

Stellungnahme des Deutschen Jugendinstituts (DJI)

zum Fragenkatalog zur Kinderschutz-Anhörung
am 10.10.2013

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
16/1076**

A04, A01

Wissenschaftliche Texte

Wissenschaftliche
Texte



Deutsches
Jugendinstitut

Stellungnahme¹ des Deutschen Jugendinstituts

zum Fragenkatalog zur Kinderschutz-Anhörung

am 10.10.2013

München, 18. September 2013

¹ Die Stellungnahme wurde im Wesentlichen von Dr. Heinz Kindler erarbeitet.

Deutsches Jugendinstitut e.V.

Postfach 90 03 52
81503 München

Besucheradresse
Nockherstraße 2
81541 München

T: +49 89 62306-0
F: +49 89 62306-162
www.dji.de

Vorstand

Prof. Dr. Thomas Rauschenbach
Wolfgang Müller

Sitz des Vereins: München
Amtsgericht: München VR 7627
Steuernummer: 143/212/80642

Bankverbindungen

HypoVereinsbank München
BLZ 700 202 70 Konto 469 178 04

Postbank München
BLZ 700 100 80 Konto 807 78 804

Das Deutsche Jugendinstitut wurde gebeten, zu den folgenden Fragen Stellung zu nehmen:

1) Welche landesrechtlichen, bundesrechtlichen oder sonstigen Maßnahmen erachten Sie zu einem besseren Schutz vor Kindeswohlgefährdungen als notwendig?

Bundes- und Landesgesetzgeber haben in den vergangenen Jahren bei der Weiterentwicklung des Kinderschutzsystems in Deutschland zwei Schwerpunkte gesetzt: (a) Die Regelung von Verantwortlichkeiten, Datenweitergaben und Qualitätsanforderungen im Umgang mit Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung und (b) den Aufbau Früher Hilfen als präventives Angebot für belastete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Insgesamt ist damit in Deutschland ein modernes Kinderschutzrecht entstanden, das im europäischen Vergleich sehr positiv bewertet werden kann.

Zwar bestehen Unsicherheiten, ob sich einzelne Regelungen (z.B. § 4 Abs. 2 KKG) in der Praxis bewähren. Hauptsächlich steht hinsichtlich der beiden anfänglich genannten Punkte im Moment aber die politische und fachliche Unterstützung der Praxis bei Umsetzung der geltenden Rechtslage im Vordergrund.

Sehr viel weniger Aufmerksamkeit hat dagegen die Frage erfahren, inwieweit Kinder und Familien nach einer bekannt gewordenen Gefährdung die bestmögliche Hilfe und Unterstützung erfahren. Dabei gibt es klare Hinweise darauf, dass bisherige ambulante Hilfskonzepte nach Vernachlässigung noch zu wenig wirksam sind und Deutschland, auch deshalb, im europäischen Vergleich eine überhöhte Fremdunterbringungsquote aufweist. Zudem liegen Hinweise darauf vor, dass Kinder, die nach Misshandlung oder Vernachlässigung fremduntergebracht werden, nicht selten keine ausreichende kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung und keine ausreichende Förderung ihres Bildungsverlaufs erfahren, was ihre Lebenschancen beeinträchtigt und das Risiko einer intergenerationalen Weitergabe von Erziehungsproblemen erhöht.

Um ein größer angelegtes Programm zur Weiterentwicklung ambulanter Hilfen nach Vernachlässigung und der Verbesserung von Versorgung und Förderung von Kindern in Fremdunterbringung anzustoßen, ist die Politik, aber derzeit nicht notwendigerweise der Gesetzgeber gefragt. Allenfalls langfristig ist es denkbar, im Jugendhilferecht

Vorschriften zu verankern, wonach bei der Auswahl von Hilfen oder der Jugendhilfeplanung Wirkbelege zu berücksichtigen sind, insbesondere nach Gefährdung. Ein Bereich, in dem sich die Jugendhilfe in Deutschland erkennbar nicht auf internationalem Niveau bewegt, betrifft die routinemäßige Sammlung von Informationen über die Qualität des Kinderschutzes, also etwa darüber, wie häufig es nach Gefährdung gelingt, Kindern zukünftig ein sicheres und positives Aufwachsen zu ermöglichen. Dafür ist die Sammlung von Verlaufsinformationen notwendig.

Stattdessen werden in Deutschland aber im Stil alter Sozialstatistik vor allem erbrachte Maßnahmen gezählt. Das hieraus herrührende Fehlen von Informationen über Qualität im Kinderschutz führt zu dem Problem, dass Kommunal-, Landes- und Bundespolitik und Fachöffentlichkeit nur schwer beurteilen können, ob es tatsächlich zu Qualitätssteigerungen kommt. Auch hier geht es aber zunächst einmal weniger um rechtliche Änderungen, sondern um Modellversuche mit verschiedenen Systemen von Qualitätsindikatoren, die politisch gewollt sein müssen.

Zwei Detailbereiche, bei denen auch aktuell Regelungsbedarf besteht, betreffen (a) die Anpassung von Datenschutzvorschriften, so dass kommunal nach schwerwiegenden Fehlschlägen im Kinderschutz externe Experten zu einer Aufarbeitung herangezogen werden können (Lernen aus Fehlschlägen) und (b) die Änderung der Voraussetzungen für den Erlass einer Verbleibensanordnung nach langjährigem Aufenthalt von Pflegekindern bei den Pflegeeltern. Hier handelt es sich zumeist um Kinder, die zuvor Misshandlung oder Vernachlässigung erlebt haben (§ 1632 Abs. 4 BGB). Hier kann bisher eine Verbleibensanordnung nur dann ergehen, wenn andernfalls eine Kindeswohlgefährdung drohen würde, es also mit ziemlicher Sicherheit zu einer erheblichen Schädigung des Kindes kommen würde. Aufgrund dieser sehr hohen Schwelle erfolgen Rückführungen unter Umständen auch dann, wenn sie dem Kindeswohl widersprechen.

2) Wie beurteilen Sie die derzeitige rechtliche Situation in Bezug auf den interkollegialen Austausch von Kinderärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung?

Unstrittig gilt die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber anderen Personen, die ihrerseits der Schweigepflicht unterliegen. Soweit keine erklärte oder konkludente Einwilligung des Patienten oder der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters vorliegt,

kann ein Bruch der Schweigepflicht nur bei gesetzlich geregelten Offenbarungsrechten oder -pflichten (z.B. Infektionsschutzgesetz) oder bei einem rechtfertigenden Notstand erfolgen. Da § 4 Abs. 1 KKG Ärzten und Ärztinnen eine Mitteilungsbefugnis gegenüber dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Misshandlung und Vernachlässigung einräumt und der öffentliche Träger seinerseits wiederum klaren Handlungspflichten unterliegt, die bei Bedarf auch eine Rücksprache mit dem aktuell behandelnden Kinderarzt einschließen, dürfte ein solcher rechtfertigender Notstand als rechtliche Grundlage für einen interkollegialen Austausch ohne Einwilligung nur selten und sicher nur in Einzelfällen auftreten.

3) Trägt die derzeitige rechtliche Situation Ihres Erachtens dazu bei, dass Kinderärzte sich eher zurückhaltend bei der Diagnose von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung von Kindern zeigen?

Ein wesentliches rechtliches Hindernis, nämlich eine Mitteilungsvorschrift in § 294a SGB V von Behandlern gegenüber Kassen zur Ermöglichung von Regressforderungen gegen misshandelnde oder vernachlässigende Eltern, wurde als Folge des Runden Tisches gegen sexuellen Missbrauch aufgehoben. Trotzdem bestehen noch nicht gelöste Probleme im Hinblick auf die Abrechenbarkeit und Dokumentierbarkeit von komplexen ärztlichen Leistungen bei Verdachtsabklärungen (Fegert, 2012). International vergleichende Studien zum Diagnoseverhalten von Kinderärzten in Deutschland und in anderen europäischen Ländern bei der Vergabe von ICD Diagnosen zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sind dem Sachverständigen nicht bekannt.

4) Inwieweit halten Sie den flächendeckenden Aufbau einer EDV-basierten Datenbanklösung zum interkollegialen Austausch von Kinderärzten, wie es beispielsweise in Duisburg und im westlichen Ruhrgebiet mit dem Projekt RISKID erfolgt ist, für zielführend und sinnvoll?

Der flächendeckende Aufbau einer ärztlichen Parallelstruktur zum Kinderschutzsystem, so wie im SGB VIII gestaltet, ist nicht sinnvoll. Es bestehen mehrere ernsthafte Probleme: (a) Sinkende ärztliche Mitwirkung am staatlichen Kinderschutzsystem oder Doppelbelastung für Ärzte, (b) Unscharfe Eingangsbedingungen, (c) fehlende Verbindlichkeit innerhalb des Systems, (d) Hinnahme klarer Rechtsverletzungen durch den einstellenden Arzt, wenn andere Ärzte regelhaft bei Neuanschaffung eines Patienten, also ohne konkreten Hinweis, dass die Information zur Risikogeschichte benötigt wird, abfragen, (e) praktische Unmöglichkeit für einstellende Ärzte zu entscheiden, wann bei

Patienten, die sich nicht mehr vorstellen, ein rechtfertigender Notstand nicht mehr gegeben ist, (f) völlige Intransparenz gegenüber Eltern, während das rechtlich geregelte Kinderschutzsystem nach SGB VIII viel Mühe darauf verwandt hat, für eine angemessene Beteiligung von Eltern notwendige Regelungen zu treffen.

Es wird nicht bestritten, dass in der Ärzteschaft noch weitgehend unklar ist, was als gewichtiger Anhaltspunkt im Sinne von § 4 Abs. 1 KKG verstanden werden soll; dieses Problem ist jedoch innerhalb des bestehenden Kinderschutzsystems anzugehen. Auch ist zudem denkbar, dass der öffentliche Träger mit der Erfüllung von § 4 Abs. 2 (Bereitstellung einer insoweit erfahrenen Kraft zur Fallberatung) überfordert ist, wenn hier nicht medizinisch ausgebildete Personen beschäftigt werden. Hier ist über die Auslagerung von Diensten, die ggfs. auch in ärztlicher Selbstverantwortung betrieben werden könnten, nachzudenken. Auf den entsprechenden Modellversuch des Landes Baden-Württemberg wird hingewiesen.

Fragen 5-7: Siehe Antwort auf Frage 4

8) Welche Rolle spielt eine hochwertige und kontinuierliche Fortbildung von Ärzten und Fachpersonal bei der Erkennung von Kindeswohlgefährdungen?

Bereits aus den 90er Jahren liegen Befunde von Frank & Räder aus einer Münchner Klinik vor, wonach die Anzahl erkannter Verdachtsfälle auf Kindeswohlgefährdung im Zuge von Fortbildung gesteigert werden konnte, aber einige Zeit nach dem Ende der Schulungen wieder auf das Ursprungsniveau zurückfiel. Ein solches Bild ist für relativ seltene diagnostische Situationen nicht ungewöhnlich. Die Übersichtsarbeit von Carter et al. (2006) unterstützt den Einsatz von Fortbildung und Leitlinien beim Erkennen und Dokumentieren von Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung. Welche Rolle Kommunikationstrainings und ein von Kenntnis getragenes Vertrauen gegenüber der Jugendhilfe spielen, damit Ärzte Eltern zur Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe ermutigen können, erscheint dagegen noch unklar.

9) Wie können Ärzte zum Wohl von Kindern sinnvoll in ein Netzwerk mit Schulen, Eltern, Jugendämtern und Betreuungsinstitutionen eingebunden werden? Gibt es ihrer Meinung nach bereits sinnvolle und funktionierende Netzwerke, in denen Ärzte sinnvoll eingebunden sind?

Die in der Frage zum Ausdruck kommende Skepsis ist nicht angebracht. In vielen Kinderschutznetzwerken arbeiten engagierte Mediziner zum wechselseitigen Nutzen mit. Allerdings bestehen einige systematische Probleme. Diese betreffen (a) die Entschädigung von niedergelassenen Mediziner, wenn sie an Netzwerktreffen teilnehmen, (b) die große Anzahl an Ärzten, die mit Kindern und Familien in Kontakt kommen. Würden diese Ärzte an Netzwerktreffen teilnehmen wollen, würde dies bestehende Netzwerkstrukturen, soweit sie nicht sozialräumlich organisiert sind, völlig überfordern. Mögliche und örtlich bereits erprobte Lösungen sind: Entschädigungen für teilnehmende Ärzte (vorläufig aus kommunalen Mitteln, z.B. Freiburg i.B.); gestaffelte Formen der Teilnahme (z.B. Infomails für alle interessierten Ärzte); Organisation von Qualitätszirkeln mit gemeinsamer Moderation durch ärztliche Fachkraft und Jugendhilfefachkraft (Projekt des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg).

10) Wie beurteilen Sie – vor dem Hintergrund von Schutz vor Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern – das NRW-Konzept, dass Kinderärzte dem Landesinstitut für öffentliche Gesundheitsdienste Teilnehmer an Früherkennungsuntersuchungen melden müssen? Hat sich das Konzept der positiven Meldepflicht bewährt? Inwieweit bestehen Verbesserungsbedarfe?

Es ist sicher beeindruckend, dass dieses System in NRW und vergleichbare Systeme in anderen Bundesländern etabliert werden konnten. Die vorliegenden Zahlen aus NRW und aus anderen Bundesländern zeigen aber übereinstimmend, dass auf diesem Weg kaum bislang unbekannte Fälle von Kindeswohlgefährdung entdeckt werden können. Da diese Systeme erhebliche finanzielle Mittel verschlingen, ist ihre Kosten-Nutzen-Bilanz für den Kinderschutz sehr ungünstig. Effektivere Wege den Kinderschutz zu fördern, wären die Unterstützung von Kinderschutzgruppen an größeren Kinderkliniken, die Finanzierung und nachfolgende Dissemination von belegbar wirksamen Hilfef Konzepten für vernachlässigende Familien oder die Finanzierung von Modellversuchen zu kommunalen Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz.