

*Stellungnahme der Sachverständigen Prof. Dr. Ute Thyen, Universität zu Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin*

zu BT-Drs. 16/12429

Lübeck, den 19.5.09

**Prof. Dr. Ute Thyen**  
Carl-Bosch-Weg 6  
23568 Lübeck

dienstl.  
Universität zu Lübeck  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
[thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de](mailto:thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de)

### **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes**

BT-Drucksache 16/12429

Die vorliegende Stellungnahme aus kinder- und jugendärztlicher Sicht bezieht sich in der Hauptsache auf den **Artikel 1** (Gesetz über die Zusammenarbeit im Kinderschutz), der besondere Relevanz für Kinderärztinnen und -ärzte hat, die einer Schweige- und Geheimhaltungspflicht im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen.

Zu **Artikel 2** (Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch) wird insofern Stellung genommen, als hiervon die ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien berührt wird.

**Artikel 1** des Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes wird prinzipiell von medizinischen Fachgesellschaften und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte unterstützt. Wenngleich sich hier bezüglich der Handlungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten im Fall von Kindeswohlgefährdung keine wesentlichen Änderungen gegenüber der bisherigen Rechtslage ergeben, wird die positive Nennung einer Befugnis zur Kooperation mit Einrichtung der Jugendhilfe als sinnvoll eingeschätzt. Auch bislang galt der Grundsatz, dass die Rechte des Kindes auf ein gedeihliches Aufwachsen, Verwirklichung des Entwicklungspotentials und Schutz des Kindes als höhere Rechtsgüter galten als die Verpflichtung zur Verschwiegenheit. Wenn Ärztinnen und Ärzten in der Vergangenheit ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit gebrochen haben, um diese Rechtsgüter zu schützen, haben sich nach Kenntnis der Unterzeichnerin nie strafrechtliche Konsequenzen aus dem

Bruch der Schweigepflicht ergeben. Dennoch mag es sein, dass Ärztinnen und Ärzte wegen der Verpflichtung zur Verschwiegenheit besonders zurückhaltend gehandelt haben, insofern stellt *Artikel 1* eine Ermutigung dar, sich noch stärker an den Rechten des Kindes zu orientieren.

Positiv wird auch die Möglichkeit bewertet, dass Ärztinnen und Ärzte und andere Personen mit Verpflichtung zur Verschwiegenheit die Möglichkeit haben, sich zunächst fachlich, ohne Nennung der konkreten Personalien, zum weiteren Vorgehen von einer erfahrenen Fachkraft beraten zu lassen. Auch diese Möglichkeit ist in der Vergangenheit von Ärztinnen und Ärzten, die dem Kinderschutz aufgeschlossen und engagiert gegenüber standen, vielfältig genutzt worden. Zum jetzigen Zeitpunkt wird kritisch diskutiert, dass für den Begriff der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ auf kommunaler Ebene häufig noch keine Operationalisierung der Qualifizierung dieser Fachkräfte erarbeitet wurden. Es bleibt unklar, ob diese „insoweit erfahrenen Fachkräfte“ in jedem Fall Mitarbeiter der Jugendhilfe und damit Garanten des staatlichen Wächteramtes sind, welche konkreten Qualifizierungen vorliegen müssen und wie diese ausgewiesen werden sollen. Für Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte ist es außerordentlich wichtig, verlässliche und nachhaltige Strukturen lokal zu entwickeln, damit eine bessere Zusammenarbeit gelingen kann.

(3) Positiv bewertet wird im Kreis der Kinder- und Jugendärzte auch, dass die Aufgabe des behandelnden Kinder- und Jugendarztes zunächst darin liegt, mit den Sorgeberechtigten des Kindes oder Jugendlichen auf eine gemeinsame Lösung hinzuwirken. Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte sollten zunächst ihre Vertrauensbeziehung nutzen, Brücken zu den betroffenen Familien zu bauen und für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zu werben. Sollte dies nicht gelingen, ist die Befugnis zur Mitteilung an das Jugendamt ein hilfreicher Hinweis.

Eine besondere Schwierigkeit bedeutet für Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzte die Gestaltung einer Situation, die sich noch nicht als Gefährdung des Kindeswohls in Anlehnung an § 1666 des BGB und § 8a Sozialgesetzbuch VIII entspricht. Häufig erkennen Kinderärztinnen und –ärzte potenziell riskante Lebensumstände eines Kindes oder einer

Familie, bevor noch erkennbarer Schaden für das betroffene Kind eingetreten ist. Da in Deutschland nach wie vor kein flächendeckendes System von niedrigschwelligen, frühen, präventiv ausgerichteten Hilfsangeboten besteht, sind Ärztinnen und Ärzten häufig Grenzen gesetzt, für die Inanspruchnahme solcher Hilfen zu werben. Selbst wenn Sorgeberechtigte überzeugt werden können, Hilfen in Anspruch zu nehmen, besteht hier jedoch kein Rechtsanspruch auf die Gewährung solcher Leistungen. Die Situation eines Erkennens von erheblichen Risikofaktoren und dem Wunsch der Prävention einer Kindeswohlgefährdung, bevor eine solche eingetreten ist, trägt das neue Kinderschutzgesetz daher keine Rechnung. Notwendig für die Gestaltung dieser Situation wäre ein universeller Zugang zu präventiven Hilfen, eine flächendeckende und ausreichende Ausstattung mit derartigen Hilfesystemen und einem Anspruchsrecht von betroffenen Familien, solche Hilfen in Anspruch zu nehmen. Hier ergeben sich bei Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten häufig Misserfolgserlebnisse, wenn zwar für die Inanspruchnahme solcher Hilfen geworben wird, aber keine geeigneten oder ausreichenden Angebote zur Verfügung stehen.

Diese Schwäche resultiert in Deutschland aus der fehlenden, strukturellen Vernetzung zwischen den Rechten und Bedürfnissen von Kindern auf soziale Fürsorge, Bildung und gesundes Aufwachsen. Während im sozialen Bereich die staatliche Verantwortung durch das Wächteramt des Jugendamtes garantiert wird, fehlt ein entsprechendes Pendant im Bereich des Gesundheitswesens. In neuerer Zeit werden daher in den meisten Bundesländern Kinderschutzgesetze initiiert, die das bestehende System der Früherkennungsuntersuchung für Kinder- und Jugendliche verstärkt für den Kinderschutz nutzen möchte. Dies kann insofern als sinnvolle Maßnahme bewertet werden, als damit das Recht der Kinder auf Zugang zu Versorgungsleistungen des Gesundheitswesens gestärkt wird, es zeigt sich bereits jetzt eine deutlich höhere Teilnahme von zum Beispiel Kindern mit Migrationshintergrund. Im Kontext von Kindeswohlgefährdung kann die erhöhte Inanspruchnahme jedoch nur dann sinnvoll werden, wenn

1. die Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten für präventive Beratung und interdisziplinäre Kooperation systematisch gestärkt werden und
2. ausreichende und geeignete präventive und therapeutische Maßnahmen zur Verfügung stehen.

## **Stellungnahme zu Artikel 2:**

Begrüßt wird, dass besondere Sorgfalt geübt werden sollte, im Fall des Verdachts einer Kindeswohlgefährdung entwicklungsangemessen mit dem Kind oder dem Jugendlichen selbst zu kommunizieren und seine oder ihre Wahrnehmung einer Gefährdung sowie Einschätzung des Lebensumfeldes mit einzubeziehen. Die Verpflichtungen zur unmittelbaren Beurteilung des häuslichen Lebensumfeldes nach einer entsprechenden Gefährdungsmeldung (in der Regel Hausbesuch) mag in der Regel eine sinnvolle Maßnahme sein, jedoch sind Situationen denkbar, dass ein solches Handeln kontraproduktiv wirkt. Beispielsweise kann es sein, dass ein Gespräch mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses sinnvoll ist, dass Eltern einem Beratungsgespräch in der kinderärztlichen Praxis oder im Jugendamt oder einer entsprechenden Beratungsstelle offener als einem Hausbesuch gegenüber stehen. Nach Ansicht der Unterzeichnerin sollte es der professionellen Einschätzung der Fachkräfte überlassen bleiben, wie ein effektives Management des Falles zu erfolgen hat. Es erscheint ungewöhnlich, gesetzliche Vorgaben auf Bundesebene mit hochkonkreten Verfahrensregeln, wie der Notwendigkeit eines Hausbesuchs, zu verknüpfen.

Davon unberührt ist die Notwendigkeit, entsprechende Vorgaben zur Dokumentation, qualitätssichernden Maßnahmen in der sozialpädagogischen Arbeit und Überprüfung von Vereinbarungen und Hilfeplänen zu fordern.

Die fortdauernde Leistungsverpflichtung bei Zuständigkeitswechsel in Bezug auf örtliche Träger wird uneingeschränkt begrüßt. Da junge, sozial marginalisierte Familien sehr häufig umziehen und nicht über die eigenen Ressourcen verfügen, entsprechende Leistungsträger selbständig zu informieren, sollte eine enge Kooperation zwischen den Jugendämtern verschiedener Kommunen gestärkt, aber auch auf ihre Effizienz hin überprüft werden. Leider regelt das neue Kinderschutzgesetz nicht die Kooperation zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, insbesondere dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Im Gegenteil bestehen nach wie vor hohe datenschutzrechtliche Hindernisse in einer sinnvollen Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Jugendämtern. Da gerade bei sehr jungen Kindern (Säuglingen und Kleinkindern) durch Kindeswohlgefährdung eine erhebliche Gefährdung auch des leiblichen und seelischen Wohls des Kindes entstehen, müssen verbindliche Strukturen auch für die Gesundheitsfürsorge gestaltet werden. Dies kann im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nicht gelingen, da in diesem System keinerlei Kontrollmechanismen und Verpflichtung zur Kontinuität der

Betreuung bestehen. Weder können niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte von sich aus Patienten wieder einbestellen (Werbungsverbot), noch können sie Informationen an andere Ärztinnen und Ärzte ohne Einwilligung der Eltern weitergeben. In anderen europäischen Ländern, in denen die gesundheitliche Vorsorge für junge Kinder im Bereich der öffentlichen Hand organisiert ist, kann diese Schnittstelle effizienter organisiert werden. Daraus folgt, dass bei einer Gefährdung des Kindeswohls gerade bei sehr jungen Kindern der Jugendhilfe mit ihrer Verpflichtung zur lückenlosen Gewährung und Erbringung von Leistungen auch die gesundheitliche Fürsorge des Kindes obliegt. In diesem Fall muss durch die Jugendhilfe auf eine kontinuierliche Betreuung bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten einschließlich einer Zusammenarbeit und damit Entbindung von der Schweigepflicht durchgesetzt werden. Auch Maßnahmen zum Casemanagement bei komplexen sozialen und gesundheitlichen Risiken muss angesichts des gegenwärtigen Systems im Bereich des Jugendamtes angesiedelt werden. Eine wünschenswerte Alternative wäre im Bereich des öffentlichen Kinder- und Gesundheitsdienstes zu sehen, der jedoch auf Grund sehr schmaler Ressourcen und sehr eingeschränkter Zuständigkeiten zumindest zum jetzigen Zeitpunkt hier in der Regel nicht tätig wird. Eine Aufnahme der Aufgaben und Verpflichtungen des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in einem Gesetz zur Verbesserung des Kinderschutzes wäre aus Sicht der Unterzeichnerin wie auch aus Sicht medizinischer Fachverbände und Berufsverbände wünschenswert. In diesem Zusammenhang unterstützt die Unterzeichnerin die Gegenäußerungen der Bundesregierung zu Nummer 5 worin es heißt, dass die allgemeine Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung und soziale Fürsorgeaufgabe in originärer Zuständigkeit der Länder und Kommunen sind und nicht als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen gelten können.



Prof. Dr. med. Ute Thyen