



[www.kinderpsychiater.org](http://www.kinderpsychiater.org)

[www.dgkjp.de](http://www.dgkjp.de)

17.12.2008

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

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

---

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

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

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

### Artikel 1

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

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

## § 2

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

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

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

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

### **§ 3 Informationspflichten für andere Berufsgruppen**

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

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

## Artikel 2 Änderungen des Sozialgesetzbuchs VIII

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

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

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

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

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

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

### **§ 86 c SGB VIII**

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

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

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

Für die drei Fachverbände:

(Prof. Dr. R. Schepker, 1. Vorsitzende der BAG)

### **Literatur:**

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

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

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

### **Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. med. Renate Schepker  
Vorsitzende der BAG KJPPP  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
ZfP Weissenau,  
Weingartshofer Str. 2,  
88214 Ravensburg  
Tel.: 0751/7601-2749, Fax: 0751/7601-2121

