



Praxisforschung  
Beratung  
Qualitätsentwicklung  
Wissenstransfer

Institut für soziale Arbeit e.V. · Studtsstraße 20 · 48149 Münster

An die  
Vorsitzende des Ausschusses  
für Familie, Kinder und Jugend  
Frau Margret Voßeler MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME  
16/1132**

A04, A01

10.10.2013

**Anhörung von Sachverständigen des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend des Landtags Nordrhein-Westfalen am 10.10.2013**

**– Kinderschutz stärken – „Interkollegialen Austausch von Kinderärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlungen ermöglichen“**

**Antrag der Fraktion der CDU, Drucksache 16/2433**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir bedanken uns für die Einladung zur Anhörung des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend am 10. Oktober 2013.

Beantwortung der Fragestellungen gemäß dem vorgelegten Fragekatalog:

Vorbemerkung

Zur Vorbereitung auf die Beantwortung der vorgelegten Fragestellungen erfolgten im Zeitraum 01.08. bis 30.09. Gespräche mit ausgewählten Jugendämtern, u. a. Kreisjugendämtern, vor allem großstädtisches Jugendamt, Jugendämter kreisangehöriger Städte oder Gemeinden. Fragestellungen hinsichtlich einer Fach- und kinderärztlicher Relevanz wurden konkret und exemplarisch mit einem lokalen Ärztenetzwerk erörtert. Darüber hinaus wurden eigene Datenmaterialien zur Beantwortung der Fragestellungen herangezogen.

I. Zu Frage 10:

*Wie beurteilen Sie - vor dem Hintergrund von Schutz von Misshandlungen und Vernachlässigungen 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?*



Ziel der im September 2008 veröffentlichten Verordnung zur Datenmeldung hinsichtlich Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen/ U-Untersuchungen (U-Teilnahme DatVO) war es, einen besseren und wirksameren Kinderschutz u. a. hierdurch zu erreichen. Diese Zielsetzung war und ist zu begrüßen und zu unterstreichen. Die Umsetzung der U-TeilnahmeDatVO hat die Praxis der Jugendämter jedoch schon bald vor erhebliche Probleme gestellt. Diese Problemstellungen definieren sich sowohl auf der praktischen Umsetzungsebene, werfen darüber hinaus auch eine Reihe rechtlicher Fragestellungen auf (DIJuF-Gutachten 16.02.2012). Hierzu drei grundsätzliche Anmerkungen:

1. Die praktische Umsetzung der U-TeilnahmeDatVO bindet in den Jugendämtern nicht unerhebliche Ressourcen. In vielen Fällen ist ein nicht geringer Personaleinsatz erforderlich. Dieser Umsetzungsaufwand steht in keinem ausgewogenen Verhältnis zum praktischen Nutzen, insbesondere unter Berücksichtigung kinderschutzrelevanter Aspekte.
2. Die kinderschutzorientierte Absicht der U-TeilnahmeDatVO erzeugt eher gegenteilige Effekte. Bedingt ist dieses durch eine deutliche Abnahme der Akzeptanz des Verfahrens in den Jugendämtern (fehlende Effizienz und Nutzen). Hintergrund hierfür ist auch, dass das Verfahren in Teilen der Bevölkerung nicht verstanden wird. Getragen wird die Einschätzung durch den Umstand, dass eine an sich durch die Betroffenen freiwillig in Anspruch zu nehmende Leistung (Vorsorgeuntersuchungen) bei Nichtinanspruchnahme durch die Betroffenen eine Prüfung des Jugendamtes auf das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung auslöst.
3. Die Tätigkeit des Jugendamtes im Rahmen der Umsetzung der U-TeilnahmeDatVO trägt nicht zur Förderung der systemübergreifenden Kooperation zwischen Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen bei. Das sich aus der Umsetzung der U-TeilnahmeDatVO ergebene insistieren der Jugendämter bei Kinderärzten birgt das Risiko der Erzeugung von Missverständnissen und Konflikten. Der administrative Akt der U-Dat-TeilnahmeVO überlagert eine wichtige und richtige lokale fachpraktische Kommunikation zwischen Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem (Fach- und Kinderärzte). Den Absichten des § 4KKG (Bundeskinderschutzgesetz) zur Implementierung eines lokalen kooperativen und partizipativen Kinderschutzes kann dieses erheblich entgegenwirken. Gleichzeitig sind sich – und dies wird in vielen Gesprächen deutlich – sowohl die befragten Jugendämter als auch die tätigen Kinderärzte nahezu einig, dass das



Praxisforschung  
Beratung  
Qualitätsentwicklung  
Wissenstransfer

Verfahren U-TeilnahmeDatVO eher Nachteile und wenig Effizienz erzeugt und insofern eher nicht mehr praktiziert werden sollte.

**Fazit:**

Die U-TeilnahmeDatVO bedarf mit Blick auf ihre praktische Relevanz zur Verbesserung des Kinderschutzes einer deutlichen Überarbeitung. Bestandteile dieser Überarbeitung sollten u.a. sein:

- die Vereinfachung des Ablaufverfahrens
- die Rollen- und Auftragsklärung der beteiligten Träger und Einrichtungen
- die Präzisierung der rechtlichen Einordnung in das System Kinderschutz.

Alternativ bietet es sich an, die Absichten der U-TeilnahmeDatVerordnung in ein ggfls. noch zu erstellendes Landesausführungsgesetz zum Bundeskinderschutzgesetz oder eine sich hierauf beziehende Landesverordnung, überzuleiten.

**II. Fragen 1-9**

1. *Welche landesrechtlichen, bundesrechtlichen oder sonstigen Maßnahmen erachten Sie zu einem besseren Schutz von Kindeswohlgefährdungen als notwendig?*

Das Land Nordrhein-Westfalen hat die Maßgaben des Bundeskinderschutzgesetzes (§§ 1-4KKG) zeitnah aufgegriffen und umgesetzt. Schwerpunkt bilden die frühen Hilfen, die Bildung lokaler Netzwerke sowie die systemübergreifende Kooperation, insbesondere Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Wichtigster Faktor eines effektiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen bleibt die frühe Erreichbarkeit der Betroffenen. Erreicht wird dieses am ehesten durch eine zielgerichtete Kooperation im Rahmen lokaler Vernetzungsaktivitäten im systemübergreifenden Sinne. Nachteilig ist hierbei aktuell, dass rechtliche Verpflichtungen gegenüber den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe definiert sind. Entsprechende Verpflichtungen, gerade zur kinderschutzorientierten und zielgerichteten Kooperation, müssen sich auch gegen andere Beteiligte richten, u.a. Schule und Gesundheitssystem. Empfohlen wird daher, ein Landesausführungsgesetz zu initiieren mit dem Ziel, Kinderschutz nachhaltig finanziell abzusichern und systemübergreifend zu gestalten.

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



Bekannt ist, dass Kinderärzte im Kontext Kinderschutz einen interkollegialen Austausch anstreben. Behindert wird dieses Bemühen durch eine unklare rechtliche Situation bezüglich Datenschutz und Schweigepflicht. Selbstverständlich bleibt dieses für den behandelnden Arzt ein hohes und sicher zu stellendes Gut. Der Punkt „Schutzwürdige Interessen des Kindes“ ist in der Praxis von den Kinderärzten immer nur individuell und schwierig zu ermitteln. Hier bedarf es einer dringenden rechtlichen Klarstellung. Der interkollegiale Austausch der Kinderärzte hat darüber hinaus eine wesentliche Bedeutung für einen effektiven Kinderschutz.

Sowie in der Jugendhilfe ist auch aus Sicht der Kinderärzte festzustellen, dass betroffene Eltern den Kinderarzt immer dann wechseln, wenn ihnen das Insistieren des Arztes mit Blick auf die Wahrnehmung der elterlicher Verantwortung (Inanspruchnahme von Hilfen) zu bedrohlich erscheint. Analog dem Jugendamtshopping zeigt sich in der Praxis auch ein „Kinderarztshopping“, das es einzudämmen gilt.

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?*

Aus Sicht der Ärzteschaft ist diese Frage vielfach mit „ja“ zu beantworten. Gleichwohl geraten die Kinderärztinnen und -ärzte hierbei oftmals in einen erheblichen Gewissenkonflikt. Mit Blick auf einen effektiven und nachhaltigen Schutz von Kindern bedarf es auch hier einer rechtlichen Klarstellung. Dabei reicht es nicht aus, dass auf lokaler Ebene Vereinbarungen zwischen Jugendamt und Ärzteschaft erarbeitet werden. Auch aus Sicht der Jugendhilfe sind die Befugnisse nicht eindeutig. Der Faktor „rechtlich unsicheres Handeln“ wirkt nach wie vor in vielen Fällen kooperationshemmend.

4. *In wieweit halten sie den flächendeckenden Ausbau einer EDV-basierten Datenbanklösung zum interkollegialen Austausch von Kinderärzten, wie es beispielsweise in Duisburg und im westlichen Ruhrgebiet mit dem Projekt RISKIG erfolgt ist, für zielführend und sinnvoll?*

Rückmeldungen aus der Ärzteschaft weisen darauf hin, dass ein System wie RISKIG als sinnvoll und zielführend erachtet wird. Dies fördert Handlungs- und Einschätzungssicherheit, insbesondere auch mit Blick auf einen ärzteschaftinternen Abgleich von Informationen.



Praxisforschung  
Beratung  
Qualitätsentwicklung  
Wissenstransfer

5

Der Abgleich von Einschätzungen und Diagnostiken zur Beschreibung einer Kindeswohlgefährdung im Rahmen einer datenbankbasierten Lösung fördert nach hiesiger Einschätzung den sicheren Umgang hiermit. Darüber hinaus können verlässlichere Einschätzungen im Abgleich mit der Jugendhilfe erfolgen. Allerdings kann es sich hierbei nicht um Insellösungen handeln. Ein System dieser Art bedarf der flächendeckenden Implementierung.

5. *Welche Probleme bestehen aktuell bei einer solchen Datenbank? Gibt es Lösungsmöglichkeiten - wie kann das Spannungsfeld zwischen dem Schutzauftrag gegenüber den Kindern, der ärztlichen Schweigepflicht als schützenswerten Gut und dem Datenschutz für alle Beteiligten zufriedenstellend gelöst werden?*

Eine Grundanforderung bildet die allgemeine Akzeptanz in Ärztekreisen für die Einrichtung und Pflege einer datenbankbasierten Lösung. Hilfreich für eine Akzeptanz ist die Aufarbeitung und zur Verfügung Stellung valider Informationen und Einschätzungen zur Unterstützung des ärztlichen Handelns. Wichtig ist ferner, dass auch innerhalb des Datenbanksystems das Prinzip des Vertrauensschutzes gesichert bleibt. Hilfreich für die Ärzteschaft ist eine Praxisentwicklung, die einem kindeswohlschädlichen „Ärztelisting“ entgegenwirkt. Darüber hinaus ist es unabdingbar, der Ärzteschaft das Instrument der insoweit erfahrenen Fachkraft zugänglicher zu machen (§ 4 KKG). Nach hiesiger Einschätzung ist aus ärztlicher Sicht dieses Instrument weitestgehend unbekannt, bzw. dem Sinne nach auch nicht verstanden worden. Ärzte berichten zudem, dass für die Inanspruchnahme der Beratung gem. § 4 KKG kaum Zeit aufgebracht werden kann. Die hohen Durchlaufquoten der zu behandelnden Kinder mache dieses oftmals unmöglich.

Dagegen bietet gerade die anonyme Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft – die nicht Fachkraft eines Jugendamtes ist – die Möglichkeit zur Überprüfung der Einschätzung einer Kindeswohlsituation. Hier zeichnet sich ein weiterer Präzisionsbedarf mit Blick auf die Tätigkeit der insofern erfahrenen Fachkraft im Gesundheitssystem ab.

6. *Hat der Landesgesetzgeber NRW Handlungsoptionen in Bezug auf die Schaffung einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage, um den interkollegialen Austausch von (Kinder-) Ärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung zu vereinfachen oder liegt die Zuständigkeit aufgrund des Tätigwerdens des Bundes mit dem Bundeskinderschutzgesetz nunmehr alleine beim Bund? Wenn ja, was kann das Land tun?*



Praxisforschung  
Beratung  
Qualitätsent-  
wicklung  
Wissenstransfer

6

Die Frage der Regelungs- und Abgrenzungskompetenz zwischen Bund und Land kann von hier aus nicht hinreichend genug beurteilt werden. Das Bundeskinderschutzgesetz bietet mit § 4 KKG eine gute Grundlage. Im Rahmen eines Landesausführungsgesetzes bietet es sich an, die Ausführungen und Bestimmungen des § 4 KKG auf Landesebene zu konkretisieren. Die Möglichkeit kollegialer Austauschbeziehungen zwischen (Kinder-)ärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und anderer Beteiligter kann rechtlich abgesehen einbezogen werden. Aus Sicht der (Kinder-)ärzte besteht darüber hinaus ein hoher Bedarf an Rechtsberatung. Hier könnte es hilfreich sein, die insoweit erfahrenen Fachkräfte noch spezieller zu schulen, bzw. für die Beratung medizinischer Berufe auch zu spezialisieren.

**7. In welcher Form und Weise ist ein Einbezug der Krankenversicherung denkbar?**

Das ist vielfach freiberuflich tätig. Ärztinnen und Ärzte (auch Hebammen) bekommen in der Regel ihre Tätigkeiten im Kinderschutz nicht honoriert, bzw. werden ihnen diese nicht als erstattungsfähig bzw. honorierbar anerkannt. Zu denken ist hierbei an den notwendigen Zeitaufwand im Rahmen einer Beratung durch die insofern erfahrene Fachkraft, die Teilnahme an Fachgesprächen (auch Hilfeplanung beim Jugendamt) sowie die Mitwirkung in Kooperation und Netzwerken.

**8. Welche Rolle spielt eine hochwertige und kontinuierliche Fortbildung von Ärzten und Fachpersonal bei der Anerkennung von Kindeswohlgefährdung?**

Das Zusammenwirken der Fachkräfte der Jugendhilfe mit dem Gesundheitssystem belegt unterschiedliche systemrelevante Herangehensweisen (Sprache, Methodik, Verfahrenslogik) wider. Es zeichnet sich ein deutlicher Unterschied zwischen sozialpädagogischer Arbeit in Kinderschutzverfahren und der kinderärztlichen Praxis ab. Hierauf müssten sich weitere Qualifizierungen und Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte sowie anderem medizinischen Fachpersonal konzentrieren. Es muss darum gehen, die jeweilige Systemlogik zu verstehen, um entsprechende Kooperationen und Netzwerkbeziehungen eingehen zu können (Produktionsnetzwerke).

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



Praxisforschung  
Beratung  
Qualitätsent-  
wicklung  
Wissenstransfer

7

Der Stand der Entwicklung der Netzwerke auf lokaler Ebene mit dem Ziel, den Kinderschutz zu fördern, ist noch unterschiedlich ausgeprägt. Insbesondere ist bisher die Frage nicht plausibel geklärt, wie in von der Jugendhilfe organisierten Netzwerken, Vertreterinnen und Vertreter medizinischer Berufe effektiv eingebunden werden können. Die Rückmeldung aus unterschiedlichen Ärztenetzwerken bejahen jedoch die Mitwirkung in entsprechenden Netzwerken auf lokaler Ebene mit Blick auf den Schutz von Kindern und Jugendlichen. Die lokalen Netzwerkentwicklungen müssen Ärztinnen und Ärzten mit Blick auf deren Freiberuflichkeit Zugangsmöglichkeiten schaffen. Gleichzeitig müssen sich die Netzwerke dieser Art als Produktionsnetzwerke entwickeln und etablieren können. Hiermit in Verbindung stehen konkrete Aufgaben, Ziele und Wirkungen mit dem Ziel der besseren Unterstützung der ärztlichen Praxis im Kinderschutz. Produktionsnetzwerke dieser Art sind ausschließlich lokal zu organisieren und professionell zu steuern.

Mit freundlichen Grüßen



Wolfgang Rütting