



Kinder schützen heißt Vertrauen wahren!

Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Medizin stärken - für eine Abschaffung des § 4, Absatz 6 KKG!

Anlass und Ziel der Stellungnahme

Aus Sorge um eine Verschlechterung des Kinderschutzes und die Aussetzung fundamentaler Prinzipien für eine vertrauensvolle Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern¹ haben sich die BAG der Kinderschutz-Zentren, die DGSF und weitere Expert*innen verschiedener Fachverbände und Organisationen auf die nachfolgende Stellungnahme verständigt.

Damit wollen wir gegenwärtige Entwicklungen, die sich in den Veränderungen der Heilberufsgesetze in einzelnen Bundesländern² spiegeln und deren Folgen aus der Perspektive der betroffenen Kinder und Familien kritisch hinterfragen. Ziel dieses Appells ist es, sowohl die Auslöser als auch die möglichen Folgen der Neuregelungen für den Schutz von Kindern und Jugendlichen in das fachöffentliche Bewusstsein und in die Debatte um eine Weiterentwicklung rechtlicher Rahmenbedingungen zu bringen.

Denn: Zentrale Grundprinzipien eines wirksamen und demokratisch begründeten Kinderschutzes wie das Vertrauen in die Hilfebeziehung und die Beteiligung an der Einschätzung von Gefahren stehen zur Disposition zugunsten einer scheinbaren

¹ Das im Juni 2021 verabschiedete Kinder- und Jugendstärkungsgesetz stärkt die Beteiligungsrechte und -möglichkeiten von Kindern, Jugendlichen und Eltern. Die sich gegenwärtig in Überarbeitung befindliche S3+Leitlinie zum ärztlichen Handeln bei Kindeswohlgefährdung orientiert sich ebenfalls an diesen Grundsätzen.

² Nordrhein-Westfalen hat am 25.3.2022 als erstes Bundesland das Gesetz über den interkollegialen Ärztetausch bei Kindeswohlgefährdung – Änderung des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) – beschlossen. In weiteren Bundesländern folgten Gesetzesänderungen bzw. sind gegenwärtig in der Diskussion, im Saarland hingegen wurde eine diesbezügliche Änderung des Heilberufsgesetzes abgelehnt.

Rechtssicherheit der professionellen Akteur*innen in der Medizin, ohne dass dabei Effekte im Sinne eines verbesserten Schutzes von Kindern erwartbar wären.³

Aktuelle Problemstellung

Mit der Reform des SGB VIII und der Einführung des § 4, Absatz 6 KKG wurde es den Bundesländern freigestellt, Formen des nicht anonymisierten interkollegialen Fachaustauschs unter Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen zu ermöglichen. Völlig unklar bleibt dabei jedoch, was genau ein interkollegialer Austausch im Sinne des KKG ist, welche Informationen dort ausgetauscht werden und wie die Einbeziehung bzw. Information der Betroffenen zu erfolgen hat.

Mit der vage formulierten und im Beteiligungsprozess zur Novellierung des Kinder- und Jugendhilferechts⁴ kaum diskutierten Regelung wird eine Praxis ermöglicht, in die jetzt nicht nur Ärzt*innen unterschiedlicher Fachdisziplinen, sondern auch psychologische Psychotherapeut*innen eingebunden. Diese Praxis hebt eine bundeseinheitliche Verfahrensweise im Kinderschutz, wie sie das Bundeskinderschutzgesetz ursprünglich vorsieht, aus. Das Anliegen der Befürworter*innen dieser neuen Regelung ist es, im Spannungsfeld von Schweigepflicht und Informationsweitergabe für besondere Gruppen von Berufsheimnisträgern im Gesundheitswesen eine stärkere Rechtssicherheit zu schaffen und dadurch Kindeswohlgefährdungen frühzeitiger zu erkennen.⁵

Mögliche landesrechtliche Regelungen könnten es Angehörigen von Heilberufen erlauben, bei Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung ohne Wissen der betroffenen Kinder und Familien Informationen, die vorher der Schweigepflicht unterlagen, untereinander auszutauschen. Daten und Anhaltspunkte zu Kindern und Familien, die noch nicht konkret genug für eine Mitteilung an das Jugendamt sind, können weiterführend auf einer für andere Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen zugänglichen Plattform ohne Wissen der Betroffenen digital gespeichert werden, um ggf. später genügend Anhaltspunkte zusammentragen und einen Kinderschutzfall erkennen zu können.⁶

Die Länderöffnungsklausel im § 4 Abs. 6 KKG wird in den Bundesländern sehr unterschiedlich umgesetzt und es besteht die Gefahr eines Flickenteppichs. Wir verzichten an dieser Stelle auf eine differenzierte Darstellung des Umsetzungsstands und fokussieren auf die Möglichkeiten der Auslegung und die damit verbundenen Risiken, die der Rechtsrahmen aktuell abdeckt.

³ So auch Kliemann et al (2022) zu den Änderungen in § 4; Absatz 6 KKG: „mit Absatz 6 wird eine vage Bestimmung eingeführt, die auf Landesebene bereits dazu geführt hat, dass mehr Informationsaustausch unter Ärztinnen bei weniger Transparenz für die Betroffenen ermöglicht wird, ohne konkret die Handlungssicherheit der Beteiligten zu stärken.“ (Kliemann/Bertold/Fegert 2022: 366). Vgl. hierzu auch kritisch: StN der NRW_Psychotherapeutenkammer, Online: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST17-4588.pdf>, Zugriff vom 16.5.2023

⁴ Vgl. Verbändestellungnahme BAG der Kinderschutz-Zentren/Deutsche Gesellschaft für Therapie, Beratung und Familientherapie und andere vom 20.11.2020 und 12.02.2021.

⁵ Vgl. die Begründung in der StN der Bundesärztekammer zum Entwurf des KJSG vom 19.01.2021, S. 6-7: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/KJSG_GE_SN_BAEK_19022021_final.pdf

⁶ Mögliche Unsicherheiten im Handeln von Angehörigen der Heilberufe wurden bereits mit einer Konkretisierung des § 4 KKG aufgegriffen, mit der diese Berufsgruppen nun „unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert“. Vgl. hierzu auch: Kliemann/Bertold/Fegert: Das Jugendamt (7-8.2022). Die gesetzlichen Neuregelungen für die Zusammenarbeit im Kinderschutz durch das KJSG aus medizinischer Sicht, S. 361 – 367.

Konkrete neue Risiken und Gefahren durch die neue Rechtsprechung:

Die Intention der Rechtsnorm, Kinderschutzfälle durch einen legalen interkollegialen Ärzt*innenaustausch frühzeitig zu erkennen und schnell bzw. im besten Fall präventiv zu agieren, ist grundsätzlich gut nachvollziehbar. Gleichwohl entstehen mit der derzeitigen Regelung neue Risiken und Gefahren, die das Ziel konterkarieren. Insbesondere sind es folgende:

Unklarer diagnostischer Zugewinn

Der diagnostische Zugewinn darüber, ob eine Gefährdung vorliegt oder nicht, ist höchst zweifelhaft, weil Ärzt*innen und psychologische Psychotherapeut*innen, wie alle professionellen Akteur*innen, in der Regel nur Ausschnitte des Geschehens sehen und daher immer aus ihrer Perspektive argumentieren. Ein Gesamtbild der Situation des Kindes und seiner Familie fügt sich aber so nicht zusammen, da wesentliche Bausteine und die Möglichkeit einer fundierten Interpretation der Fakten fehlen.⁷

Am medizinischen Diagnoseinventar ausgerichtete und risikobasierte Datenbanken (www.riskid.de/kinderschutz-in-der-warteschleife/) sind nicht nur datenschutzrechtlich bedenklich, sondern auch in ihrer diagnostischen Aussagekraft unzulänglich, da es sich bei Kindeswohlgefährdung in der Regel um einen Zusammenhang von medizinischen, sozialen und familialen Problemlagen handelt. Isolierte Ableitungen einer Kindeswohlgefährdung allein aus dem medizinischen Kontext berücksichtigen beispielsweise nicht, ob die betroffenen Eltern einsichtig und bereit zur Mitarbeit sind und dass die betroffenen Familiensysteme sich weiterentwickeln können. Dies ist insbesondere im Blick auf die nicht befristete Datenspeicherung höchst problematisch!

Systemischer Vertrauensverlust

Durch die Möglichkeit der Beratung und Absprache ohne Wissen der Eltern entstehen Intransparenz und damit ein Vertrauensverlust, der dazu führen kann, dass sich Eltern, und aus gebundener Loyalität auch Kinder und Jugendliche, den Akteur*innen des Gesundheitswesens gegenüber weniger öffnen. Wird von Eltern eine ungeschützte Informationsweitergabe intimer Familiendetails an andere Ärzt*innen erwartet und erfahren sie, dass ihnen unbekannte Ärzt*innen und psychologische Psychotherapeut*innen von Familienvorkommnisse wissen, ohne dass sie ihnen diese mitgeteilt haben, ist absehbar, dass Belastungsgrenzen eher verschwiegen und beschwichtigt und in der Folge notwendige Arztbesuche aufgeschoben oder verhindert werden.⁸

Einzelne von Bundesländern bereits getroffene Regelungen stehen in eklatantem Widerspruch zu den Grundprinzipien eines kooperativen, systemübergreifenden Kinderschutzes, wie er im SGB VIII und jüngst im KJSG festgeschrieben wurde, der die Betroffenen in die Gefährdungseinschätzung und die Gefährdungsabwehr aktiv mit einbezieht. Die Vertrauensbeziehung zwischen Patient*innen und Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen ist die Basis für die Bereitschaft von Familien, Hilfen zu akzeptieren und aktiv mitzuarbeiten.

⁷ Siehe auch hier: „So wird die Neuregelung zu einer Erschütterung der Überzeugung von Patientinnen und Patienten führen, dass ihre Privatsphäre beim Kontakt mit Angehörigen von Berufsgruppen, die der Schweigepflicht unterliegen, gewahrt bleibt. Dies wird gravierende Auswirkungen auf die Tätigkeit von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten haben.“ (StN PT-Kammer NRW., S.9)

⁸ „Die Herstellung eines „geschützten Raumes“, in dem über schuld- und schambeladene Themen gesprochen werden kann, gehört zur professionellen Kompetenz von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. Die vorgeschlagene Ermöglichung der Durchbrechung der Schweigepflicht ist deshalb u. E. kontraindiziert.“ (ebd.: 8-9)

Dabei ist die Herabsenkung der Datenschutzwelle rechtlich gar nicht notwendig. Schon jetzt haben Ärzt*innen und andere Berufsgeheimnisträger*innen umfangreiche Befugnisse, Mitteilungen an das Jugendamt zu machen oder sich anonymisiert über gewichtige Hinweise auf Gefährdungen konsiliarisch auszutauschen sowie in unklaren Situationen die Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zu nutzen.

Parallelstrukturen im Kinderschutz

Mit den neuen berufsständischen Sonderregelungen werden keine rechtlichen Sicherheiten geschaffen, denn die Letztverantwortung für ein Handeln oder Nichthandeln bleibt bei der einzelnen Ärzt*in/Psychotherapeut*in bzw. psychologischen Psychotherapeut*innen. Eine Vorgabe zur Abstimmung des ärztlichen bzw. psychologisch-psychotherapeutischen Handelns mit anderen Helfersystemen und die Hinzuziehung systemübergreifender Expertise im Rahmen von fallbezogener Netzwerkarbeit ist hier nicht formuliert.

Damit wächst vielmehr die Gefahr der Abspaltung eines Kinderschutzes der Heilberufe von den Aufgaben und Handlungsabläufen der Kinder- und Jugendhilfe. Somit entsteht eine Sub- oder Parallelstruktur, die dem ganzheitlichen und interdisziplinären Kinderschutzgedanken und der Bedeutung der Berufsgruppe der medizinischen Berufsgeheimnisträger*innen entgegen steht.

Handlungsleitend muss im Kinderschutz eine verbindliche und den Betroffenen gegenüber transparente und zur Beteiligung einladende Kooperation aller Akteur*innen des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe sein. Rechtsnormen, die im Kontext der Gefährdungseinschätzung einer Berufsgruppe besondere Handlungsoptionen nahelegen, widersprechen dem Netzwerkziel in § 3 KKG. Netzwerkarbeit ist dann zielführend, wenn Verfahren für Verdachtsfälle analog dem § 4 KKG zwischen Ärzt*innen und dem Jugendamt abgestimmt werden mit dem Ziel, frühzeitig und präventiv in Kontakt mit der Familie zu kommen und diese zu motivieren, Hilfen anzunehmen.

Was braucht der Kinderschutz konkret?

Der Grundsatz des deutschen Kinderschutz-Systems, dass die Informationen im Jugendamt zusammenlaufen und dieses dann als Fachbehörde über das weitere Vorgehen entscheidet, darf nicht durch eine Sonderregelung für eine bestimmte Berufsgruppe zerfasert werden!

Statt einer neuen Rechtsnorm für Ärzt*innen und psychologische Psychotherapeut*innen im § 4, Abs. 6 KKG braucht es eine strukturelle Stärkung verbindlicher und vertrauensvoller Zusammenarbeit, wie:

- Die Intensivierung des kooperativen Austauschs zwischen den Systemen Jugendhilfe und Gesundheitswesen durch mehr Netzwerkarbeit und gemeinsame Qualifizierung.
- Eine strukturell im SGB V verortete Finanzierung von fallabhängigen und fallunabhängigen Kooperationsleistungen der Medizin mit der Jugendhilfe, die im Vorfeld einer Kindeswohlgefährdung präventiv ansetzt und damit deutlich über die Regelungen des § 73c SGB V hinaus geht
- Die Verstetigung des bundesweiten rund um die Uhr erreichbaren kollegialen Beratungsangebots der Medizinischen Kinderschutzhotline sowie den lokalen Ausbau von Pools insoweit erfahrener Fachkräfte, die auch spezifisch die Praxisfragen und -bedarfe von Mediziner*innen beantworten und lokal dauerhaft verfügbar sind.⁹

⁹ Vgl.: BT-Drs. 17/6256, auch Fegert/Kliemann et al 2022.

- Die Stärkung von gemeinsamen Beratungs- und Therapieangeboten für Kinder, Jugendliche und Eltern, insbesondere auch in ambulanten, teilstationären und stationären Mehrpersonensettings.

Fazit: Risiken, Gefahren und Widersprüche neuer Regelungen stärker in den Blick nehmen, Vertrauen im Kinderschutz stärken und § 4, Absatz 6 KKG zurücknehmen!

Gesetzliche Normen sollen den Kinderschutz in Deutschland einheitlich rahmen, verbessern und stärken. Die Regelung im §4 Abs. 6 KKG gehen am intendierten Ziel vorbei und erschüttern die fundamentalen Prinzipien des deutschen Kinderschutzes.

Insofern sind die bereits über die Öffnungsklausel vorgenommenen Änderungen in den Heilberufsgesetzen einiger Länder höchst problematisch. Sie widersprechen grundlegenden Prinzipien eines demokratisch verfassten Kinderschutzsystems und der Wahrung grundlegender Rechte der Beteiligten. Sie führen in eine Parallelstruktur medizinisch geprägten Kinderschutzes mit der Gefahr, dass für Mitteilungen und Zugänge so wichtige Vertrauen von Kindern, Jugendlichen und Familien zu den professionellen Helfer*innen zu verspielen.

Wir fordern daher:

- Bestehende Regelungen im Sinne eines kooperativen und den Betroffenen gegenüber transparenten Kinderschutzes stärken!
- Praxis- und Rechtsunsicherheiten im Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen durch praxisorientierten Austausch, verbindliche Strukturen und durch Qualifizierung bearbeiten!
- Interdisziplinäre, multiprofessionelle Kooperationen zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe verbindlich rechtlich im SGB V rahmen und finanziell ausstatten!
- Den Absatz 6 im § 4 KKG zu streichen und wieder eine bundeseinheitliche Grundlage für den Kinderschutz zu erhalten. Ein Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen auf Länderebene erschwert nachweislich die Kommunikation im Kinderschutz und führt zu neuen Handlungsunsicherheiten!

Denn: Kinderschutz braucht Vertrauen und gelingt nur gemeinsam!

Datum: 10. August 2023

Initiator*innen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren

Deutsche Gesellschaft für Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF e.V.)

DGSF-Netzwerk Systemische Medizin

Unterstützt durch:

Bundesarbeitsgemeinschaft Allgemeiner Sozialer Dienst (BAG ASD e.V.)

Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen (IGfH e.V.)

Kindernetzwerk Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (knw e.V.)

Dr. Andrea Kliemann, Universität Vechta

Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin Baden-Württemberg

Marcé-Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.

Psychotherapeutenkammer Berlin

Psychotherapeutenkammer des Landes Schleswig-Holstein

Systemische Gesellschaft (Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.)

Prof. Dr. Ute Thyen, Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Jörg Fegert, Universitätsklinikum Ulm

Medizinische Kinderschutzhotline