dringend vermittelt werden müssen. Mein Vorschlag wäre deshalb der Einschub „trotz aller fachlicher Sorgfalt erforderlich...“ Dieser Zusatz hebt nicht, wie der ursprüngliche Zusatz im Referentenentwurf eher auf eine zeitliche Dringlichkeit ab, sondern macht noch einmal deutlich, dass ein Bruch der Schweigepflicht nicht fahrlässig nur wegen mangelnden zeitlichen Ressourcen etc. erfolgen darf.

Erscheint entweder die **prognostische Frage der Gefährdungsabschätzung** oder die Abwendung der Gefährdung durch den Geheimnisträger, also z. B. den Arzt oder die Ärztin, den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin, mit seinen/ihren fachlichen Kenntnissen und Mitteln nicht möglich (nicht zum Beispiel aus mangelnder Zeit etc. – dies würde keinen Bruch der Schweigepflicht rechtfertigen), wird im nächsten Schritt das **Gespräch mit den Personensorgeberechtigten** als wichtige Stufe dargestellt. Dabei soll auf die Inanspruchnahme von Hilfe hingewirkt werden. Auch dies ist generell begrüßenswert zumal z. B. mit Blick auf akute Fälle des sexuellen Missbrauchs oder der Kindesmisshandlung ausdrücklich betont wird, dass dies natürlich nur erfolgen kann soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Möglichkeiten der Beratung von Kindern und Jugendlichen in solchen Problemlagen ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten nach §8 Abs. 3 SGB VIII sollten deshalb von dieser neuen Regelung explizit ausgenommen sein. Dort wird geregelt, dass solche Beratung ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten möglich ist „wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage“ erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde“.

Neu und prinzipiell zu begrüßen ist auch der Vorschlag der anonymisierten oder pseudonymisierten Beratung mit einer in soweit erfahrenen Fachkraft, welche sich in der Praxis in zahlreichen Vernetzungsprojekten im Kinderschutz ohnehin schon vielfach bewährt hat. Allerdings muss hier sichergestellt werden, dass diese Regelung sich auf Einzelfälle der fachlichen Beratung bezieht und nicht auf diesem Weg eine systematische Weitergabe von anonymisierten oder pseudonymisierten Daten, z. B. im Rahmen von lokalen

Forschungsprojekten etc., ermöglicht wird (vgl. hierzu die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer). Für den Gesetzgeber muss auch bei den Kostenüberlegungen deutlich sein, dass nachdem vor einigen Jahren noch gar nicht klar war wer nach Einführung des § 8 a SGB VIII die „insofern erfahrenen Fachkräfte“ sein sollen, nun auf diese Fachkräfte weitere erhebliche Anforderungen in der Beratung außerhalb des Jugendhilfesystems zukommen werden. In Abs. 3 des § 2 wird dann die tatsächliche Befugnis dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Kindeswohlgefährdung mitzuteilen, geregelt, gleichzeitig wird in der Regel Transparenz gegenüber Personensorgeberechtigten bei diesem Schritt gefordert.

Vom Bundesrat vorgeschlagene und von der Bundesregierung in der Rückäußerung akzeptierte Zusätze zur Vorrangigkeit evtl. weitergehender Regelungen oder Kollisionen mit Landesrecht würden die hier ausdrücklich begrüßte mehrschrittige, praxisnahe Lösung verwässern und in ihrer Wirkung zunichte machen (siehe oben).

§ 3

In § 3 wird die Weitergabe von Informationen durch andere Berufsgruppen bei Kindeswohlgefährdung geregelt. Prinzipiell ist natürlich zu begrüßen, dass neben den Ärzten auch alle anderen zum Netzwerk gehörenden Berufsgruppen in den Kinderschutz eingebunden werden. Meine Stellungnahme wird hier prinzipiell aus ärztlicher Sicht und ärztlicher Kompetenz abgegeben. Ich kann nicht beurteilen, ob solche Informationspflichten z. B. für Lehrer, angesichts der föderalen Zuständigkeit im Schulbereich, überhaupt einer verfassungsrechtlichen Überprüfung standhalten. Erhebliche Probleme würde ich im ehrenamtlichen Bereich oder anderen Berufen wie bei Schulbusfahrern etc. vermuten (vgl. die Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften zum Referentenentwurf). Doch hierzu sollten vor allem die betroffenen Berufsgruppen Stellung nehmen. Noch einmal möchte ich aber auch hier daran erinnern dass Vertrauensverhältnisse nicht konterkariert werden dürfen und dass Spielräume analog § 8 Abs. 3 SGB VIII auch für andere Vertraute erhalten bleiben müssen. Kinder und Jugendlichen muss es möglich bleiben mit Vertrauenspersonen ihre Probleme anzusprechen ohne dass, quasi in einem Automatismus, Eltern informiert und Behörden einbezogen werden. In der Praxis müsste sonst jeder von einem Kind potentiell erwählte

Ansprechpartner und Helfer zuerst dem Kind zu bedenken geben, wie er von Gesetzes wegen handeln müsse und das Kind dann noch einmal zur Überlegung veranlassen, ob es unter diesen Bedingungen sich überhaupt mitteilen wolle. Sicher kann man die Situation anderer Berufsgruppen vielleicht nicht direkt mit der besonders geschützten, als Patientenbeziehung vergleichen, dennoch braucht es auch hier in den psychosozialen Arbeitsfeldern und bei von Kindern gewählten Vertrauenspersonen einen hinreichenden Schutz und Vertrauensspielraum. Nicht zuletzt deshalb scheint es mir zahlreiche Bedenken im Feld in Bezug auf die hier vom Gesetzgeber vorgeschlagene Lösung.

Artikel 2 regelt die Änderung des VIII. Buches Sozialgesetzbuch.

In Abs. 1 Satz 2 wird zunächst das partizipative Element beibehalten, in dem vorgesehen wird, dass Personensorgeberechtigte wie betroffene Kinder und Jugendliche einzubeziehen sind. Dies erscheint uns auch aufgrund unserer empirischen Forschung nach wie vor sehr wichtig, da in unserer, von der World Childhood Foundation geförderten, Untersuchung [4] es sich herausstellte, dass Verbesserungen in der Hilfeprozesskoordination zwischen den Helfern, wie sie ja auch durch dieses Gesetz intendiert sind, zu einer Verschlechterung der Partizipation der Betroffenen führten. Gleichzeitig wird der Satz nun dadurch ergänzt, dass prinzipiell erwähnt wird, dass ein unmittelbarer Eindruck vom Kind und in der Regel auch seiner persönlichen Umgebung zur fachlichen Gefährdungseinschätzung gehören. Dies entspricht allen fachlichen Standards und formuliert, ohne direkte Nennung des Hausbesuchs, ein **Regelausnahmeverhältnis** in Bezug auf den Hausbesuch. Der Hausbesuch mit Inaugenscheinnahme ist nun implizit, wie auch in vielen veröffentlichten Standards der Jugendhilfe, als der Königsweg bei der Einschätzung, benannt. Unberührt bleiben aber davon Fälle, in denen sich ein Zugang oder eine Beratungssituation leichter über eine andere Vorgehensweise herstellen lassen. In unserem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, gefördert durch die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen, sowie in der Evaluation durch den Bund, konnten wir z. B. feststellen, dass Übergänge aus der Gesundheitshilfe, insbesondere aus Geburtskliniken, vor allem dann gut gelingen, wenn an die bisherigen Hilfekontakte im Bereich der Gesundheitshilfe angeknüpft wird und wenn nicht gleich aus Anlass der Kontaktaufnahme durch die Gesundheitshilfe ein „Kontrollbesuch“ erfolgt.

Die neue Formulierung in Abs. 2 trägt unseren, in der Verbändestellungnahme vom Dezember 2008, vorgetragenen Bedenken Rechnung und wir deshalb von mir ausdrücklich begrüßt.

2. § 72 a Nachweis der persönlichen Eignung

Ob diese Neufassung in der Praxis tatsächlich eine Verbesserung bringen wird, sei dahingestellt. Auf jeden Fall wird noch einmal deklaratorisch verdeutlicht, dass Personen, welche Übergriffe auf Kinder durchgeführt haben und strafrechtlich verurteilt wurden, nicht mit Kindern arbeiten sollen. Vermutlich ist die Umsetzung des Kinderschutzes in Institutionen oder in ehrenamtlicher Arbeit oder bei freien Trägern der Jugendhilfe vielmehr eine Frage der Haltung und detaillierter arbeitsrechtlicher Vorgaben. [1] In meiner Klinik hat es immerhin mehrere Jahre gedauert, bis der Gesamtpersonalrat einer zusätzlichen Vereinbarung zum Arbeitsvertrag zustimmte, die deutlich macht, dass unsere Beziehungsarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie insofern eine gefahrgeneigte Tätigkeit ist, weil die Kinder in ihrer Vorgeschichte schon häufig Gewalterfahrungen und Erfahrungen aus Übergriffen gemacht haben und dies in Übertragungsbeziehungen aktualisieren. Es handelt sich aus meiner Sicht also um eine sehr viel weitergehende Frage der Mitarbeiterführung, welche so nicht in einem Bundesgesetz geregelt werden kann.

3. § 86 c

§ 86 c versucht durch die Neuregelung, in begrüßenswerter Weise, das „abtauchen“ von Familien zu verhindern und Betreuungskontinuität zu sichern.

3. Fazit

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird eine wesentliche Chance zur Verbesserung, auch der Zusammenarbeit, vor allem des medizinischen Bereichs und der Jugendhilfe im Kinderschutz, ergriffen. Die Einführung einer Befugnisnorm ist deshalb zu begrüßen. Zu bedauern bleibt, dass zwar veränderte Regelungen im SGB VIII eingeführt werden,

dringend notwendige Veränderungen im SGB V aber unterbleiben. Explizit zu nennen ist hier der § 294 a SGB V. Diese Pflicht zur Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen führt derzeit automatisch zu einer Vermeidung einer entsprechenden Diagnosestellung durch Ärzte, denn tatsächlich lassen sich die Krankenkassen bei entsprechenden Diagnosen von den Strafverfolgungsbehörden bei der Ermittlung des Täters und des Tathergangs unterstützen. Kaum je kann dabei im Zusammenhang mit Kinderschutzfällen der ursprüngliche Normzweck, nämlich die Kostenheranziehung des Verursachers, bewerkstelligt werden. Diese Norm führt jedoch dazu, dass uns weder vernünftiges statistisches Material aus dem Gesundheitsbereich, z. B. in Krankenkassendaten oder Datensätzen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegen, noch dass angemessene Fallpauschalen oder Ähnliches für die schwierigen Konstellationen im ärztlichen Kinderschutz verhandelt werden. Finanziell arbeiten deshalb fast alle im Gesundheitssystem Beteiligten, bei diesen hoch komplexen Fällen, in einer Art „Niemandland“. Insofern ist es schon etwas paradox, wenn auf der einen Seite eine Befugnisnorm zur Meldung in diesen Fällen ins System der Jugendhilfe eingeführt wird und gleichzeitig der bisherige indirekte Konnex mit dem Strafrecht über die wirtschaftlich begründete Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen beibehalten wird [2]. In der internationalen Fachwelt besteht Einigkeit darüber, dass medizinische Daten, z. B. aus Notfallambulanzen, aus Kinderkliniken etc., insgesamt die besten Indikatoren für die Wirksamkeit von Kinderschutzmaßnahmen sind. In Deutschland stehen uns aus dem o. g. Grund keine solchen Daten zur Verfügung. Rechtssicherheit wird nun zwar für Ärzte in Bezug auf den Datenschutz durch die Befugnisnorm geschaffen, dennoch wird das Problem weiterhin im Krankenhaus bei der Diagnostik und auch bei der Leistungserstattung, verschwiegen werden was die weitere Vernetzung und fachliche Weiterentwicklung im Netzwerk erheblich behindert.

Zu den weiteren Bundesratsvorschlägen bleibt festzustellen, dass das Bundeskinderschutzgesetz in der vorliegenden Form eher einen, wenn auch wichtigen Torso darstellt. Es erscheint mir durchaus sinnvoll, über die gesetzliche Verankerung interdisziplinärer Vernetzung im Kinderschutz nachzudenken. Allerdings sollten hierzu die Ergebnisse der Begleitforschung zu den Projekten Frühe Hilfen abgewartet werden. Unser „Vernetzungshandbuch“ aus dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ ist soeben fertiggestellt und liegt derzeit den beteiligten 4 Länderministerien und dem Bund zur Prüfung

und Freigabe vor. Da in den letzten Jahren auf Länder- und Bundesinitiative hin sehr viele Aktivitäten im Kinderschutz gestartet wurden, sollte die Evaluation dieser Aktivitäten ebenso wie die Folgen der Kinderschutzgesetzgebung **wissenschaftlich überprüft und dokumentiert** und dann bei der Fortschreibung eines Kinderschutzgesetzes angewandt werden.

Bei der Einführung des § 8 a KJHG war damals ebenfalls von verschiedenen Experten eine Evaluation empfohlen worden, diese ist leider unterblieben. Es entstand zwar in der Praxis der Eindruck, dass die Einführung der neuen Norm des § 8 a KJHG zu einer vermehrten fachlichen Auseinandersetzung um den Kinderschutz geführt hat, empirische Belege dazu gibt es aber leider nicht. Insofern sehen wir uns jetzt wiederum mit eher ideologischen Debatten, z. B. ob es Sinn macht, einer Profession Handlungsweisen wie Hausbesuche aufzuerlegen, ausgesetzt und es wird dabei vielleicht etwas zu viel über political correctness im Umgang mit einzelnen Professionen und zu wenig über Fakten und Ergebnisse diskutiert. Einstellungen, Haltungen, das Selbstvertrauen von Professionen etc. all dies ist bei der schwierigen Arbeit im Kinderschutz natürlich unabdingbar. Eine selbstkritische (Fehler-)Analyse und die Erhebung von Fakten und Daten ist meines Erachtens aber auch eine zentrale Voraussetzung für eine Verbesserung des Kinderschutzes. Gerade weil es hier um massive Eingriffe und Gefährdungen von Grundrechten geht und ständig schwierige Güterabwägungen getroffen werden müssen, brauchen wir in der Zukunft mehr Evidenz, mehr Transparenz auf der Basis von Daten. Die positiven Intentionen des Gesetzentwurfes sind klar. Ob diese von der Bundesregierung formulierten Ziele durch das Gesetz erreicht werden, sollte überprüft werden. Die Ergebnisse dieser Überprüfung und die wissenschaftlichen Ergebnisse der zahlreichen Modellprojekte sollten dazu genutzt werden, die an sich richtigen Ideen aus dem Bundesrat zur Verankerung der Vernetzung und zu einem breiter angelegten Kinderschutzgesetz auf einer empirischen Basis aufzugreifen.

In der Medizin gilt es dabei auch zu überprüfen, ob die Schaffung einer Befugnisnorm allein die Aufmerksamkeit für den Kinderschutz und den Umgang mit diesen Fällen verändert, wenn nach wie vor die entsprechenden Diagnosen nicht gestellt werden (dürfen) weil sonst unweigerlich indirekt über die Krankenkassen ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren ausgelöst wird. Es wäre zu wünschen gewesen, dass der Gesetz-

geber schon bei Einführung des Kinderschutzgesetzes diesen Missstand im SGB V, der auch für die betroffenen Krankenkassen kostenneutral ist, behoben hätten. Sollte dies jetzt nicht möglich sein, sollte auch diese Frage weiterhin geprüft und wissenschaftlich evaluiert werden um dann bei einer allfälligen Neuvellierung des Gesetzes diesen seit Jahren beklagten Missstand zu beseitigen.

Literatur:

1. Fegert J (2007) Prävention von Missbrauch in Institutionen durch Abschreckung vs. Prävention durch Empowerment. Kind Jugend Gesellschaft 52:99 - 103
2. Fegert JM (2008) Bemerkungen zur öffentlichen Debatte um den Kinderschutz und zur Diskussion in der Jugendhilfe um den §8a KJHG aus kinder- und jugendpsychiatrischer, psychotherapeutischer Sicht. ZKJ:136 - 139
3. Fegert JM, Schnoor K, Kleidt S, Kindler H, Ziegenhain U (2008) Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
4. Goldbeck L, Laib-Koehnemund A, Fegert J (2007) A randomized, controlled trial of a program of expert-assisted case management of child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect 31:919-933



www.kinderpsychiater.org

www.dgkjp.de

16.12.2008

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Bundeskinderschutzgesetz – BkiSchG)

Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik **DGKJP**, für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie **BAG** und für den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. **BKJPP**

Prinzipiell **begrüßen wir die Initiative des Bundes, durch ein Bundesgesetz zur Verbesserung des Kinderschutzes beizutragen. Erfreulich ist, daß das Gesetz auch die Vernachlässigung kleiner Kinder und die möglichen gesundheitlichen Konsequenzen stärker in den Blick nimmt. Die geplante Befugnisnorm unterstützt Ärzte und andere Geheimnisträger aus Heilberufen in den schwierigen Güterabwägungen im Kinderschutz.** Unklar bleibt wie Ärzte mit der entstehenden Regelungsvielfalt (konkurrierende Länder- und Bundesgesetzgebung) umgehen sollen. Im Folgenden wird zunächst zu Artikel 1 und dann zu Artikel 2 d.h zu den Änderungen im SGB VIII Stellung genommen.

Artikel 1

§ 1 – Der Paragraph 1 verdeutlicht die Position des Kinderschutzes und der staatlichen Mitverantwortung im Spannungsfeld zwischen elterlichen Rechten und Pflichten und dem staatlichen Wächteramt, wie in Artikel 6 Grundgesetz.

Aus ärztlicher Sicht ist, mit Blick auf Fragen der frühen Kindheit zu begrüßen, dass in Absatz 2, 2 auch **gesundheitliche Entwicklungsrisiken**, wie sie bei kleinen Kindern besonders schwere und langfristige Auswirkungen haben können, explizit erwähnt werden. Insgesamt wird deutlich, dass sich die Kinderschutzdebatte nun nicht mehr nur auf schwere Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch konzentriert, sondern auch die Fragen, welche in der **frühen Kindheit** große Bedeutung haben, nämlich Vernachlässigungsproblematiken, nun zentral in den Blick genommen werden.

§ 2

Aus ärztlicher und psychotherapeutischer Sicht ist der § 2 des neuen Gesetzes **sehr zu begrüßen. Ähnliches war früher auch schon einmal von den 3 Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie angeregt worden.** Hier wird eine bundesweite Befugnisnorm eingeführt, welche sich auf Geheimnisträger nach § 203 StGB bezieht und auf den Straftatbestand "wer unbefugt usw." Bezug nimmt. Dadurch entsteht Rechtssicherheit für Ärzte und andere Behandelnde wie Heilhilfsberufe, Hebammen etc. bei der im Einzelfall notwendigen Informationsweitergabe. Positiv gesehen wird, dass alle Ärzte und andere Heilberufe, d.h. sowohl Behandelnde des Kindes als auch Behandelnde der Eltern, einbezogen sind.

Hervorragend ist, dass die **Güterabwägung** im Einzelfall quasi in der Norm vorgegeben wird. Personen, welche einer Schweige- oder Geheimhaltungspflicht im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen, müssen bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung zunächst prüfen, ob ihre eigenen fachlichen Mittel zur Gefährdungsabschätzung und zur Abwendung der Gefährdung ausreichen, sollen dann auf die aktive Inanspruchnahme von Hilfen bei den Personensorgeberechtigten hinwirken und sind, falls dies nicht möglich ist und ein Tätigwerden dringend erforderlich ist, befugt dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung mitzuteilen. Diese Norm entspricht teilweise den Regelungen in Ländergesetzen wie z.B. Rheinland-Pfalz oder Baden-Württemberg. Ungeklärt bleibt die Frage, ob diese Bundesnorm neu geschaffene Ländernormen ablösen wird. Problematisch ist vor allem die Situation in der Ländrrecht weitergehend eine Mitteilungspflicht für Ärzte vorgibt. Wie zukünftig

Ärztinnen und Ärzte in Bayern, Thüringen oder Hessen mit der Informationsweitergabe umgehen sollen, nach Landesrecht oder nach Bundesrecht, ist also unklar. Die Regelung in Rheinland-Pfalz oder die geplante in Baden-Württemberg könnte wahrscheinlich problemlos in eine wortgleiche überführt werden und eine solche Vereinheitlichung wäre dringend zu fordern. Ärzte, die Patienten aus mehreren Bundesländern behandeln, könnten durch eine Regelungsvielfalt erheblich verwirrt werden. Konkurrierende Normen auf Bundes- und auf Landesebene vereiteln die gute Intention, indem sie nicht das Handeln erleichtern sondern durch Verunsicherung der Praktiker zur Lähmung beitragen.

Wir begrüßen den Tenor und die Formulierung des § 2, bemängeln aber Kollisionen mit Landesrecht. Damit das Ganze in der Praxis funktioniert, braucht es eine lebensnahe, bundeseinheitliche Regelung. Dies könnte sehr gut die vorliegende Formulierung des § 2 sein. Allerdings müssten dann entsprechende Landeskinderschutzgesetze angepasst werden.

§ 3 Informationspflichten für andere Berufsgruppen

Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind im Hauptberuf nicht von den Regelungen nach § 3 direkt betroffen.

Allerdings ist diese Regelung der weitestgehende Eingriff. Sie erfasst in der formulierten Allgemeinheit eine große Gruppe, z.B. von mit Kindern befassten Ehrenamtlern (Sporttrainern etc.) oder anderen Berufen wie z. B. den Schulbusfahrer etc. Nicht alle Bundesländer haben bisher die Intention des § 8 a SGB VIII in die Allgemeinen Schulordnungen als Handlungsnorm für Lehrer übernommen. Hier wird über eine Informationspflicht ein Meldesystem kreiert. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob zur Bearbeitung einer solchen Vielzahl von Meldungen entsprechende Kapazitäten bestehen und nach welchen Kriterien das Screening der Fremdmeldungen erfolgen wird. Die Expertise zur Fehleranalyse (Fegert et al. 2008) hat aufgezeigt, dass der Umgang mit Fremdmeldern bislang ein eher unsystematischer und teilweise auch problematischer ist. In sofern sind in Bezug auf diese weitreichende Informationsverpflichtung sowohl Bedenken mit Blick auf die angesprochen Gruppen, als auch mit Blick auf die Implementation und insbesondere Qualitätsstandards auf der prozeduralen Ebene zu formulieren.

Artikel 2 Änderungen des Sozialgesetzbuchs VIII

Zu der vorgeschlagenen Regelung in § 8 a Abs. 1 SGB VIII - E ist aus den Reihen unserer Fachverbände bereits Anfang des Jahres, nach einer Anhörung im Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend eine kritische Äußerung erfolgt (vgl. Fegert 2008).

Einen Hausbesuch nun quasi in Abs. 1 "regelmäßig" vorzuschreiben, ist eine unangemessene Konkretisierung, welche die Fachkräfte in gewisser Weise auch entmündigt. Ärzte würden sich ja auch nicht vorschreiben lassen, in welchem Setting sie am günstigsten intervenieren, sondern machen dies in der Regel vom Einzelfall abhängig. Gerade, wenn viele Projekte zur Durchführung früher Hilfen auf Übergaben in Geburtskliniken und Übergaben durch Hebammen hinarbeiten, muss nicht unbedingt der Kontakt durch das Jugendamt über einen Hausbesuch hergestellt werden.

Die Frage "wann, wo, wie und unter welchen Qualitätsbedingungen" Hausbesuche durchgeführt werden, ist eine **fachliche Frage auf der Ausführungsebene** und gehört unseres Erachtens nicht in ein Bundesgesetz. Das Festschreiben dieser Maßnahme in diesem Konkretismus könnte in der Jugendhilfe zu weiterer Verunsicherung und zu einem verbreiteten Absicherungsautomatismus mit erheblichen Kostenfolgen führen. Wenn Familien nicht kooperieren kollidiert die Vorschrift mit der in Artikel 13 GG geschützten Unverletzlichkeit der Wohnung. Aus unserer Sicht ist eine Ausarbeitung von Handlungsstandards, auch zur Durchführungsqualität von Hausbesuchen und zu ihrer Dokumentation dringender als diese bundesgesetzliche Regelung (vgl. auch die Expertise, Fegert et al. 2008).

Der Vorschlag der Fachverbände lautet, die Vorschrift so zu fassen, dass "*nach fachlichen Gesichtspunkten ein Eindruck von der persönlichen bzw. personalen Umgebung*" zu verschaffen ist. Sind ein oder zwei Elternteile massiv psychisch beeinträchtigt, können sich auch daraus ohne Inaugenscheinnahme der Wohnung hinreichende Aufschlüsse ergeben.

Wir begrüßen, dass auch andere Einrichtungen und Dienste Maßnahmen zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung durchführen können. (z.B. Hebammen), wenn das zuständige Jugendamt sich davon überzeugt hat, dass diese ausreichend qualifiziert sind, anstelle des Jugendamts tätig zu werden.

Seltsam ist die Formulierung in § 8 a Abs. 2 SGB VIII - E denn sie bringt an sich begrüßenswert ein **partizipatives Element** durch die zwingende Einbeziehung von Eltern, Kindern und Jugendlichen. Der Anschluss "dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder Jugendliche einzubeziehen" wirkt aber gerade in den heiklen Kinderschutzfällen die Frage auf, ob die in soweit erfahrene Fachkraft nicht eben als fachliche Beraterin bei Teamentscheidungen gemeint war. Im Sinne der Qualitätssicherung muss diese Ebene der Teamberatung und Supervision, auch ohne Beteiligung der Betroffenen unbedingt erhalten bleiben. Transparenz und Partizipation sind zwar sehr zu begrüßen, gerade Kinderschutzfälle müssen aber auch von der erfahrenen Fachkraft, in Abwesenheit der Eltern, mit dem Team diskutiert und qualitätsgesichert werden können. Über die Effizienz und Bedeutung systematischer Fachberatung (zu Hilfeprozesskoordination in Kinderschutzfällen gibt es in Deutschland empirische Ergebnisse, Goldbeck et al. 2007). Allerdings wurde in dieser Studie auch deutlich, dass bei einer gelingenden Steuerung die Partizipation der Betroffenen schlechter wurde. Insofern besteht hier durchaus ein Zusammenhang. Allerdings kann man, unseres Erachtens, nicht regelhaft die Einbeziehung der Betroffenen in die Fachberatung fordern, gerade wenn es um solche angespannten Verhältnisse, wie beim Kinderschutz geht.

§ 86 c SGB VIII

§ 86 c SGB VIII greift aus unserer Sicht eine wichtige Beobachtung aus der Praxis auf: Viele betroffene Familien versuchen häufig durch Umzug sich den Hilfsangeboten und der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung zu entziehen. Die jetzige Formulierung kollidiert mit der Sicherstellung der Leistungskontinuität. Denn bis jetzt bedarf es beim Wechsel der örtlichen Zuständigkeit keines neuen Antrags und keiner neuen Entscheidung, sondern Leistungen werden bislang automatisch fortgesetzt. Wenn nun der Hilfeplan "unverzüglich fortgeschrieben" werden muss, kann dies auch dazu führen, dass bei sehr unterschiedlichen Praktiken, wie wir sie an Grenzen zwischen Bundesländern oder Kommunen und Kreisen erleben, der Hilfeplan des ursprünglichen Jugendamtes völlig neu definiert wird und neue, andere Hilfen geplant werden. Dies könnte zu einer **Betreuungsdiskontinuität** von Kindern führen. Zu begrüßen ist also die Intention, dass man das "Abtauchen" von Familien zu verhindern sucht. Die Norm sollte allerdings auch Gewähr dafür bieten, dass Hilfen nicht einfach anlässlich eines Ortswechsels, z. B. aus Budgetknappheit trotz

gelingend aufgenommener Beziehungen, z. B. in einem Kinderheim oder einer Pflegefamilie, im Rahmen der unverzüglichen Hilfeplanfortschreibung gekippt werden können, sondern etwa eine Formulierung enthalten, dass *“die bisherige Falldefinition, insbesondere die Einschätzung der Kindeswohlgefährdung, dabei fortzuführen ist”*.

Erarbeitet von: Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ulm; Dr. Christa Schaff, Weil der Stadt; Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen; Prof. Dr. Renate Schepker, Ravensburg

Literatur:

Fegert JM (2008) Kinderschutz aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht Bemerkungen zur aktuellen Debatte. Kindschaftsrecht und Jugendhilfe:136-139

Fegert JM, Schnoor K, Kleidt S, Kindler K-H, Ziegenhain U (2008) Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin

Goldbeck L, Laib-Koenemund A, Fegert JM (2007) A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case-management. Child Abuse & Neglect 31:919 - 933