

Stellungnahme von
Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm,
zum Regierungsentwurf BT-Drs. 17/6256 vom 22.6.2011

Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG)
Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und
Jugendlichen

Die folgende Stellungnahme zum Regierungsentwurf – inhaltlich der Struktur des Fragenkatalogs für die öffentliche Anhörung „Kinderschutzgesetz“ folgend – ist speziell aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie¹ und generell aus Sicht der Gesundheitsberufe verfasst und setzt sich deshalb ganz primär mit dem Gesundheitswesen² und den Auswirkungen des Regierungsentwurfs für Gesundheitsberufe auseinander.

Prävention/Allgemein

Grundsätzlich begrüßt wird die Intention des Bundes, den Kinderschutz zu verbessern und bessere Rechtsgrundlagen für die Vernetzung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu schaffen, Frühe Hilfen und frühe Beratung zu intensivieren und durch ein Bundeskinderschutzgesetz dem Wildwuchs verschiedenster gut gemeinter Landeskinderschutzgesetze durch eine bundeseinheitliche Regelung, insbesondere in Bezug auf eine datenschutzrechtliche Befugnisnorm, Einhalt zu gebieten. Ein generelles Präventionsgesetz, welches in der letzten Legislaturperiode ebenfalls gescheitert ist, kann dies zwar nicht ersetzen, die richtige Grundrichtung wird jedoch deutlich.

Stärkung der Prävention ohne Einschränkung individueller Freiheitsrechte

Eine Einschränkung individueller Freiheitsrechte von Eltern und Personensorgeberechtigten könnte vorliegend vor allem in dem in vielen Bundesländern per Landesgesetz eingeführten verbindlichen Einladewesen zu den U-Untersuchungen und dem damit verbundenen

¹ Dieser Stellungnahme haben sich die Vorsitzenden der drei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, Prof. Frank Häßler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Prof. Dr. Renate Schepker, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (BAG) und Herr Dr. Maik Herberhold, Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) für Ihre Verbände angeschlossen.

² Die Aktion Psychisch Kranke unterstützt diese Stellungnahme mit ihrer Perspektive auf Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und psychosozialen Trägern zum Wohle der betroffenen Patienten ebenfalls nachdrücklich.

Meldesystem für Angehörige des Gesundheitswesens gesehen werden (ausf. Kemper et al. 2010). Dieser kritische Aspekt der Prävention im Kinderschutz bleibt mangels Regelung im Bundeskinderschutzgesetz jedoch dem Landesrecht vorbehalten.

Einschränkungen individueller Freiheitsrechte können sich in der Praxis allenfalls aus der Befugnisnorm des § 4 KKG-E ergeben, nämlich dann, wenn den dort genannten Berufsheimnisträgern ungeachtet ihrer Schweigepflicht die Abgabe eines Falles an das Jugendamt „nach Bauchgefühl“ ermöglicht wird – und zwar, wie nach der aktuellen Formulierung beabsichtigt, ohne die Einhaltung der bewährten Voraussetzungen des Rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB), lediglich unter der Voraussetzung, dass sie dies „für erforderlich halten“ und aus ihrer Sicht eine anderweitige Gefährdungsabwendung (nach § 4 Abs. 1 KKG-E) – aus welchen Gründen auch immer – „ausscheidet“.

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesen Kritikpunkten erfolgt unten unter „Befugnisnorm für Berufsheimnisträger“.

Frühe Hilfen und verlässliche Netzwerke

Niedrigschwelliges Angebot für Familien, § 16 SGB VIII-E

Die neue Regelung des § 16 Abs. 2 SGB VIII-E zur Stärkung eines niedrigschwelligen präventiven Angebots für Familien ist grundsätzlich als Fortschritt zu beurteilen. Zwar wäre ein Rechtsanspruch auf Frühe Hilfen wünschenswert gewesen. Dies wäre allerdings ein Einstieg in die Abkehr von der Definition von Rechtsansprüchen, die sich im Prinzip an Defiziten festmacht, hin zu präventiven allgemeinen Rechtsansprüchen.

Zu den Familienhebammen

Insbesondere durch die Nähe der Hebammen zur Alltagswelt und zur Familie ist der Einsatz von Hebammen als wichtiges Instrument der Frühen Hilfen und im Kinderschutz zu sehen. Dies sollte jedoch keinesfalls als alleinige Lösung – gewissermaßen als „Wunderwaffe“ – überbewertet werden. Im Gesetzentwurf ist sowohl die starke programmatische Fokussierung auf die Hebammen sowie die Hoffnung problematisch, dass es dieser Berufsgruppe gelingen wird, die Trennmauern zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu überwinden.

Betrachtet man die angegebenen finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes (Entwurfsbegründung S. 32), wonach der Bund für die Dauer von vier Jahren ab 2012 jährlich 30 Mio. Euro zur Verfügung stellen wird³, kann davon gesprochen werden, dass der Einsatz von Hebammen die finanziell zentrale Komponente dieses

³ Hierbei handelt es sich um den *einzigsten* finanziellen Posten, der vom Bund übernommen wird (vgl. Regierungsentwurf S. 3) und zudem ausdrücklich nur um ein befristetes Modellprojekt und „keine Dauerleistung“ oder eine gesetzliche Finanzierung von Familienhebammen durch den Bund (Entwurfsbegründung, S. 33).

Gesetzgebungsvorhabens sein soll. Hebammen sollen künftig finanzierungstechnisch in zwei Systemen, dem Gesundheitssystem und dem Jugendhilfesystem, verankert werden und sollen, im Rahmen einer zeitlich befristeten Bundesinitiative, die Systeme zueinander bringen (§ 3 Abs. 4 KKG-E).

Sicher sind viele Hebammenprojekte zu begrüßen und förderungswürdig. Allerdings haben sie alle auch eine eingeschränkte zeitliche Perspektive, weil selbst die über die Jugendhilfe fortfinanzierte Familienhebamme irgendwann im ersten Lebensjahr aus dem Fall aussteigt und dann eine sichere Überleitung in Angebote der Jugendhilfe erfolgt sein muss.

Ursprünglich war diskutiert worden, ob Angebote von Hebammen, im Rahmen des Gesundheitswesens, nicht zeitlich gestreckt werden könnten, ohne die Gesamtzahl der erlaubten Besuche zu erhöhen. Eine Abstimmung zwischen den Ministerien ist hier jedoch offensichtlich nicht gelungen. Nun wird eine „Diener-zweier-Herren-Situation“ mit dem neuen Berufsbild „Familienhebamme“ vorangetrieben, von der man sich eine Verbesserung zwischen den Systemen erhofft. Hierzu benötigen Familienhebammen ein erhebliches Wissen über die Angebote vor Ort und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen. Solche Inhalte können mit gutem Lernzuwachs vermittelt werden, wie die Evaluation unseres Modellprogramms „Familienbesucher“ der Landesstiftung Baden-Württemberg zeigt. Allerdings bedarf es dafür strukturierter Fortbildungsangebote. Die Zukunft wird zeigen, ob Hebammen all diese Erwartungen erfüllen können. Folgerichtig heißt es in der Begründung zu § 3 Abs. 4 KKG-E (S. 31f.): „(Familienhebammen) kommt aufgrund ihres spezifischen Aufgabenprofils im Bereich Früher Hilfen eine Schlüsselrolle zu. (...) Im Rahmen von regionalen Netzwerken Früher Hilfen sind sie eine zentrale Unterstützung und haben eine wichtige Lotsenfunktion.“ Hier bleibt zu fragen, wer sie für diese Lotsenfunktion hinreichend ausgebildet hat und ob z. B. Frauenärzte oder Kinderärzte oder auch Fachkräfte im Jugendamt sich von diesen Lotsen werden steuern lassen.

Die These, dass die Familienhebammen künftig zu zerrissenen „Dienerinnen zweier Herren“ werden sollen, unterstreicht die Entwurfsbegründung (S. 32): „Wie die Frühen Hilfen insgesamt, so stellen auch die Unterstützungsleistungen von Familienhebammen keine Hilfe dar, die einseitig der Jugendhilfe zuzuordnen ist, zumal die medizinischen Leistungsanteile als Hebammenleistungen über die Hebammenvergütungsvereinbarung in Verbindung mit § 134 a SGB V gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) grundsätzlich bis zur achten Woche nach der Geburt abzurechnen sind. (...) Im Hinblick auf die Funktion der Familienhebammen als Lotsen im Netzwerk Frühe Hilfen, welche Hilfeanteile der im präventiven Kinderschutz zentralen Systeme ‚Gesundheitswesen‘ und ‚Kinder- und Jugendhilfe‘ in sich vereint und zusammenführt, erscheint eine Regelung im Kontext der Vorgaben zur strukturellen Zusammenarbeit im Rahmen des KKG sachgerecht“ - wäre wirklich etwas zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe geregelt worden.

In der bisher vorliegenden, unabgestimmten Form kann aber der Auftrag der Familienhebammen nur als nebulös und gleichzeitig mit riesigen Erwartungen verbunden bezeichnet werden. Gerade weil hierzu ab 2012 jährlich 30 Mio. Euro für eine Zeit von vier Jahren, also insgesamt 120 Mio. Euro eingesetzt werden sollen, verdient dieser Bereich dringend eine Präzisierung und Vertiefung.

In den Programmen „Frühe Hilfen“, haben sich andere Vernetzungs- und Koordinierungsmodelle als sehr erfolgreich erwiesen, keineswegs nur solche, die einen Einsatz von Familienhebammen ins Zentrum gerückt haben. Dies hat das NZFH umfassend und gut darstellt. Bei einem stärkeren empirischen Ansatz, der insbesondere von Wissenschaftlern aus der Medizin vertreten wird, würde man vernünftiger Weise nicht nur auf ein Modell setzen. Üblicher Weise prüft man bei ungeklärter Wirkungslage eher alternative Modelle, um sich später für die Verstetigung eines Modells zu entscheiden. Hier werden über eine zeitlich befristete Modellförderung quasi Tatsachen geschaffen, die es anschließend zu verstetigen gilt, ohne dass eine hinreichende Evaluation vorgesehen wäre. Diese ist wegen der nicht geplanten Vergleichskonstellation auch inhaltlich schwierig, weil man die Hebammenmodelle dann nicht im Vergleich zu anderen, ebenfalls bewährten, Ansätzen im Praxiseinsatz evaluieren kann.

Einbeziehung des Gesundheitsbereichs im Gesetzentwurf

Dies macht bereits deutlich, dass die Einbeziehung des Gesundheitsbereichs in den Gesetzentwurf nicht hinreichend umgesetzt wurde. Der Gesetzentwurf fordert Vernetzung und will Vernetzung auf der örtlichen Ebene unterstützen. Offensichtlich ist aber eine Vernetzung auf der ministeriellen Ebene nicht gelungen. Schon zu den vorausgegangenen Beratungen in den Arbeitsgruppen des BMFSFJ erschienen die eingeladenen Vertreter des BMG nicht. Das führte in der Fachwelt zur Frage, ob das BMG sich ebenso wie die anwesenden Fachvertreter und die Unterzeichnenden für eine gelingende praktische Zusammenarbeit über Fachgrenzen hinweg einsetzen möchte. Die Prinzipien Vernetzung, Abstimmung etc. sind richtig. Es stimmt aber bedenklich, wenn man statt auf der obersten, nämlich der Bundesebene, vorbildlich gemeinsam zu agieren in der Abstimmung scheitert und es dann den Praktikern als Prinzip vorschreiben zu müssen glaubt. Implizit geht es dabei ja auch um die Finanzierung solcher Leistungen, auch im Gesundheitswesen. Gerade nach dem Scheitern eines Präventionsgesetzes in der letzten Legislaturperiode gilt es hier zu betonen, dass schon jetzt im SGB V auch präventive Leistungen erbracht werden könnten und Elemente Früher Hilfen sinnvoller Weise auch als Kassenleistung hätten ausformuliert werden können. Sowohl für den ambulanten Bereich, wie für den stationären Bereich wäre eine Abrechnungsgrundlage für die komplexe Einschätzung von Verdachtsfällen bei Kindesmisshandlung zu fordern gewesen. Gerade Kinder- und

Jugendärzte, Hausärzte und Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten müssen in die Lage versetzt werden diagnostisch Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und – vernachlässigung zu erkennen und zu benennen. Häufig kann ein sinnvolles Konzept Früher Hilfen nur im Verbund mit einer rechtzeitigen Diagnostik früh manifester Störungen erfolgen. Hierzu gehören dann geeignete Frühinterventionen im medizinischen Bereich, z.B. im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung, aber auch das Überzeugen psychisch kranker oder anderweitig beeinträchtigter Eltern eine entsprechende Förderung und Hilfe anzunehmen. All dies wird im Gesetzesentwurf nicht angesprochen, sondern man verlässt sich mutig darauf das angemahnte, vernetzte, interdisziplinäre Handeln aus einem einzigen, aus der Sicht der medizinischen Versorgung sogar subsidiären Sozialgesetzbuch regeln zu wollen.

Zudem ist es eine Illusion, die hierarchisch nicht mit entsprechendem Gewicht ausstatten Hebammen in einer Mittlerfunktion zwischen den Systemen zu sehen. Die Stärke der Hebammen liegt in der Nähe zur Alltagswelt und in der Nähe zur Familie, aber natürlich gibt es auch innerhalb des medizinischen Systems Hierarchien und Berufsgruppenkonflikte. Hebammen hier eine Steuerungsfunktion zuzudenken erscheint unrealistisch. In der Seefahrt ist in der Regel der Lotse auch ein Kapitän und zwar ein für diesen Fall besser qualifizierter, weil er die spezifische Situation besonders gut kennt. Diese besonders gute Kenntnis des Kontexts mag den Hebammen durchaus noch zuerkannt werden, aber sie haben in der Regel nicht das hierarchische Gewicht, welches sie den anderen „Kapitänen“ entgegensetzen können.

Schwierig erscheint insbesondere die fortgesetzte Nichtwahrnehmung von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch als medizinisches Problem. Zwar bestehen entsprechende Codes in der in Deutschland gültigen Version der internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10⁴, tatsächlich führt die Situation im SGB V (§ 294a) durch die Pflicht zur Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen dazu, dass in der Medizin derzeit kaum Misshandlungsdiagnosen gestellt werden, obwohl die diagnostischen Möglichkeiten vorhanden wären. Von Ärzten werden bei der Erstellung solcher Diagnosen Angaben über Ursachen und Angaben über mögliche Verursacher verlangt. Die Krankenkassen lassen sich dann von den Strafverfolgungsbehörden unterstützen bei der Ermittlung des Täters und bei der Ermittlung des Tathergangs. Zumindest kommt die Nennung einer Misshandlungsdiagnose in unserem Gesundheitssystem einer Einschaltung der Staatsanwaltschaft und der

⁴ Z.B. Z61.4 Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person innerhalb der engeren Familie, Z61.5 Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person außerhalb der engeren Familie, Z61.6 Probleme bei körperlicher Misshandlung eines Kindes, Z61.7 Persönliches ängstigendes Erlebnis, Z61.8 Andere näher bezeichnete negative Kindheitserlebnisse, Z62.0 ungenügende elterliche Überwachung oder Kontrolle, Z62.3 Feindseeligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind, Z62.4 Emotionale Vernachlässigung eines Kindes, Z62.5 Andere Vernachlässigung bei der Erziehung eines Kindes.

Strafverfolgungsbehörden gleich. Deshalb liegen in Deutschland – im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern – keine reliablen Gesundheitsstatistiken zum Thema Misshandlung, sexueller Missbrauch vor (AlEissa et al. 2009). Wiederholt war aufgrund der zu befürchtenden innerfamiliären Auswirkungen und der Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung (in Deutschland besteht keine Anzeigepflicht durch behandelnde Ärzte) angeregt worden, die Rückholpflicht der Krankenkassen im § 294a SGB V in Bezug auf Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsdiagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen außer Kraft zu setzen (vgl. Fegert 2008), um hier zu belastbaren Zahlen zu kommen (vgl. Pillhofer et al. 2011).

Ein m.E. geeigneter Vorschlag zur Verbesserung dieser Situation wäre ein lapidares Adendum in § 294a SGB V durch einen neuen Satz 2 mit folgendem Wortlaut:

„Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht, soweit die Hinweise sich auf Gesundheitsschäden eines Kindes oder Jugendlichen beziehen, die die Folge einer Misshandlung oder Vernachlässigung sind“.

Eine solche einfache Korrektur des bisherigen Missstandes wäre auch deshalb notwendig, weil die Vorschrift des § 294a SGB V aktuell vernünftige Aushandlungsprozesse in Bezug auf die Kosten und Abrechnung aufwendiger Misshandlungsfälle etc. behindert. Hier besteht dringender Bedarf de lege ferenda, denn nur wenn man die in den Praxen, in den Notaufnahmen etc. vorgestellten Fälle auch als solche wahrnimmt und erfasst, hat man ein Maß für die Effektivität der Beschäftigung mit der Thematik. Ähnlich wie in der Schweiz müssten Prozeduren (OPS z.B. im klinischen Abrechnungskontext, siehe Anlage⁵) zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung, auch für den medizinischen Bereich definiert werden, so dass die aufwendigen und komplexen Leistungen, welche in der Kinderheilkunde, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Allgemeinmedizin, in diesen Fällen erbracht werden, auch abgerechnet werden können. Nur wenn ein Gesundheitsproblem tatsächlich auch im Abrechnungssystem wahrgenommen und dokumentiert wird, wird sich das für die Frühen Hilfen und den Kinderschutz wichtige Gesundheitswesen auch stärker auf die Kooperation und Mitwirkung einstellen.

Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger

Ausdrücklich zu begrüßen ist das Vorhaben, eine bundeseinheitliche Befugnisnorm zur Datenweitergabe bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung zu implementieren. Die

⁵ Nach Auskunft von Frau Lutterbüse von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD e.V.) ist es trotz intensiver Bemühungen bislang nicht gelungen, beim DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), einer nachgeordneten Behörde des BMG, die im Vorschlagsverfahren zur DRG-Weiterentwicklung beantragte Kinderschutzprozedur für den OPS-Katalog 2012 durchzusetzen. Sie wird abgelehnt. In der Schweiz hingegen wurde die Prozedur für die Swiss-DRG in 2011 neu in den Prozedurenkatalog (CHOP) aufgenommen.

in den letzten Jahren entstandenen Landeskinderschutzgesetze sind zu uneinheitlich ausgestaltet (ausf. Kemper et al. 2010), haben nicht zu der erhofften Rechtssicherheit für Ärzte und andere Berufsheimnisträger geführt und werden zudem im ärztlichen Bereich kaum wahrgenommen (vgl. Knorr et al. 2009). Inhaltlich sind die bisherigen Möglichkeiten zur Informationsweitergabe für Ärzte und andere Berufsheimnisträger mit den Instituten „Einwilligung“ und „Rechtfertigender Notstand“ zwar ausreichend (vgl. ausf. Kliemann & Fegert 2011). In der Formulierung ist der § 34 StGB jedoch so kompliziert, dass praktisch handhabbare und in der bundesweiten ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelbare bundeseinheitliche Regelungen notwendig erscheinen, um im einzelnen Gefährdungsfall ein sicheres und zügiges Handeln im Sinne eines wirksamen Kinderschutzes gewährleisten zu können (vgl. auch Fegert 2009 und Fegert, Kölch 2011, Knorr et al. 2009, 356). Eine solche Regelung muss jedoch sorgfältig ausgestaltet werden und in eine geregelte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe eingebettet sein.

Insofern gibt es aus Sicht des Gesundheitswesens Folgendes zum konkreten Entwurf zu sagen: Der Entwurf der Befugnisnorm entspricht in etlichen Passagen jener Fassung aus der letzten Legislaturperiode. § 4 KKG-E regelt, dass die dort genannten Berufsheimnisträger bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung *„mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und soweit erforderlich bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken [sollen], soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt ist“* (§ 4 Abs. 1 KKG-E). Erwähnenswert ist hier die Begrenzung der Regelung auf Berufsheimnisträger, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in unmittelbarem Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen. Insofern wurde die letzte sehr weit gefasste Formulierung der letzten Legislaturperiode, welche auch Berufsheimnisträger einbezog, die mit Belangen des Kinderschutzes im Allgemeinen nicht befasst sind (z.B. Steuerberater etc.), in ihrem Anwendungsbereich auf ein sachgerechtes Maß beschränkt.

Durch § 4 Abs. 2 KKG-E wird die *pseudonymisierte* Datenweitergabe zum Zwecke einer Beratung hinsichtlich der Gefährdungseinschätzung zugelassen, *„nicht hingegen der Austausch von Daten unter Berufsheimnisträgern zur Sammlung von Verdachtsmomenten“* (Begründung zum Entwurf S. 34). Diese Klarstellung ist sehr zu begrüßen.

In § 4 Abs. 3 KKG-E folgt schließlich die eigentliche Befugnisnorm: *„Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten [die genannten Berufsheimnisträger] ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes*

oder des Jugendlichen infrage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

Zu kritisieren sind hier insb. die unklaren Vorgaben für die Praxis. Ein Problem des geplanten Bundeskinderschutzgesetzes insgesamt schlägt in besonderer Weise auf die Befugnisnorm durch: die unterbliebene Formulierung von Definitionen (Vgl. Fegert/Meysen 2010, 526f.). Weder wird geklärt, was hier unter „Kindeswohlgefährdung“ zu verstehen ist⁶, noch wann ein weiteres „Tätigwerden erforderlich“ ist. Da eine Definition verschiedener Formen von Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch) unterbleibt und auch kein Bezug zwischen den Arbeitsdefinitionen im medizinischen Bereich nach SGB V und im Bereich der Jugendhilfe nach SGB VIII hergestellt wird, wird eine Chance, vor allem für das medizinische Personal, das damit nicht so oft befasst ist wie die Jugendhilfe, z.B. in Kinderkliniken, bei Kinderärzten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Geburtskliniken etc. verpasst für eine gemeinsame Sprache und damit für eine Grundvoraussetzung der Vernetzung und Zusammenarbeit zu sorgen. Damit kann auch in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht auf eine gemeinsame Definition rekuriert werden und es fällt damit schwerer z.B. in entsprechenden klinischen Leitlinien, wie sie die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen, medizinischen Fachgesellschaften verabschiedet, ein auf bestimmten operationalisierten Definitionen bestehendes, empfohlenes Vorgehen für die medizinischen Berufe abzustimmen. Die Erarbeitung solcher Leitlinien wäre zur praktischen Unterstützung von Ärzten, approbierten Psychotherapeuten und Heilhilfsberufen nach der Verabschiedung eines Bundeskinderschutzgesetzes auf jeden Fall unbedingt erforderlich. Solche Leitlinien müssten natürlich auch generell Kriterien für eine Gefahrenabwendung enthalten Dies ist aus dem Gesetz ebenso wenig ersichtlich. Der medizinische Adressat dieses Gesetzes kann nicht erkennen wann und nach welchen Kriterien eine Gefahrenabwendung durch Erörterung der Situation mit den Betroffenen und das Hinwirken auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen (§ 4 Abs. 1 KKG-E) „ausscheidet“. Erhebliche Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung der Befugnisnorm sind damit absehbar. Zunächst wird es dem Berufsgeheimnisträger überlassen, welchen Maßstab er an die Kindeswohlgefährdung anlegt, ob er z.B. eine unterlassene schulische Förderung als Kindeswohlgefährdung betrachtet. Der Hinweis auf die Voraussetzungen des § 34 StGB in der Entwurfsbegründung (S. 34) lässt zwar vermuten, dass für die Geheimnisoffenbarung nach § 4 Abs. 3 KKG-E ein ähnlicher Maßstab (schwerwiegende Gefahren für Leib und Leben oder Psyche wie Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch) gelten soll. Hierbei handelt es sich jedoch um reine Interpretation und lässt sich der konkreten Gesetzesformulierung nicht entnehmen.

⁶ Exmpl. BGH, FamRZ 1956, 350, der den Begriff als Prognosefrage definiert, sowie Schmid/Meysen 2006.

Des Weiteren wird vom Berufsgeheimnisträger erwartet, dass er eine zutreffende Entscheidung darüber trifft, ob aus seiner Sicht ein vorrangiges Vorgehen nach § 4 Abs. 1 KKG-E „erforderlich“ erscheint. Damit ist die subjektive Einschätzung zur Situation des Kindes und den Ressourcen und potentieller Mitwirkungsbereitschaft der Personensorgeberechtigten zum alleinigen Maßstab erhoben, steht die Entscheidung im freien Ermessen der Berufsgeheimnisträger. Die Regelung stellt allein auf das persönliche „Bauchgefühl“ ab, nur dieses soll ausschlaggebend für die Bewertung sein, ob ein vorrangiges Bemühen um die Inanspruchnahme weiterer Hilfen „ausscheidet“, oder nicht. Schließlich kommt die verantwortungsvolle Beurteilung der Dringlichkeit der Gefahrbeseitigung auf den Berufsgeheimnisträger zu, ohne dafür bestimmte Kriterien zur Verfügung zu haben oder für diese Frage besonders ausgebildet zu sein. Wann ist der Zeitpunkt gekommen, zu dem der ärztliche Verdacht als so ausreichend erhärtet anzusehen ist, dass die Einschaltung des Jugendamtes zur Gefahrbeseitigung „erforderlich“ ist? Das bloße Ausscheiden oder die Erfolglosigkeit von Bemühungen nach Abs. 1 der Vorschrift reichen für die Bejahung dieses Merkmals nicht aus. Es muss nach der Formulierung des Entwurfs kumulativ vorliegen („und“).

Nach der Entwurfsbegründung (S. 33) soll es sich bei § 4 KKG-E um eine zweistufige Meldebefugnis für Berufsgeheimnisträger handeln: Stufe 1 ist das Hinwirken bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfe (§ 4 Abs. 1 KKG-E) und im Bedarfsfall gem. § 4 Abs. 2 KKG-E die pseudonymisierte Datenweitergabe an eine insoweit erfahrene Fachkraft zur weiteren Abklärung der Gefährdungseinschätzung. Auf der zweiten Stufe werden die genannten Berufsgeheimnisträger dann gem. § 4 Abs. 3 KKG-E befugt, im akuten Gefährdungsfall alle erforderlichen Daten (personenbezogen) an das Jugendamt weiterzugeben. Zwar wurde im neuesten Entwurf die ursprüngliche Trennung der beiden Stufen in zwei Vorschriften (§ 4 und 5 KKG-E) sinnvollerweise aufgegeben, wodurch die Handlungsschritte nicht mehr völlig unabhängig nebeneinander stehen. Wie oben bereits angesprochen, wird dem Berufsgeheimnisträger in der neuen Fassung nun jedoch das Überspringen der ersten Stufe möglich gemacht, durch die bloße Einschätzung, dass das vorherige Werben um die Inanspruchnahme weiterer Hilfen – aus welchen Gründen auch immer – „ausscheidet“.

Sollte die Befugnisnorm in der aktuellen Fassung in Kraft treten, könnten sich Berufsgeheimnisträger nach „Bauchgefühl“ schwieriger oder konflikträchtiger Fälle in Richtung Jugendamt entledigen, ohne zuvor den Versuch der eigenen Abhilfe oder zumindest der Klärung des Sachverhalts unter Hinzuziehung einer Fachkraft unternehmen zu müssen. Dies würde eine Herabsenkung der Schwelle des § 34 StGB und damit eine nicht hinnehmbare Einschränkung des Vertrauensschutzes – der Grundvoraussetzung für

den Aufbau und den Erhalt der Hilfebeziehung ist⁷ - bedeuten. Laut Deutschem Ärzteblatt wird der Entwurf bereits als „beschränkte *Aufhebung* der Schweigepflicht für Ärzte und Psychologen“ betrachtet (Bühning 2010, A2531). Dies kann jedoch nicht die Absicht des Gesetzgebers sein und sollte daher dringend überarbeitet werden.

Ebenfalls eine Herabsenkung der bewährten Schwelle des § 34 StGB bedeutet das laut Entwurfsbegründung (S. 34f.) *beabsichtigte* Wegfallen der Rechtsgüterabwägung bei einer Geheimnisoffenbarung gem. § 4 Abs. 3 KKG-E gegen den Willen des betroffenen Kindes oder Jugendlichen (bzw. der Personensorgeberechtigten). Es soll nicht verkannt werden, dass die neue Befugnisnorm gerade den Mangel der – insb. für Nicht-Juristen – nur schwer verständlichen Formulierung des § 34 StGB, die sich vor allem in der Voraussetzung der Güterabwägung zeigt, beheben soll. Inhaltlich ist die Rechtsgüterabwägung jedoch elementare Voraussetzung für den zuverlässigen Schutz und die weitestgehende Wahrung der Rechte des Betroffenen (hier des zu schützenden Kindes) und Garant dafür, dass die Entscheidung zur Informationsweitergabe im Verhältnis zu den Rechtseingriffen steht, die mit der Weitergabe einhergehen.

Überlegungen zur Güterabwägung veranlassen den Berufsgeheimnisträger, sich die widerstreitenden Rechte bewusst vor Augen zu führen und eine von den Interessen des Betroffenen geleitete, ethisch vertretbare und verantwortungsvolle Entscheidung zu treffen. Dies ist auch und gerade in (möglicherweise) kinderschutzrelevanten Fällen wichtig. Der Entwurf wird dieser ethischen Verantwortung nicht gerecht, wenn das „Bauchgefühl“ zum Leitmotiv erhoben wird.

Die Weitergabe vertraulicher Informationen ohne Rücksichtnahme auf den Wunsch des Opfers nach Geheimhaltung beendet in vielen Fällen nicht nur das aufgebaute Vertrauensverhältnis sondern bedeutet eine zusätzliche hohe Belastung des Betroffenen, die dann wiederum in der Hilfebeziehung aufgrund des Beziehungsabbruchs nicht mehr aufgefangen werden kann. Mittels der Güterabwägung sollen solche Meldungen auf das absolut notwendige Maß beschränkt werden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht vertretbar, Berufsgeheimnisträger von der damit einhergehenden Verpflichtung zur Besonnenheit und bewussten Respektierung der Interessen des Geheimnisträgers durch das Herauslassen der Güterabwägung aus § 4 Abs. 3 KKG-E zu befreien.

Es existieren inzwischen zahlreiche Landeskinderschutzgesetze, die ebenfalls Befugnisse oder gar Pflichten zur Datenweitergabe für Berufsgeheimnisträger enthalten. Problematisch erscheint insofern die fehlende Klarstellung im § 4 KKG-E, ob bzw. inwieweit landesrechtliche Befugnisnormen ihre Gültigkeit behalten oder verlieren. Rechtlich tritt zwar mit Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes entsprechendes Landesrecht außer Kraft (Art. 31 GG). Für die zumeist nicht juristisch ausgebildeten Normadressaten wird dies

⁷ BVerfG NJW 1972 , 1123f.; vgl. auch Meysen et al. 2009, 29.

aber ohne Klarstellung kaum nachvollziehbar sein. Zu befürchten ist, dass es damit bei der bisherigen Rechts- und Handlungsunsicherheit der betroffenen Berufsgruppen bleiben wird. Einem wirksamen Kinderschutz ist dies sicher nicht dienlich. Eine Klarstellung wurde im Zuge der Beratungen zur Vorbereitung des Entwurfs, unter anderem von mir, erfolglos angemahnt.

Zur Qualifizierung des Schutzauftrags

Der unmittelbare Eindruck bei Hausbesuchen

Zur Regelung des Hausbesuchs, wenn dieser nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist (§ 8a SGB VIII-E), ist anzumerken, dass in vielen Fällen der unmittelbare Eindruck nicht zu ersetzen ist und auch nach fachlichen Prinzipien zu den Standards eines Hausbesuchs gehört. Widerstand bei der ersten Fassung des Bundeskinderschutzgesetzes hatte vor allem die Kleinteiligkeit der Regelungen mit Vorschriften zu fachlichem Handeln im Gesetz ausgelöst. Die jetzige Formulierung ist hier in adäquater Weise offener gestaltet worden, um im Einzelfall eine fachliche Entscheidung zum Vorgehen zu ermöglichen.

Beratungsanspruch für Kinder und Jugendliche, § 8 Abs. 3 SGB VIII-E

Zunächst einmal ist der Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf Beratung ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten zu begrüßen. Ein genereller Anspruch – nicht nur ein solcher in Not- und Konfliktlagen – wäre aus Sicht von Kindern und Jugendlichen möglicherweise wünschenswert gewesen und wird auch von Vertretern der WHO als wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Prävention angesehen. Auf diese Weise wäre auch das Problem vermieden worden, dass bei einer Ablehnung der Beratung ein Verwaltungsakt mit Begründung und schriftlicher Widerspruchsbelehrung an einen *geschäftsfähigen* Betroffenen ergehen muss. Nicht überschaubar ist allerdings, in welchem Ausmaß die Beratung tatsächlich in Anspruch genommen worden wäre. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich die meisten Anspruchsberechtigten, die ohne Kenntnis ihrer Sorgeberechtigten Beratung durch die Jugendhilfe suchen, sich , in einer „Not- und Konfliktlage“ befinden werden – wie ausgeprägt diese auch immer sein mag. Ebenso ist m.E. in Kinderschutzfragen generell davon auszugehen, dass, wenn von Kindern und Jugendlichen Beratung gesucht wird, zunächst durch die Mitteilung an die Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde.

Führungszeugnisse auch für Ehrenamtliche

Die Veränderung des § 72 a SGB VIII ist grundsätzlich begrüßenswert. Hier war durch die zwischenzeitliche Änderung des Bundeszentralregistergesetzes eine Anpassung notwendig geworden. Die Einbeziehung der ehrenamtlichen Tätigkeit, in angemessen begrenztem

Umfang⁸, ist gerade auch mit Blick auf die Debatte am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ zu begrüßen. Allerdings darf es in den Einrichtungen mit der Einholung der Führungszeugnisse nicht sein Bewenden haben. Sie können ein Element im verantwortungsvollen Bemühen der in den Einrichtungen Verantwortlichen um einen effizienten Kinderschutz darstellen, dürfen aber auch nicht überbewertet werden. Klar ist, dass einschlägig rechtskräftig verurteilte Straftäter beruflich wie ehrenamtlich nicht im sozialen Nahbereich mit Kindern arbeiten dürfen. Wichtiger als eine solche Kontrolle, die lediglich Auskunft über den sehr kleinen Kreis rechtskräftig Verurteilter geben kann, ist ein genereller Einstellungswandel im Umgang mit Personalsachen – weg von einem Verschweigen, um eine unangenehme Arbeitsatmosphäre und einen angeblichen „Generalverdacht gegen Mitarbeitende“ zu vermeiden, hin zu einer klaren Haltung zu dieser Thematik und dem Empowerment der in der Betreuung und Behandlung Verantwortlichen sowie der betreuten Kinder und Jugendlichen im Sinne einer effektiven Prävention (vgl. Fegert 2007).

Qualitätsentwicklung zur Stärkung der Verbindlichkeit fachlicher Standards im Kinderschutz

Mit der Vorgabe normativer Qualitätskriterien ist die Einführung von Instrumenten zur Überprüfung der Qualitätsentwicklung zu erwarten. Grundsätzlich wird dies für zielführend gehalten, gesetzliche Impulse zur verbindlichen Auseinandersetzung mit Standards der eigenen Arbeit könnten einen Qualifizierungsprozess durchaus befördern. Die Frage ist allerdings, ob der in § 79a Abs. 1 SGB VIII-E genannte Katalog abschließend und hinreichend empirisch abgesichert ist. Vor allem die Nummern 1 („die Gewährung und Erbringung von Leistungen“) und 2 („die Erfüllung anderer Aufgaben“) sind sehr vage gehalten. In jedem Fall wird eine weitere Qualitätsentwicklung in diesem Bereich für äußerst sinnvoll und notwendig gehalten. Begleitet werden sollte sie jedoch – insb. auch im Hinblick auf Umsetzungsgesichtspunkte – durch systematische Forschung (und anschließende unabhängige wissenschaftliche Evaluation). Verwiesen werden kann hier exemplarisch auf das Projekt „Gütesiegel ‚Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz‘“ in Baden-Württemberg. Hierbei handelt es sich um ein Projekt im Rahmen dessen evidenzbasierte best-practice Parameter, bezogen auf die Bereiche Kooperation-Vernetzung und Angebotsrepertoire, als "Standards" diskutiert und herausgearbeitet werden. Dabei stellte sich heraus, dass bezüglich der „Zusammenarbeit mit anderen Institutionen“ (Nr. 4 des § 79a Abs. 1 SGB VIII-E) 14 der einbezogenen 18 Stadt-/Landkreise die "Standards" bereits in der Prä-Phase des Gütesiegel-Projekts erfüllt hatten.

⁸ Schwierig wird dies sicher für die Fälle, in denen die Einrichtung für bestimmte Angebote auf vielfache und kurzfristige Hilfe – z.B. durch begleitende Eltern bei einem Tagesausflug der Schulklasse – angewiesen ist. Hier in allen Fällen vorab ein Führungszeugnis zu verlangen, kann ggf. zu einem alternativlosen Entfallen solch sinnvoller Zusatzangebote führen.

Zuständigkeit der Jugendämter bei Pflegefamilien, § 86 Abs. 6 SGB VIII-E

Aus medizinischer Sicht sollen zu dieser Frage zunächst die in der entwicklungspsychopathologischen Forschung wiederholt belegten Gesichtspunkte erläutert werden. Deutlich wird in der gesamten Literatur, dass auch aufgrund bindungstheoretischer Voraussetzungen es wichtig erscheint Kindern in Pflege- und Betreuungsverhältnissen eine höchst mögliche Kontinuität zu gewährleisten. Dies gilt auch für entsprechende administrative und inhaltliche Zuständigkeiten. Die amerikanische kinder- und jugendpsychiatrische Fachgesellschaft geht so weit generell, in Bezug auf alle Professionelle, die mit Pflegekindern arbeiten, zu fordern, dass diese an der Rekonstruktion der Biografie der betroffenen Kinder, ihrer Familienvorgeschichte und der jeweiligen Umweltbedingungen mitarbeiten, so dass nach Abschluss der Betreuung im Kindes- und Jugendalter den nunmehr jungen Erwachsenen, aber auch während der Entwicklung, den Jugendlichen, eine lesbare Zusammenfassung ihres bisherigen Lebenslaufs vorliegt. Im Gegensatz zu in Familien aufgewachsenen Kindern fällt es nämlich den betroffenen Pflegekindern oft schwer, überhaupt zu rekonstruieren weshalb sie wann wohin kamen, wer für welche Entscheidungen zuständig war etc. Welche juristische Lösung diesem Kontinuitätsprinzip am ehesten entspricht scheint wohl auch unter den juristischen Fachvertretern umstritten zu sein. Letztendlich ist es hier zu bedauern, dass in Deutschland, im Gegensatz z.B. zu Großbritannien keine Möglichkeiten zu einer experimentellen Gesetzgebung bestehen, wo solche Fragen zunächst einmal in einem überschaubaren Rahmen, z.B. auf eine Region beschränkt überprüft werden können. Umso mehr halten wir es für erforderlich, dass evtl. getroffene Entscheidungen, im Sinne des Gesetzentwurfs oder im Sinne der Beibehaltung der geltenden Regelung, im Prä-Post-Vergleich evaluiert werden.

Umsetzung vor Ort

Die Umsetzung vor Ort wird letztendlich Sache der Kommunen sein. Ihr Aufgabenspektrum wird durch diesen Gesetzentwurf nicht unwesentlich erweitert. Insbesondere wird es auf kommunaler Ebene gelingen müssen, die vorübergehend eingeführten Familienhebammen zu rekrutieren, auszubilden und als tatsächliche Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe zu etablieren. Zu bedauern ist, wie oben ausgeführt, dass andere erfolgreiche kommunale Umsetzungen verbesserter Vernetzung, die ebenfalls schon etabliert sind, hier nicht explizit gefördert werden, sondern dass ein neues Berufsfeld, ohne längerfristige Absicherung, vorübergehend eingeführt wird. Doch hierzu werden sich kommunale Vertreter, ebenso wie zu den erwartenden Mehrkosten durch den Gesetzesentwurf, sicher fundiert äußern.

Schlussbemerkung

Nach dem Scheitern eines ersten Anlaufes zu einem Bundeskinderschutzgesetz in der letzten Legislaturperiode waren am aktuellen Regierungsentwurf im Vorfeld sehr viel stärker Verbände und Expertinnen und Experten beteiligt. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen.

Leider ist mit Blick auf ein wirkliches Kinderschutzgesetz, welches im Gesundheitssystem und im Jugendhilfesystem Neues regelt, auch dieses Mal – nicht zuletzt wegen der unterbliebenen hinreichenden Beteiligung des BMG – kein großer Wurf gelungen. Völlig zu Recht wird in diesem Entwurf die Vernetzung der Systeme gefordert. Die Ressorts selbst scheitern jedoch auf Bundesebene offensichtlich in der Vernetzung und Abstimmung. Umso mehr erhoffen sie sich die Einlösung des Vernetzungsversprechens von Ländern und Kommunen, die durch ein insgesamt 120 Mio. Euro umfassendes, zeitlich befristetes, Familienhebammenprogramm dazu in die Lage versetzt werden sollen. Aus dem ausführlich diskutierten Ausbau der Frühen Hilfen – und damit waren nicht nur Besuche von Familienhebammen gemeint, sondern eine breite Palette von Angeboten, welche in der frühen Kindheit präventiv wirken – ist letztendlich kein belastbarer Leistungstatbestand entstanden. Laut Gesetzentwurf sollen zwar jährlich insg. 60 Mio. Euro für den Ausbau Früher Hilfen zur Verfügung gestellt werden, ein entsprechendes Konzept oder ein Hinweis darauf, wie und wofür genau die Mittel eingesetzt werden sollen, ist aber nicht ersichtlich.

Abschließend bleibt die Diagnose, dass bei aller „Vernetzungsslyrik“ im Gesetzentwurf das Scheitern an den Ressortgrenzen allzu deutlich ist und dass dieses Scheitern durch besondere Schnittstellenkompetenz von Familienhebammen quasi als „Allheilmittel“ kompensiert werden soll.

Die Finanzierung dieser Schnittstellenfunktion wird für die Anschubphase seitens des Bundes einseitig, ohne Beteiligung des Gesundheitssystems, von der Jugendhilfe übernommen. Eine Gewährleistung durch Verankerung im SGB V, dass diese Angebote genutzt oder überhaupt in der Medizin hinreichend bekannt werden, besteht ebenso wenig wie eine Veränderung der Wahrnehmung und Honorierung der aufwendigen Fallarbeit bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch.

Eine gelingende Zusammenarbeit braucht abgestimmte rechtliche Grundlagen in *beiden* maßgeblichen Sozialgesetzbüchern: dem SGB VIII *und* dem SGB V.

Zu begrüßen ist aus ärztlicher Sicht grundsätzlich der Versuch, eine bundeseinheitliche Regelung mit Blick auf eine Befugnisnorm zu bewirken. Alles in allem wird der Entwurf vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen jedoch noch nicht dem Anspruch gerecht, eine für die Berufsgeheimnisträger klar verständliche und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

vermittelbare Befugnisnorm zu formulieren. Die elementaren Standards aus dem Arztrecht, wie die bewährte Rechtsgüterabwägung im Vorfeld einer Geheimnisoffenbarung, oder auch die berufsethische Schweigepflicht an sich, können erhalten bleiben, ohne tatsächlich eine wirksame Befugnisnorm und ein, im Einzelfall adäquates, Handeln im Kinderschutz zu verhindern.

Ulm, den 19.09.2011



Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Arzt für psychotherapeutische Medizin/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des
Universitätsklinikums Ulm

Literatur:

AlEissa, M.A., Fluke, J.D., Gerbaka, B., Goldbeck, L., Gray, J., Hunter, N., Madrid, B., Van Puyenbroeck, B., Richards, I. & Tonmyr, L. 2009, "A commentary on national child maltreatment surveillance systems: Examples of progress", *Child Abuse Negl*, vol. 33, no. 11, pp. 809-14. Epub 2009 Oct 24.

Bühning, A. 2010, "Bundeskinderschutzgesetz. Nicht ganz ausgereift.", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. JG 107, pp. A2531.

Fegert, J.M. 2000, "Kindeswohl - Definitionsdomäne der Juristen oder der Psychologen?" in *Brühler Schriften zum Familienrecht. Dreizehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 22. bis 25. September 1999 in Brühl*, ed. D.F. e.V., Giesecking, Bielefeld, pp. 35-58.

Fegert, J.M. 2007, "Prävention von Missbrauch in Institutionen durch Abschreckung vs. Prävention durch Empowerment, KJuG, 52. Jg., pp. 100-105.

Fegert, J.M. 2008, "Kinderschutz aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht Bemerkungen zur aktuellen Debatte", *Kindchaftsrecht und Jugendhilfe*, , pp. 136-139.

Fegert, J.M. 2009, "Kinderschutz und Schweigepflicht: Bundeseinheitliche Regelung dringend notwendig", *Dt. Ärzteblatt*, vol. 106, no. 26, pp. 2 Seiten.

- Fegert, J.M. & Meysen, T. 2010, "Der Runde Tisch "Sexueller Kindesmissbrauch" Versuch einer Zwischenbilanz aus der persönlichen Sicht der Teilnehmer", *Das Jugendamt*, , no. 12, pp. 521-529.
- Fegert, J.M. & Kölch, M. 2011, *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 1. edn, Springer-Verlag, Berlin.
- Kemper, A., Kölch, M., Fangerau, H. & Fegert, J.M. 2010, "Ärztliche Schweigepflicht bei Kindeswohlgefährdung. Mehr Handlungssicherheit durch die neuen Kinderschutzgesetze?", *Ethik in der Medizin*, vol. 22, pp. 33-47.
- Kliemann, A. & Fegert, J.M. 2011, "Informationsweitergabe im Kinderschutz. Endlich eine klare Mitteilungsbefugnis durch das neue Bundeskinderschutzgesetz?", *ZRP* 4/2011, pp. 110-112.
- Knorr, C.C., Fangerau, H., Ziegenhain, U. & Fegert, J.M. 2009, "'Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt.' Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe", *Das Jugendamt - Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, vol. 82, no. 7-8, pp. 352-357.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J.M. & Goldbeck, L. 2011, "Prävalenz von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung in Deutschland - Annäherung an ein Dunkelfeld", *Kindheit und Entwicklung*, no. 20 (2), pp. 64-71.

99.A2 Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. Z.B. Gedeihstörungen, Fieber unklarer Genese, chronische Schmerzen, Dysmorphiesyndrome. Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben. / Sedierungen und Anästhesien bei Untersuchungen, die gewöhnlich ohne Sedierung oder Anästhesie durchgeführt werden, sind gesondert zu kodieren. Alle im CHOP einzeln kodierbare diagnostische Massnahmen sind gesondert zu kodieren (z.B. Biopsien) / Mindestmerkmale: - Ausführliche Beurteilung durch Pädiater, - Ausführliches Konsil von mind. 3 Fachdisziplinen (Genetik, Radiologie, Pathologie, Neurologie, Endokrinologie und Diabetologie, Chirurgie, Radiologie, HNO, Kieferchirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Infektiologie), Durchführung von mind. 4 Untersuchungen aus mind. 2 der folgenden Bereiche: - Infektiologische, endokrinologische oder metabolische Untersuchungen oder Funktionstests, - Stoffwechselfunktionstests, - Radiologische Komplexuntersuchungen (mit Kontrastmittel, CT oder MRI), - Biopsien, - LP, - (Neuro)Physiologische Diagnostik (z.B. EEG, EKG)

99.A2.0 Detail der Subkategorie 99.A2**99.A2.10 Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern ohne weitere Massnahmen****99.A2.11 Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Kindern mit genetischer Diagnostik (Chromosomenanalyse oder erweiterten genetische Testungen inkl. Konsilium)****99.A3 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik**

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. z.B. Abklärungen von Entwicklungsrückständen. Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben. Sedierungen und Anästhesien bei Untersuchungen, die gewöhnlich ohne Sedierung oder Anästhesie durchgeführt werden, sind gesondert zu kodieren. / Alle im CHOP einzeln kodierbare diagnostischen Massnahmen sind gesondert zu kodieren (z.B. Biopsien) Mindestmerkmal: mind. 4 der folgenden Massnahmen: - Kranielle MRI, - LP, - Neurophysiologische Diagnostik, - Neuropsychologische Diagnostik, - Anthropometrische Messungen und Dokumentation, - Entwicklungspädiatrische Testungen und Beurteilungen.

99.A3.0 Detail der Subkategorie 99.A3**99.A3.10 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik ohne weitere Massnahmen****99.A3.11 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik, mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik**

Zur neurometabolischen Labordiagnostik gehören z. B. die Bestimmung von organischen Säuren, Aminosäuren, Acyl-Carnitine, ultralangkettige Fettsäuren, Guanidinoacetat, Oligosaccharide, Mukopolysaccharide, Neurotransmitter, Abklärung der angeborenen Störung der Glykosylierung. Zur infektiologischen/autoimmunentzündlichen Labordiagnostik gehören z.B. die Untersuchung auf oligoklonale Banden, Zytomegalievirus, Toxoplasmose, Herpes-simplex-Virus, Rubella, Varizella-zoster-Virus, Lues. Es müssen insgesamt mindestens 3 dieser Untersuchungen erfolgen. /

99.A3.12 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik, mit genetischer Diagnostik**99.A3.13 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik und genetischer Diagnostik**

Bedingungen 99.A3.11 und 99.A3.12 müssen erfüllt sein

99.A4 Komplexe Abklärung einer Regulationsstörung im Neugeborenen-, Säuglings- und Kinderalter

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. z.B. Abklärungen von Entwicklungsrückständen. Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres anzugeben. Sedierungen und Anästhesien bei Untersuchungen, die gewöhnlich ohne Sedierung oder Anästhesie durchgeführt werden, sind gesondert zu codieren. Alle im CHOP einzeln kodierbaren diagnostischen Massnahmen sind gesondert zu kodieren (z.B. Biopsien). / Mindestmerkmale: mind. 4 der folgenden Massnahmen: -pädiatrische und entwicklungsneurologische Untersuchung, - Entwicklungspsychologische Testungen, - Videounterstützte Interaktionsaufnahmen, - Diagnostik der Bindungssicherheit, - somatische Abklärungen inkl. Labordiagnostik und Zusatzuntersuchungen (z.B. Röntgen, EEG), - Beobachtung durch Pflege und Pädagogik.

99.A5 Komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen, Säugling, Kindes und Jugendlichenalter

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stat. Aufenthaltes erbracht werden - Sedierungen und Anaesthesien sind wo durchgeführt separat zu kodieren - Alle einzeln kodierbaren Prozeduren müssen separat codiert werden. / Mindestmerkmale: - Stationäre Krisenintervention zum Schutz des Kindes durch ein multidisziplinäres Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder und Jugendmedizin oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - Fallmanagement individuell angepasst mit Opfer, Familiensystem und Personen des Umfeldes, - Ausführliches Konsil von jeweils min 30min Dauer durch mindestens 3 Fachdisziplinen (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie, Kinderchirurgie,-orthopädie,-Traumatologie, Sozialdienst, Opferhilfe), - Sitzung von mindestens 30min Dauer mit mindestens 3 Fachdisziplinen (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie, Sozialdienst, Spitalpädagogik, Pflegedienst, Opferhilfe) Durchführung von mindestens 3 Untersuchungen aus mindestens 2 der folgenden Bereiche: - Radiologische (MRI, Röntgen, CT, Skelettszintigraphie, Ultraschall) Bildgebung von Extremitäten, Rumpf oder Kopf, - Kinderpsychologische oder Kinderpsychiatrische Diagnostik mit Beurteilung des psychischen/posttraumatischen Zustandes des Patienten, der Interaktion zwischen Patient und Eltern/Familienmitgliedern, der Interaktion zwischen Patient und dem übrigen Umfeld, - Umfeldabklärung in Zusammenarbeit mit externen Stellen (externe Kinderschutzgruppen, Schule und Schulbehörden, Jugendsekretariate, Vormundschaftsbehörden, Polizei/strafrechtliche Untersuchungsbehörden, Opferhilfe)

99.A5.0 Detail der Subkategorie 99.A5**99.A5.10 Komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen, Säugling, Kindes und Jugendlichenalter, Diagnostik ohne weitere Abklärungen**

99.A5.11 Komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen, Säugling, Kindes und Jugendlichenalter, Diagnostik mit Zusammenarbeit mit/Meldung an Vormundschafts und andere Behörden

99.B Spezifische und/oder komplexe Behandlung

99.B1 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose

Mindestmerkmale: Team unter fachärztlicher Leitung mit mindestens Facharzt Innere Medizin und/oder Facharzt Gastroenterologie und Hepatologie. Bei Leitung Facharzt Innere Medizin wird mindestens 1x wöchentlich eine Teambesprechung mit einem Gastroenterologen durchgeführt. Standardisierte Untersuchungsabläufe mit Labor, Notfallbetrieb inklusive Ultraschalluntersuchungen rund um die Uhr. Eine endoskopische Untersuchungseinheit mit garantiertem Notfallbetrieb ist Bedingung. Zugang zu einer Schichtbildgebung mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie soll vorhanden sein. In der stationären Weiterbetreuung soll im Hause oder aber im Netzwerk ein Facharzt Gastroenterologie/Hepatologie mit oder ohne Schwerpunkt Hepatologie involviert werden können. Es muss ein neurologischer Konsiliardienst, eine Ernährungsberatung und eine interdisziplinäre Intensivstation inklusive Hämofiltration gewährleistet sein. Es besteht Expertise betreffend Lebertransplantationsabklärungen respektive Indikation. Die betreuende Klinik ist in einem Netzwerk mit Zugang zur ERCP und interventionellen Endoskopie, das gleiche gilt für die interventionelle Radiologie. Der Patient leidet entweder an einem Therapie-refraktären Ascites, einer Encephalopathie oder an einem hepatorenalen Syndrom. Es wird mindestens 2x eine Parazentese durchgeführt und die komplexe Behandlung beinhaltet mindestens 1 Gastroskopie. Das hepatorenale Syndrom wird entweder mit Vasoaktiva oder mittels Hämofiltration über mindestens 5 Tage therapiert.

99.B1.0 Detail der Subkategorie 99.B1

99.B1.10 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose, dauer bis 7 Tage

99.B1.11 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose, dauer 8 bis 14 Tage

99.B1.12 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose, dauer 15 bis 21 Tage

99.B1.13 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose, dauer 22 bis 28 Tage

99.B1.14 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose, dauer 29 bis 55 Tage

99.B1.19 Komplexbehandlung bei Leberzirrhose, dauer mehr Tage

99.B2 Behandlung und Betreuung bei anaphylaktischer Reaktion mit medizinischer Überwachung

Mindestmerkmal: Behandlung eines schweren anaphylaktischen Schocks: Amine, Volumenersatzmittel, Glukokortikoide

99.B2.0 Detail der Subkategorie 99.B2

99.B2.10 Behandlung und Betreuung bei anaphylaktischer Reaktion mit medizinischer Überwachung, n.n.bez.

99.B2.11 Behandlung und Betreuung bei anaphylaktischer Reaktion mit medizinischer Überwachung, weniger als 4 Stunden

99.B2.12 Behandlung und Betreuung bei anaphylaktischer Reaktion mit medizinischer Überwachung, mehr als 4 Stunden

99.B3 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie

Inkl.:Medikamentöse Umstellung oder Absetzen von Medikamenten, Lebenstraining oder Compliantetraining, Patientenschulung, Therapiekontrolle, Psychotherapie, Anfalls selbstkontrolle und Biofeedbacktraining / Exkl.:EEG-Diagnostik / Mindestmerkmale: / - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele / -Vorhandensein und Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Ergotherapie, Physiotherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, bei Kindern Heil- und Sozialpädagogik in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand

99.B3.0 Detail der Subkategorie 99.B3

99.B3.10 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

99.B3.11 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

99.B3.19 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie, mehr Behandlungstage

99.B4 Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten

Mindestmerkmale: -Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Neurologie) - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele - Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie - Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Psychotherapie) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 7,5 Stunden pro Woche, davon müssen 5 Stunden in Einzeltherapie stattfinden. Einer der eingesetzten Therapiebereiche muss Physiotherapie/Physikalische Therapie oder Ergotherapie sein.

INKL. Bei M. Parkinson

99.B4.0 Detail der Subkategorie 99.B4

99.B4.10 Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten, mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

99.B4.11 Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

99.B4.19 Multimodale Komplexbehandlung bei extrapyramidal-motorischen Krankheiten, mehr Tage

99.B5 Komplexe endokrinologische oder metabolische Massnahmen

99.B5.0 Detail der Subkategorie 99.B5