

Gefördert / finanziert durch:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen

Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen

Bianca Bertsch

Wissenschaftliche Texte

Wissenschaftliche
Texte

Bianca Bertsch

Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen

Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit über 50 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Träger des 1963 gegründeten Instituts ist ein gemeinnütziger Verein mit Mitgliedern aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Aktuell arbeiten und forschen 360 Mitarbeiter/innen (davon 225 Wissenschaftler/innen) an den beiden Standorten München und Halle/Saale.

Impressum

© 2016 Deutsches Jugendinstitut

Abteilung Jugend und Jugendhilfe

Projekt: Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen

Nockherstraße 2, 81541 München

Telefon: +49 (0)89 6 23 06-0

Fax: +49 (0)89 6 23 06-162

<http://www.dji.de/BKiSchG>

ISBN: 978-3-86379-232-9

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Methodisches Vorgehen	10
2.1	Befragung von Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens	11
2.2	Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten	12
2.3	Befragung von Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken	14
2.4	Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an Kliniken	15
2.5	Befragung von übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens	16
3	Ergebnisse	18
3.1	Informationsverbreitung	19
3.1.1	Information über kinderschutzrelevante Themen	19
3.1.2	Information über die Regelungen des BKiSchG	21
3.1.3	Information als gemeinsame Aufgabe	25
3.2	Entwicklungen für einen verbesserten Kinderschutz	26
3.2.1	Aktivitäten auf Ebene der übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens	26
3.2.2	Entwicklungen auf Ebene der Praxis	28
3.2.3	Vorgehen bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung	30
3.3	Umgang mit Mitgliedernanfragen in mutmaßlichen Kinderschutzfällen	42
3.4	Fallunabhängige Zusammenarbeit im Kinderschutz	44
3.5	Einschätzungen der Organisationen zum Handeln ihrer Mitglieder im Kinderschutz	51
3.6	Herausforderungen in der interdisziplinären Kinderschutzarbeit	58
3.7	Maßnahmen zur Weiterentwicklung	63
3.8	Handlungs- und Rechtssicherheit	65
4	Fazit	68
	Literatur	72

1 Einleitung

Bereits in der Entstehungsgeschichte des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) lag ein besonderer Fokus auf den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens. Diese können in sehr unterschiedlichen Kontexten mit Fällen konfrontiert werden, in denen das Wohl von Kindern bzw. Jugendlichen aufgrund von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch gefährdet ist. Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens verfügen über vielfältige Zugänge zu Familien, bei denen sie einen Bedarf an Hilfe und Unterstützung zum gesunden körperlichen und seelischen Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen wahrnehmen können. Zugänge bieten sich beispielsweise im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen in der Kinderarztpraxis, bei Verletzungen oder schwereren Erkrankungen eines Kindes in der Kinderklinik oder bei Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen in den Kliniken und Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (vgl. Ziegenhain et al. 2011).

Bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung stehen Berufsheimnisträger aus dem Gesundheitswesen vor der Aufgabe, abzuwägen, unter welchen Voraussetzungen welches Handeln von ihnen gefordert ist. Insbesondere gilt es zu klären, wann der Einbezug weiterer Stellen, wie dem Jugendamt, unter Berücksichtigung der Schweigepflicht gerechtfertigt ist (vgl. hierzu Meysen & Schönecker 2009). Die Regelungen des rechtfertigenden Notstandes gem. § 34 StGB boten in der Frage um das rechtmäßige Vorgehen und damit verbunden der rechtmäßigen Informationsweitergabe zumindest für juristisch weniger versierte Akteurinnen und Akteure nicht die notwendige und gewünschte Handlungs- und Rechtssicherheit. Die seit 2007 in den Bundesländern in Kraft tretenden Kinderschutzgesetze konnten aufgrund ihrer unterschiedlich ausgestalteten landesspezifischen Regelungen, die von den Berufsheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen kaum wahrgenommen wurden, nicht bundesweit zu mehr Klarheit in der Frage beitragen, wann das Jugendamt einbezogen werden darf oder soll (Knorr et al. 2009; Kemper et al. 2010). Vor diesem Hintergrund wurde für Berufsheimnisträger des Gesundheitswesens im Zuge der Entstehung des BKSchG sehr deutlich eine klarstellende bundeseinheitliche Regelung zum Vorgehen und damit auch zur Informationsweitergabe an das Jugendamt in Fällen von (vermuteter) Kindeswohlgefährdung gefordert (z. B. DAKJ 2008; Knorr et al. 2009; Bundesärztekammer & Kasernenärztliche Bundesvereinigung 2010; BAG et al. 2010).

Mit Inkrafttreten des BKSchG am 01.01.2012 kam der Gesetzgeber der Forderung einer bundeseinheitlichen Regelung für Berufsheimnisträger aus dem Gesundheitswesen nach. § 4 KKG intendiert die Erhöhung der Handlungs- und Rechtssicherheit schweigepflichtiger Personen mittels der Regelung eines abgestuften Verfahrens, wenn diese im Rahmen ihrer Berufsausübung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen, und befugt sie unter den darin enthaltenen Voraussetzungen

zur Informationsweitergabe an das Jugendamt. Zudem gewährt der Gesetzgeber ihnen mit § 4 Abs. 2 KKG gegenüber dem Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung. Vor dem Hintergrund der Forderung einer bundeseinheitlichen Regelung zur Erhöhung der Handlungs- und Rechtssicherheit ist dem § 4 KKG für den Bereich des Gesundheitswesens eine zentrale Bedeutung im BKiSchG beizumessen. Der Blick ist aber auch auf mögliche Veränderungen in der Praxis des Gesundheitswesens zu richten, die von anderen gesetzlichen Regelungen des BKiSchG ausgehen oder durch diese angestoßen oder unterstützt werden. So kann die Intention des Gesetzes, die Kooperation im Kinderschutz zu verbessern, ebenfalls zu Veränderungen führen. Auch könnte der im Gesetz formulierte Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung von Schutzkonzepten – geregelt in § 8b Abs. 2 SGB VIII – beispielsweise an Kliniken Wirkung auf den präventiven Kinderschutz entfalten. Bei der Bewertung der Folgen des BKiSchG darf aber auch nicht außer Acht gelassen werden, dass es viele Aktivitäten und Entwicklungen in der Praxis bereits vor Inkrafttreten des BKiSchG gegeben hat. Teilweise handelt es sich bei den gesetzlichen Regelungen um Festschreibungen einer bereits zum Teil durchaus gängigen Praxis. Entwicklungen und Aktivitäten im Kinderschutz dürfen und können deshalb nicht allesamt pauschal auf das BKiSchG zurückgeführt werden.

Mit Art. 4 BKiSchG schreibt der Gesetzgeber die Evaluation des BKiSchG vor. Im Rahmen dieser Evaluation untersuchte das Projekt „Wirkungen des BKiSchG – Wissenschaftliche Grundlagen“ für den Bereich des Gesundheitswesens, inwieweit die gesetzlichen Regelungen in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes bereits in das Bewusstsein seiner Adressatinnen und Adressaten gerückt sind, diese Anwendung in ihrer Praxis finden und inwieweit ihre intendierten Wirkungen in diesem Bereich zu beobachten sind.

Der vorliegende Bericht gibt zunächst einen Überblick zum methodischen Vorgehen des Projektes „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen“ für die Befragungen im Bereich des Gesundheitswesens (Kapitel 2). Dabei wird auf die qualitative Befragung von Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (Kapitel 2.1), die qualitative Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten (Kapitel 2.2), die qualitative Befragung von Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken (Kapitel 2.3), die qualitative Befragung von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Kapitel 2.4) sowie auf die quantitative Befragung von Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden des Gesundheitswesens als übergeordnete Organisationen des Gesundheitswesens (Kapitel 2.5) eingegangen. Anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus diesen Befragungen (Kapitel 3).

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts umfassen die Verbreitung von kinderschutzrelevanten Informationen im Gesundheitswesen, insbesondere die Information über die Regelungen des BKiSchG, kinderschutzrelevante

Aktivitäten auf der Ebene der übergeordneten Organisationen im Gesundheitswesen sowie Entwicklungen in der alltäglichen Praxis des Gesundheitswesens, insbesondere mit Blick auf das Handeln bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, die Kooperation mit den Jugendämtern und besondere Herausforderungen in der Zusammenarbeit sowie Schlussfolgerungen für die Handlungs- und Rechtssicherheit der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens infolge des Inkrafttretens des BKiSchG. Ergebnisse zu den Wirkungen des Gesetzes, die speziell den Bereich der Frühen Hilfen betreffen, sind dem Abschlussbericht zur Bundesinitiative Frühe Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zu entnehmen.

2 Methodisches Vorgehen

In die Untersuchung des Gesundheitswesens wurden die Perspektiven verschiedener Bereiche und Ebenen einbezogen. Aufgrund der Vielzahl verschiedener Berufsgruppen und Arbeitsfelder im Gesundheitswesen war eine Auswahl der in die Befragungen einzubeziehenden Perspektiven vorzunehmen, soweit es die vorhandenen Kapazitäten des Projektes zuließen. Bei der Auswahl war zu berücksichtigen, dass sich – wie einleitend bereits angedeutet – sowohl die Kontexte, in denen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in Kontakt stehen, als auch die Strukturen und Rahmenbedingungen von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen systematisch unterscheiden. Da zu vermuten ist, dass solche Unterschiede Wirkungen des BKiSchG beeinflussen, wurden diese bei der Auswahl der einbezogenen Fachkräfte des Gesundheitswesens berücksichtigt. Die Auswahl wird in den Kapiteln 2.1 bis 2.5 näher erläutert.

Für die Befragungen wurden sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren angewandt. Mit der Kombination aus einem qualitativen und einem quantitativen Zugang war es möglich, Erkenntnisse über die Wirkungen des BKiSchG im Gesundheitswesen zu erhalten, die umfassender sind als diejenigen, die lediglich einer der beiden Zugänge erbracht hätte (Flick 2012, 49). Qualitative Verfahren wurden verwendet, um einen relativ unbekanntem Bereich, wie es hinsichtlich möglicher Wirkungen durch die gesetzlichen Neuerungen des BKiSchG im Gesundheitswesen der Fall ist, zu explorieren (Diekmann 2013, 33f.) und zu verstehen, wie die Regelungen von den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens wahrgenommen und interpretiert werden und ihre Wirkung in der Praxis entfalten.

Hierfür wurden die Methode des Experteninterviews und die Methode der Fokusgruppe angewandt. Bei einem Experteninterview handelt es sich um eine teil-standardisierte Befragung einer Person, der ein Expertenstatus zugeschrieben wird. Experteninterviews dienen u. a. zur Exploration eines Themenfeldes. Hierbei interessiert das spezifische Wissen, das die Expertin/der Experte im Laufe ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit erworben hat (Littig 2011, 1). Bei Fokusgruppen wird der Akzent auf den interaktiven Aspekt der Datensammlung gelegt (Flick 2012, 259). Sie dienen u. a. dazu, sich im Feld zu orientieren und unterschiedliche Forschungsfelder oder Populationen einzuschätzen (Flick 2012, 260).

Die qualitativen Befragungen wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden auf einem Tonträger aufgezeichnet und anschließend transkribiert, so dass für die Auswertung schriftliches Material sowie Tonaufzeichnungen zur Verfügung standen. Die Transkriptionen wurden in das Auswertungsprogramm MAXQDA eingelesen. Die Auswertungsstrategie orientierte sich für das qualitativ gewonnene Material – auch entsprechend Morgan (1988, 64), der neben einer pragmatischen Zusammenstellung von Aussagen die systematische Kodierung als Auswertungsstrategie für Fokusgruppen vor-

schlägt – am thematischen Kodieren (Flick 2012, 402f.). Für die Auswertung entwickelten zwei Mitarbeiterinnen des Projektes unabhängig voneinander Codes, die anschließend miteinander abgeglichen wurden. So konnte die Gefahr verringert werden, dass es zu unangemessenen Verengungen des Blickes bei der Auswertung kommt.

Neben den qualitativen Befragungen wurde zusätzlich eine quantitative Befragung von Ärztekammern, Psychotherapeutenkammern, medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden des Gesundheitswesens durchgeführt (vgl. Kapitel 2.5). Diese Organisationen haben u. a. die Aufgaben, berufsrelevante Veränderungen zu beobachten, ihre Mitglieder über solche Veränderungen zu informieren, Fortbildungsveranstaltungen anzubieten und über fachliche Empfehlungen oder Handlungsleitlinien dafür Sorge zu tragen, dass intendierte Veränderungen für die Praxis von den handelnden Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens aufgenommen und umgesetzt werden können. Mithilfe eines Online-Fragebogens konnten Informationen über solche Aktivitäten standardisiert erfasst werden.

2.1 Befragung von Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens

Als erstes wurde eine Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens durchgeführt, für die anzunehmen war, dass sie über einen Überblick zur Wahrnehmung des BKiSchG in ihrem Feld verfügen, von ersten Erfahrungen der Umsetzung des § 4 KKG berichten und für weitere Erhebungen die Machbarkeit verschiedener methodischer Zugänge einschätzen konnten. Die Auswahl war darüber hinaus von den folgenden Überlegungen bestimmt: Sowohl die Politik, die Kinder- und Jugendhilfe als auch Eltern erwarten von den verschiedenen Akteursgruppen im Gesundheitswesen unterschiedliche Beiträge zum Wohlergehen von Kindern. Diese Erwartungen reichen von einer alltagsnahen Begleitung und Unterstützung, beispielsweise durch Familienhebammen, über die Öffnung von Zugängen, beispielsweise im Rahmen von Untersuchungen in der Kinderarztpraxis, bis hin zu diagnostischen Abklärungen somatischer und psychiatrischer Symptome, beispielsweise an Kinderkliniken und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Akteursgruppen, wie beispielsweise ergo- und physiotherapeutisch sowie logopädisch Tätige, werden in ihren Beiträgen zum Wohlergehen von Kindern im Sinne eines verbesserten Kinderschutzes meist übersehen. Zudem besteht für die verschiedenen Akteursgruppen eine unterschiedlich stark ausgeprägte Nähe zur Kinder- und Jugendhilfe, die Einfluss auf die Umsetzung des BKiSchG haben kann. Darüber hinaus sind verschiedene Akteursgruppen des Gesundheitswesens auf unterschiedliche Weise in institutionelle Kontexte eingebunden, womit für sie differierende Möglichkeiten bestehen, sich über die Konsequenzen aus dem BKiSchG für

ihre Arbeit klarzuwerden. Diese Unterschiede wurden für die Auswahl der Befragungsteilnehmenden nach Möglichkeit berücksichtigt.

An der Fokusgruppe nahmen insgesamt zehn Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der klinischen Kinder- und Jugendmedizin, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Geburtshilfe und der Familienhebammen, der Kinderchirurgie, der medizinischen Fachberufe, des Krankenhaussozialdienstes, der Rechtsmedizin und der Kassenärztlichen Vereinigung teil. Vertreten war ebenfalls ein Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin. Darüber hinaus waren Vertreterinnen und Vertreter aus Gesundheitsamt, Gesundheitsdienst und niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte für die Fokusgruppe angefragt worden, die jedoch nicht an der Veranstaltung teilnahmen.

Ziel der Fokusgruppe war es, aktuelle Diskussionen im Zusammenhang mit dem BKiSchG in der fachlichen Praxis des Gesundheitswesens zu explorieren und aus unterschiedlichen Perspektiven erste Eindrücke zu bisherigen Wahrnehmungen und Erfahrungen zu erhalten. Zudem wurden thematische und methodische Sondierungen für weitere Erhebungen im Gesundheitswesen sowie die Identifizierung bestimmter Berufsgruppen und Arbeitsbereiche vorgenommen, die im weiteren Projektverlauf in die Erhebungen einbezogen wurden. Hierfür wurden folgende Fragestellungen diskutiert:

- Wie wird das BKiSchG in den jeweiligen Arbeitsfeldern wahrgenommen?
- Welche Erfahrungen gibt es bislang mit den Regelungen des § 4 KKG?
- Inwieweit werden hinsichtlich der Weitergabe von Informationen an das Jugendamt Veränderungen wahrgenommen?
- Welche Bereiche und/oder Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens müssen in weitere Erhebungen einbezogen werden, um Aussagen über intendierte und auch nicht intendierte Wirkungen des BKiSchG machen zu können?

Die Fokusgruppe diskutierte im DJI an einem Nachmittag und dem darauf folgenden Vormittag. Die Diskussion mit den Teilnehmenden produzierte Auswertungsmaterial im Umfang von über fünf Stunden.

2.2 Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten

Mittels eines Experteninterviews und einer Fokusgruppe wurde die Perspektive von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten erfasst. Niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bekommen tagtäglich Kinder und Jugendliche zu Gesicht, sei es im Rahmen von Regelterminen wie beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen oder im Falle von Erkrankungen. Sie stehen meist in einem jahrelangen, manchmal auch jahrzehntelangen Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten und arbeiten entweder alleine als Einzelperson in ihrer Praxis oder in ärztlichen Gemeinschaftspraxen. Aufgrund einer fehlenden Einbindung in größere

Institutionen haben sie meist keine oder nur eingeschränkte Möglichkeiten, sich bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung zeitnah in einem (einrichtungsinternen und interdisziplinären) Team auszutauschen und sich zum weiteren Vorgehen zu beraten. Zudem sind sie bei der Aufgabe, sich über aktuelle fachliche und rechtliche Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten, mehr oder weniger auf sich allein gestellt.

Für die Befragung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte musste ein Format gefunden werden, das dieser selbstständig tätigen Berufsgruppe erlaubte, unter Berücksichtigung ihrer knappen zeitlichen Ressourcen ohne großen zusätzlichen Aufwand teilzunehmen. Daher wurde die Idee entwickelt, eine Fokusgruppe im Rahmen eines regulär stattfindenden Qualitätszirkels durchzuführen, an dem die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte abends außerhalb ihrer Praxisöffnungszeiten in regelmäßigen Abständen teilnehmen. Ein erster Versuch zur Durchführung einer Fokusgruppe im Rahmen eines Qualitätszirkels scheiterte, da die festgelegten Termine innerhalb des bis Ende des Jahres 2014 begrenzten Erhebungszeitraums bereits mit anderen Themen besetzt waren. Auf Anfrage erklärte sich der zuständige Qualitätszirkelmoderator jedoch mit einem Experteninterview einverstanden. Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung als praktizierender Kinder- und Jugendarzt und seiner Funktion als Moderator eines Qualitätszirkels war davon auszugehen, dass er über die entsprechende Expertise zur Beantwortung der Fragen des Projektes verfügte und in die Antworten auch Erfahrungen von Kolleginnen und Kollegen aus dem Qualitätszirkel einfließen lassen würde.

In einem weiteren Anlauf war es über den bayerischen Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte möglich, Kontakt zu einem Qualitätszirkelmoderator aufzunehmen. Über diesen konnte schließlich im Rahmen eines Qualitätszirkeltermins eine Fokusgruppe mit sieben niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten aus Bayern durchgeführt werden. Dieser Rahmen trug dazu bei, dass an der Fokusgruppe – im Unterschied zu den anderen qualitativen Befragungen – auch Personen teilnahmen, die bislang kaum Erfahrung mit Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung gemacht hatten.

Die Befragungen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte fokussierten insbesondere folgende Inhalte:

- Wissen um die gesetzlichen Regelungen des § 4 KKG
- Erfahrungen und Vorgehen in Fällen mutmaßlicher Kindeswohlgefährdung
 - Erörterung der Situation mit dem Kind bzw. Jugendlichen und Eltern und das Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen
 - Inanspruchnahme von Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft und Gefährdungseinschätzung
 - Einbezug des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung
- Kooperation im Kinderschutz

Die Fokusgruppe wurde an einem Abend durchgeführt. Die Diskussion mit

den Teilnehmenden bietet Auswertungsmaterial im Umfang von knapp zwei Stunden. Das Interview dauerte knapp eineinhalb Stunden.

2.3 Befragung von Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken

Eine weitere Fokusgruppe wurde mit Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken durchgeführt. Kinderschutzgruppen an Kliniken werden dann hinzugezogen, wenn Kinder beispielsweise mit Verletzungen wie etwa schweren Frakturen oder Schütteltraumata, die sich auf eine körperliche Misshandlung zurückführen lassen, in die Klinik aufgenommen werden oder sich Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung während eines stationären Aufenthalts zeigen. Kinderschutzgruppen setzen sich aus unterschiedlichen Disziplinen und Fachrichtungen zusammen, z. B. Pädiatrie, Chirurgie, Radiologie, Psychologie und Soziale Arbeit. Solch eine Zusammensetzung ermöglicht den interdisziplinären Austausch über wahrgenommene Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sowie über das weitere Vorgehen. Zudem verbreiten sich Informationen über neue Entwicklungen im Kinderschutz relativ schnell, beispielsweise über die Teilnahme eines Kinderschutzgruppenmitglieds an einer Fortbildung und dem anschließenden Hineintragen der neuen Erkenntnisse und Informationen in das eigene Team.

Für die Auswahl der Vertreterinnen und Vertreter wurden zunächst Kinderkliniken in allen Bundesländern recherchiert und deren Homepages auf Informationen zu einer in der Klinik tätigen Kinderschutzgruppe durchsucht. Eine Übersicht von Kinderschutzgruppen an Kliniken der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin ergänzte die Recherchen des Projektes (vgl. AG KiM 2015). Aus den recherchierten Kinderschutzgruppen wurde eine Auswahl getroffen, sodass aus möglichst vielen Bundesländern Vertreterinnen und Vertreter aus Kliniken in unterschiedlicher Trägerschaft und mit einer unterschiedlichen Größe des Einzugsgebietes eingeladen wurden. Zur Teilnahme an der Fokusgruppe waren insgesamt 13 Vertreterinnen und Vertreter aus Kinderschutzgruppen in elf Bundesländern eingeladen, von denen letztlich neun Vertreterinnen und Vertreter aus Kinderschutzgruppen an Kliniken in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft aus acht Bundesländern (Nord, Süd, Ost, West, Flächenländer und Stadtstaaten) teilnahmen. Mit diesen wurden ebenfalls die bereits aufgeführten Themen (vgl. Kapitel 2.2) diskutiert. Die Fokusgruppe fand an einem Nachmittag und dem darauf folgenden Vormittag im DJI statt. Die Diskussion mit den Teilnehmenden bietet Auswertungsmaterial im Umfang von knapp sechs Stunden.

2.4 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an Kliniken

Die Perspektive von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde ebenfalls im Rahmen einer Fokusgruppe erfasst. Sie können in sehr unterschiedlichen Kontexten mit mutmaßlichen Kinderschutzfällen konfrontiert werden, beispielsweise wenn ein bereits gefährdetes Kind oder Jugendlicher bzw. eine Jugendliche in eine Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wird, wenn während der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten dahinterliegende Ursachen auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch hindeuten oder wenn sie von Jugendämtern zur Abklärung einer möglichen Kindeswohlgefährdung um Stellungnahmen gebeten werden. Ebenso wie Ärztinnen und Ärzte an Kliniken mit Kinderschutzgruppen, so haben auch Fachärztinnen und -ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an Kliniken die Möglichkeit, sich in einem kollegialen Team auszutauschen. Sie arbeiten unter Einbezug der Bezugspersonen und des näheren Umfeldes eines Kindes bzw. eines/einer Jugendlichen und im Unterschied zu Kinderschutzgruppen an Kliniken in der Regel über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder sogar Jahren mit der Familie zusammen. Zudem umfasst ihre Arbeit in den meisten Fällen auch die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe.

Für die Auswahl der eingeladenen Vertreterinnen und Vertreter diente die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., die eine Suchfunktion und Übersicht zu den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland bereitstellt (vgl. DGKJP 2015). Über diese wurden Vertreterinnen und Vertreter aus (Tages-)Kliniken und Ambulanzen in unterschiedlicher Trägerschaft aus allen Bundesländern ausgewählt. Zur Fokusgruppe waren insgesamt 16 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eingeladen. Insgesamt nahmen an der Fokusgruppe acht Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus Ambulanzen, Tageskliniken und Kliniken in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft aus sieben Bundesländern (Nord, Süd, Ost, West, Flächenländer und Stadtstaaten) teil. Auch mit diesen wurden die bereits genannten Themen (vgl. Kapitel 2.2) diskutiert. Da sie in ihrer Arbeit von Jugendämtern auch mit der Erstellung von Gutachten beauftragt werden, wurde mit ihnen zusätzlich ihre Rolle als Expertinnen und Experten im Kinderschutz erörtert. Die Fokusgruppe fand an einem Nachmittag und dem darauf folgenden Vormittag im DJI statt. Die Diskussion mit den Teilnehmenden bietet Auswertungsmaterial im Umfang von knapp sechs Stunden.

2.5 Befragung von übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens

Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern, medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden aus Bereichen des Gesundheitswesens kommt als übergeordneten Organisationen eine wichtige Funktion hinsichtlich der fachlichen Entwicklung der Praxis und bei der Umsetzung gesetzlicher Regelungen zu, indem sie gesetzliche Änderungen systematisch beobachten und interpretieren, wie diese die Praxis ihrer Mitglieder verändern sollen, um dann auf dieser Basis über die berufsrelevanten Entwicklungen zu informieren.

Im Rahmen der Untersuchungen des Projektes wurde eine quantitative Online-Befragung dieser Organisationen durchgeführt, um Erkenntnisse darüber zu erhalten, welche Aktivitäten das BKiSchG auf diesen Ebenen bislang, z. B. in Form von Informationen an Mitglieder, ausgelöst hat und welchen (Weiter-)Entwicklungsbedarf diese Organisationen ggf. sehen, damit Kinderschutz in der Praxis ihrer Mitglieder besser umgesetzt werden kann.

Insgesamt wurden 151 übergeordnete Organisationen um ihre Teilnahme an der Online-Befragung gebeten. Kammern und Verbände wurden soweit möglich auf Landesebene einbezogen, da diese näher an der konkreten Praxis ihrer Mitglieder sind und auch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen planen. Bundesweit tätige Verbände und Kammern wurden dann einbezogen, wenn diese nicht auf Landesebene organisiert waren oder von angeschriebenen und auf Landesebene wirkenden Organisationen explizit rückgemeldet wurde, dass die bundesweite Ebene einbezogen werden sollte. Für die Auswahl der einzubeziehenden medizinischen Fachgesellschaften wurden in Rücksprache mit dem wissenschaftlichen Beirat des Projektes solche Organisationen ausgewählt, für die davon auszugehen ist, dass diese ihre Mitglieder über die gesetzlichen Regelungen des BKiSchG informiert haben sollten, weil sie einen pädiatrischen Schwerpunkt aufweisen oder einen Fachbereich abdecken, in dessen Rahmen die zugehörigen Fachleute relativ häufig und regelmäßig auch mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen. Gleiches galt für die Auswahl der Berufsverbände aus dem Gesundheitswesen. Die einbezogenen medizinischen Fachgesellschaften wurden aus den Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und darüber hinaus recherchierten medizinischen Fachgesellschaften ausgewählt.

Die Organisationen wurden ein halbes Jahr vor Beginn der Befragung postalisch über die geplante Befragung informiert. Eine Woche vor Beginn der Befragung wurde ihnen der Fragebogen als PDF-Dokument zugesandt. Die Erhebung wurde von Anfang Dezember 2014 bis Anfang Februar 2015 durchgeführt. Es beteiligten sich insgesamt 62 Organisationen an der Befragung, was einer Rücklaufquote von 41 % entspricht. Die Beteiligung dieser Organisationen spricht dafür, dass diese dem Thema Kinderschutz einen gewissen, wenn nicht sogar hohen Stellenwert für sich selbst sowie für die

Arbeit ihrer Mitglieder beimessen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die um Teilnahme gebetenen Organisationen sowie die Rücklaufquote.

Tabelle 1: Um Teilnahme gebetene Organisationen und Rücklaufquote

Organisationen	Um Teilnahme gebeten	Teilgenommen	Rücklaufquote
Ärztckammern	18	10	56%
Psychotherapeutenkammern	12	8	67%
Medizinische Fachgesellschaften	34	17	50%
Berufsverbände auf Bundesebene	14	5	36%
Berufsverbänder auf Landesebene*	73	22	30%
Insgesamt	151	62	41%

*Beinhaltet auch Berufsverbände, die für mehr als ein Bundesland zuständig sind
Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015

Bei den Personen, die den Fragebogen stellvertretend für ihre Organisation ausfüllten, handelt es sich in 65 % der Fälle um ein Mitglied des Vorstandes, in 3 % der Fälle um die Geschäftsführung und in 19 % der Fälle um ein Mitglied der Organisation mit spezifischer Zuständigkeit für das Thema Kinderschutz, was ebenfalls ein Hinweis dafür ist, dass dem Thema Kinderschutz in diesen Organisationen ein nicht unbeträchtlicher Stellenwert beimessen wird. In 13 % der Fälle handelt es sich um Personen in sonstiger Funktion. Unabhängig von der jeweiligen Funktion zeigt sich, dass 52 % der ausfüllenden Personen angaben, über ihre Tätigkeit in ihrer Organisation hinaus im Kinderschutz aktiv zu sein. Dabei handelt es sich um 92 % derer, die in ihrer Organisation spezifisch für das Thema Kinderschutz zuständig sind.

Die ausfüllenden Personen sind frühestens seit 1990, spätestens seit 2015 und im Durchschnitt seit sieben Jahren in ihrer aktuellen Funktion in ihrer Organisation tätig, womit davon auszugehen ist, dass die meisten ausfüllenden Personen über einen entsprechenden Fundus an Wissen über die Aktivitäten und Entwicklungen ihrer Organisation verfügen.

3 Ergebnisse

Nachfolgend wird auf die Verbreitung kinderschutzrelevanter Informationen im Gesundheitswesen eingegangen. Dabei wird der Blick zuerst auf das Informationsverhalten von übergeordneten Organisationen im Gesundheitswesen zu Themen des Kinderschutzes gerichtet und dann auf die Information über die Regelungen des BKiSchG im Besonderen. Das Informiertsein – das Wissen um die gesetzlich verankerten Vorgaben zum Vorgehen bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung – ist insoweit von Relevanz, als dass es ein Handeln entsprechend der Vorgaben stärkt oder wahrscheinlicher macht, wenn dieses mit gesetzlichen Regelungen in Verbindung gebracht wird. Mögliche Gründe für die bislang nicht in allen Bereichen angekommene Information zu den Regelungen des BKiSchG werden anschließend dargelegt.

Im weiteren Verlauf werden Entwicklungen und Aktivitäten seit Inkrafttreten des BKiSchG sowohl auf der Ebene der übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens als auch auf Ebene der Praxis beleuchtet. Ein besonderes Augenmerk wird auf die konkreten Abläufe und die Anwendung bzw. auch Nichtanwendung gesetzlicher Vorgaben bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung gelegt. Dabei wird der Blick entsprechend des abgestuften Verfahrens nach § 4 KKG auf die Erörterung der Situation im Gespräch mit den Eltern und dem Hinwirken auf Hilfen, die Inanspruchnahme von Beratung einer insoweit erfahrenen Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung sowie auf den Einbezug des Jugendamtes gerichtet. Anhand der Vorgehensweisen der Befragten wird sichtbar, an welchen Stellen und unter welchen Bedingungen sich die Praxis dieser Akteurinnen und Akteure im Sinne des Gesetzes entwickelt, an welchen Stellen und aus welchen Gründen die Regelungen nach § 4 KKG ihre intendierte Wirkung teilweise noch nicht entfalten können, aber auch, welche nicht-intendierten Effekte auftreten.

Weiter werden die Erfahrungen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe dargelegt. Anschließend werden Herausforderungen in der interdisziplinären Kinderschutzarbeit beleuchtet, die von den Befragungsteilnehmenden diskutiert wurden. Diese betreffen die unterschiedlichen beruflichen Sprachen in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Arbeitsfelder, eine fehlende Rückmeldung über den Fallverlauf, wenn Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens das Jugendamt einbezogen haben sowie eine fehlende geregelte Finanzierung von Leistungen im Kinderschutz.

Im weiteren Verlauf werden Hinweise zu möglichen Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit aus Sicht der Befragten dargelegt. Abschließend wird darauf eingegangen, inwieweit das BKiSchG zu einer Verbesserung der Handlungs- und Rechtssicherheit beigetragen hat, also eine wichtige Intention des BKiSchG für die Akteurinnen und Akteure

des Gesundheitswesens erfüllt wird, aber auch, unter welchen Bedingungen es zu einer Verunsicherung der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens führt.

3.1 Informationsverbreitung

3.1.1 Information über kinderschutzrelevante Themen

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigen, dass übergeordnete Organisationen des Gesundheitswesens (Ärztækammern, Psychotherapeutenkammern, medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände) ihre Mitglieder meist unregelmäßig über die von ihnen genutzten Informationskanäle zu Themen des Kinderschutzes informieren. Tabelle 2 veranschaulicht, dass die meisten befragten Organisationen ihre Mitglieder im Allgemeinen über ihre mindestens monatlich aktualisierte Homepage zu aktuellen berufsrelevanten Themen informieren. Themen des Kinderschutzes im Besonderen werden unregelmäßig, nämlich dann aufgegriffen, wenn es aus Sicht der Organisationen einen Bedarf hierfür gibt. Ein kleiner Teil gibt an, über die Homepage gar nicht zu Themen des Kinderschutzes zu informieren. Über Rundschreiben und Newsletter informieren die meisten Organisationen ihre Mitglieder mindestens einmal monatlich oder vierteljährlich zu berufsrelevanten Themen. Auch in diesem Informationsmedium wird auf Themen des Kinderschutzes unregelmäßig und bei einem kleinen Anteil an Organisationen gar nicht eingegangen. Broschüren werden von den meisten Organisationen im Allgemeinen unregelmäßig als Informationsmedium genutzt und von über der Hälfte der Organisationen auch unregelmäßig zur Information ihrer Mitglieder über Themen des Kinderschutzes verwendet.

Fachliche Austauschtreffen werden von etwa einem Drittel der Organisationen im Allgemeinen mindestens vierteljährlich und von etwa genauso vielen Organisationen mindestens einmal im Jahr zur Information ihrer Mitglieder genutzt. Etwa ein Viertel der Organisationen gibt an, dass diese auch mindestens einmal im Jahr zur Information der Mitglieder zu Themen des Kinderschutzes genutzt werden. Fortbildungsveranstaltungen werden von etwa einem Drittel der Organisationen mindestens vierteljährlich und von einem weiteren Drittel mindestens einmal im Jahr zur Information ihrer Mitglieder angeboten. Etwa ein Viertel der Organisationen gibt an, dass diese auch mindestens einmal im Jahr zur Information über Themen des Kinderschutzes genutzt werden. Auf Tagungen und Kongressen findet eine Information der Mitglieder zu berufsrelevanten Themen von etwa zwei Dritteln der befragten Organisationen mindestens einmal im Jahr statt. Ein Drittel der Organisationen informiert ihre Mitglieder auf Tagungen und Kongressen auch mindestens einmal im Jahr über Themen des Kinderschutzes.

Tabelle 2: Häufigkeit, mit der die Organisationen mittels bestimmter Informationsmöglichkeiten im Allgemeinen und zu Themen des Kinderschutzes informieren (Angaben in Prozent)

Nutzung bestimmter Möglichkeiten zur Information		Mind. Monatlich	Mind. Vierteljährlich	Mind. einmal im Jahr	Unregelmäßig/ bei Bedarf	Gar nicht	Keine Angabe
Rundschreiben/Newsletter	Allgemein	37	37	11	10	0	5
	Zu Themen des Kinderschutzes	5	11	5	66	7	7
Broschüren	Allgemein	13	15	8	37	15	13
	Zu Themen des Kinderschutzes	2	3	2	55	27	11
Aktualisierte Homepage	Allgemein	74	7	2	10	7	2
	Zu Themen des Kinderschutzes	10	8	5	61	13	3
Fachliche Austauschtreffen	Allgemein	21	31	32	13	0	3
	Zu Themen des Kinderschutzes	0	13	26	36	11	15
Fortbildungsveranstaltungen	Allgemein	23	32	34	8	2	2
	Zu Themen des Kinderschutzes	0	5	26	48	11	10
Tagungen/Kongresse	Allgemein	3	18	63	13	0	3
	Zu Themen des Kinderschutzes	0	3	32	47	8	10

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015, n = 62

Über die aufgeführten Informationsmöglichkeiten hinaus werden für die Information über berufsrelevante Themen Online-Informationsmöglichkeiten wie Facebook, Twitter oder ein blogähnliches Forum benannt sowie regelmäßig erscheinende Mitteilungsorgane, Fachzeitschriften, die Öffentlichkeitsarbeit und auch die Information im Einzelfall über das Telefon. Speziell für die Information zu Themen des Kinderschutzes werden über die im Fragebogen aufgeführten Informationsmöglichkeiten hinaus die Veranstaltung von Workshops, die Organisation von Arbeitsgemeinschaften, ein verbandeigenes Intranet mit täglich aktuellen Informationen, ein Praxisleitfaden zum Kinderschutz, die Öffentlichkeitsarbeit, Mitarbeit in und Unterstützung von Projekten, Unterstützung bei der Erstellung von E-Learning-Programmen, Klausurtagungen und Kamingespräche zu entsprechenden Themen sowie auch anlassbezogene Einzelberatung genannt.

Damit steht den Organisationen eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Verfügung, ihre Mitglieder mit Informationen zu erreichen. Diejenigen Organisationen, die Angaben zu ihrer Mitgliederzahl machen (n=54), verfügen über mindestens 120 und maximal 78.000 Mitglieder. Im Durchschnitt hat eine Organisation knapp 10.000 Mitglieder, womit diese übergeordneten

Organisationen eine Vielzahl an Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen mit Informationen erreichen können. Im Allgemeinen werden fast alle der im Fragebogen aufgeführten Möglichkeiten von den meisten Organisationen in regelmäßigen, wenn zum Teil auch in zeitlich großen Abständen zur Information ihrer Mitglieder über berufsrelevante Themen genutzt. Die Information über Themen des Kinderschutzes im Besonderen erfolgt überwiegend unregelmäßig. Lediglich Informationsmöglichkeiten, bei denen eine persönliche Ansprache und ein persönlicher Kontakt möglich ist (fachliche Austauschtreffen; Tagungen und Kongresse; Fortbildungen), werden im Vergleich zu anderen Informationsmöglichkeiten von einer etwas größeren Anzahl an befragten Organisationen regelmäßig, nämlich mindestens einmal jährlich, zur Information über Themen des Kinderschutzes genutzt. Allerdings gibt es auch bei den schriftlichen Informationsmöglichkeiten – abgesehen von der Verwendung von Broschüren – keine nennenswert hohen Anteile an Organisationen, die das Thema Kinderschutz gar nicht aufgreifen.

Insgesamt wird deutlich, dass das Thema Kinderschutz auf unterschiedlichen Informationskanälen von den meisten Organisationen unregelmäßig thematisiert wird. Allerdings lassen die Ergebnisse der Untersuchung keine Aussagen darüber zu, wie regelmäßig andere Themenfelder Inhalt der Informationen sind. Eine unregelmäßige Information über Themen des Kinderschutzes überrascht insofern nicht, als dass neue Erkenntnisse und Entwicklungen in diesem Bereich auch nicht in regelmäßigen Abständen erzielt werden bzw. erfolgen.

3.1.2 Information über die Regelungen des BKiSchG

Die qualitativen Befragungen zeigen, dass die Befragungsteilnehmenden überwiegend davon berichten, selbst zumindest über die Regelungen des § 4 KKG informiert zu sein (Fokusgruppe_V1; 6; H1; Fokusgruppe_V1; 7; F1; Fokusgruppe_V1; 22; F4; Fokusgruppe_KSG1; Fokusgruppe_KSG1; 277 F2; Fokusgruppe_KSG1; 278; H3; Fokusgruppe_KSG1; 281; H4; Fokusgruppe_KSG1; 283; F1; Fokusgruppe_KSG1; 297; H1; Interview_KJA; 115-116; H1). Allerdings nimmt ein Teil von ihnen sowohl im eigenen als auch in anderen Berufsfeldern des Gesundheitswesens wahr, dass bislang kaum Kenntnisse über die gesetzlichen Neuerungen bestehen (Fokusgruppe_V1; 6; H1; Fokusgruppe_V1; 11; H2; Fokusgruppe_V1; 15; F3; Fokusgruppe_V1; 28-29; H2; Interview_KJA; 151; H1). Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den Befragungsteilnehmenden um Personen handelte, die sich in besonderer Weise für das Thema Kinderschutz interessieren, deshalb für die Thematik sensibilisiert und – davon ist auszugehen – eher über aktuelle Entwicklungen im Kinderschutz informiert sind als andere in ihrer Berufsgruppe. Für die zumindest bis zum Erhebungszeitpunkt wenig verbreitete Kenntnis über die gesetzlichen Neuerungen durch das BKiSchG bei Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens lassen sich verschiedene Gründe erkennen.

Zum einen fühlen sich manche Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens von den Regelungen des BKiSchG nicht angesprochen, weil bei ihnen der Eindruck entstanden ist, es habe in erster Linie Gültigkeit für die Kinder- und Jugendhilfe, nicht aber für das Gesundheitswesen (Fokusgruppe_V1; 16; H1; Fokusgruppe_V1; 103; H3). Wie folgendes Zitat zeigt, resultiert dieser Eindruck daraus, dass Berufsgruppen aus der Medizin in dem Gesetz kaum explizit genannt werden:

„(...) es geht die Mediziner fast nichts an, das sind nur zwei Paragraphen drin oder zweieinhalb, wo überhaupt Mediziner, medizinisches Personal genannt ist, Familienhebammen tauchen wohl gemerkt ein bisschen häufiger auf, aber alles andere taucht eigentlich nicht auf. Es gibt eigentlich nur den Paragraphen 4, der wirklich eine Relevanz hat für Mediziner, (...)“ (Fokusgruppe_V1; 132; H1)

Dieser Eindruck wird auch dadurch bestätigt, dass die veränderten gesetzlichen Regelungen in Aus- und Fortbildungen bisweilen noch nicht überall thematisiert werden (Fokusgruppe_V1; 11; H2; Fokusgruppe_V1; 79; H2). Eine fehlende Verankerung des Kinderschutzes in der beruflichen Identität mancher Akteurinnen und Akteure – benannt wird dies konkret für die medizinischen Fachberufe (Fokusgruppe_V1; 138; H2) – könnte zudem ursächlich dafür sein, dass die Notwendigkeit, sich mit den aktuellen Entwicklungen im Kinderschutz zu befassen, nicht gesehen wird.

Zum anderen zeigt sich bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten – kaum überraschend und sicherlich auch auf weitere Berufsgruppen übertragbar –, dass sich diese bei weniger häufig anzutreffenden Konstellationen in ihrer beruflichen Praxis beim Handeln eher auf ihr Rechtsgefühl verlassen, als die aktuelle gesetzliche Grundlage systematisch zu eruieren. Diese spielt offensichtlich eine nachgeordnete Rolle, sodass eine genauere Auseinandersetzung mit der rechtlichen Situation erst stattfindet, wenn das eigene Handeln noch einmal reflektiert wird, wie der folgende Diskussionsausschnitt exemplarisch zeigt:

„Also ich habe so das Gefühl, das [etwas zu unternehmen, d. Verf.] ist irgendwie unser Ethos als Kinder- und Jugendarzt, das hat nichts mit irgendeinem Gesetz zu tun. Und deshalb wir, wir machen das auch nicht nach irgendeinem, wir kennen im Zweifelsfall die Gesetze auch nicht, sondern wir haben so das Gefühl, wir sind zustä- oder verantwortlich, wir übernehmen Verantwortung. Das hat was damit zu tun, nicht mit Gesetzen. Das mit dem Gesetz hat eher was damit zu tun, dass ich dann hinterher nicht verklagt werden will. Gut, und dass ich, im Hinterkopf bin ich froh, dass ich dann weiß, ich kann hinterher nicht verklagt werden. Ob das dann in dem Moment jetzt meine Handlung beeinflusst, weiß ich gar nicht, sondern das hängt dann vielleicht irgendwo noch im Hintergrund, ich bin froh, dass ich nicht verklagt werden kann, aber ob ich das ... vielleicht würde ich es trotzdem machen so ungefähr, ja, also, ich glaube so, gut.“ (Fokusgruppe_KJA; 169; H4)

Darüber hinaus wurde deutlich, dass sich Ärztinnen und Ärzte teilweise auch ähnlich oder entsprechend dem in § 4 KKG beschriebenen, abgestuften Vorgehen in mutmaßlichen Kinderschutzfällen verhalten, ohne dass sie

unbedingt wissen, dass die gesetzlichen Regelungen des BKiSchG die Grundlage für ihr Vorgehen sind. Ein Beispiel hierfür ist, dass die neuen gesetzlichen Regelungen teilweise zu einer aktiven Information der Ärzteschaft über die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer anonymisierten Beratung geführt haben, ohne aber dass kommuniziert wurde, dass es sich bei der Ansprechperson um eine insoweit erfahrene Fachkraft handelt und diese nun infolge des BKiSchG beratend zur Verfügung steht (Fokusgruppe_KJÄ; 97; H2; Fokusgruppe_KJÄ; 98; F4; Fokusgruppe_KJÄ; 101; H5; Fokusgruppe_KJÄ 161; H2). Offen bleiben muss an dieser Stelle, ob sich die Ärztinnen und Ärzte in jedem Fall an dieses abgestufte Vorgehen halten, wenn ihnen nicht bewusst ist, dass dieses so auch gesetzlich festgeschrieben ist.

Aus den Diskussionen mit den Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken wird deutlich, dass die Aufgabe der Information über die Regelungen des BKiSchG innerhalb des großen Bereichs des Gesundheitswesens auf recht unterschiedlichen Wegen erfolgt, z. B. durch eine Ansprechperson bei einem kommunalen Amt für Soziale Dienste, über ein Sozialministerium auf Landesebene oder über Arbeitsgruppen zum Kinderschutz (Fokusgruppe_KSG1; 277; F2; Fokusgruppe_KSG1; 281; H4; Fokusgruppe_KSG1; 289; H4). Es fehlt also bisher an einer bundesweiten systematischen Information über das BKiSchG. Damit ist nicht gewährleistet, dass die Adressatinnen und Adressaten des Gesetzes von den für sie geltenden Regelungen erfahren.

Eine Notwendigkeit und Möglichkeit, über das BKiSchG zu informieren und damit viele Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen zu erreichen, sehen die Befragten in dessen Thematisierung in Aus- und Fortbildungen. Inzwischen werden die gesetzlichen Regelungen in einzelnen Ausbildungs- bzw. Studiengängen sowie in Fort- und Weiterbildungen behandelt (Fokusgruppe_KSG2; 48; H4; Fokusgruppe_KJP2; 24; H3; Interview_KJA; 115-116; H1; Interview_KJA; 124; H1). Neben der zunehmenden Thematisierung von Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz in der Aus- und Fortbildung werden aber auch Jugendämter (Fokusgruppe_V1; 116; F5) und übergeordnete Organisationen aus Bereichen des Gesundheitswesens wie z. B. entsprechende Berufsverbände in der Verantwortung gesehen, das Thema Kinderschutz in das Bewusstsein der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens zu rücken (Fokusgruppe_V1; 79; H2; Fokusgruppe_V1; 138; H2; Fokusgruppe_V1; 144; H2; Fokusgruppe_V1; 148; F4; Fokusgruppe_V4; 13; H2).

Tabelle 3 gibt einen Überblick darüber, wie viele der befragten übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens der in den qualitativen Befragungen deutlich gewordenen Erwartung nachkommen, ihre Mitglieder über das BKiSchG zu informieren.

Tabelle 3: Information der Mitglieder über das BKiSchG

Information der Mitglieder über die berufsrelevanten Regelungen des BKiSchG	Häufigkeit der Zustimmung
Wir haben allgemein über das Bundeskinderschutzgesetz informiert.	63%
Wir haben über § 4 KKG informiert.	50%
Wir haben über § 8b SGB VIII informiert.	39%
Wir haben über das Bundeskinderschutzgesetz bislang nicht informiert.	19%
Kann ich nicht beantworten	10%
Keine Angabe	3%

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015, n = 62

Etwa zwei Drittel der befragten Organisationen haben ihre Mitglieder allgemein über das BKiSchG und die Hälfte aller befragten Organisationen hat ihre Mitglieder über die Regelungen des § 4 KKG im Besonderen informiert. Die Regelung des § 8b SGB VIII wurde von 39 % der Organisationen kommuniziert. Knapp 20 % der befragten Organisationen gaben an, bislang nicht über das BKiSchG informiert zu haben.

Im Vergleich der Organisationen zeigt sich, dass innerhalb der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern die meisten über die Regelungen des § 4 KKG informiert haben (80 % der teilnehmenden Ärztekammern; 75 % der teilnehmenden Psychotherapeutenkammern). Damit haben diese signifikant häufiger dazu beigetragen, die Regelungen des § 4 KKG bekannt zu machen als Berufsverbände (48 %) und medizinische Fachgesellschaften (24 %) ($p < 0,05$). Dies könnte damit in Zusammenhang stehen, dass Ärztekammern und Psychotherapeutenkammern es häufiger als ihre Aufgabe benennen, die Berufsausübung ihrer Mitglieder und so auch die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben zu überwachen ($p < 0,01$), womit sie auch ein größeres Interesse an der Information ihrer Mitglieder über die gesetzlichen Neuerungen haben dürften.

Über die Regelungen des § 8b SGB VIII hatten insbesondere die Psychotherapeutenkammern informiert (75 %), bei den Ärztekammern liegt dieser Anteil mit 40 % niedriger und ungefähr genauso hoch wie bei den Berufsverbänden (41 %). Von den befragten medizinischen Fachgesellschaften haben sich lediglich noch 18 % dieser Aufgabe angenommen. Da bereits in der Entstehungsgeschichte des BKiSchG das Vorgehen und die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt für Berufsheimlichkeitsverstoß aus dem Gesundheitswesen in besonderer Weise im Fokus stand und von diesen eine bundeseinheitliche Regelung gefordert wurde, überrascht es nicht, dass eine Information über die Regelungen des § 4 KKG vergleichsweise häufiger erfolgte und dem Beratungsanspruch zur Entwicklung von Schutzkonzepten nach § 8b SGB VIII weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zu berücksichtigen ist auch, dass Schutzkonzepte auf den Einsatz beispielsweise an Kliniken oder Großpraxen zielen und jede Entwicklung und Neuerung dort mit Kosten verbunden ist. Auch ein fehlendes Problembewusstsein könnte für die vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit für § 8b SGB VIII ursächlich sein. Umso wichtiger erscheint eine Information über die Regelung des § 8b SGB VIII.

Betrachtet man die unterschiedlichen Organisationen für sich, so zeigt sich, dass sowohl von den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern als auch von den Berufsverbänden, die über das BKiSchG ganz allgemein informiert hatten, die meisten auch über § 4 KKG im Spezifischen informierten (88 % der Ärztekammern; 83 % der Psychotherapeutenkammern; 80 % der Berufsverbände). Bei den medizinischen Fachgesellschaften, die über das BKiSchG informiert hatten, waren es lediglich 44 %, die auch über die Regelungen des § 4 KKG im Besonderen informierten.

Diejenigen Organisationen, für die stellvertretend eine Person mit spezifischer Zuständigkeit für das Thema Kinderschutz an der Befragung teilnahm (n=12), hatten fast alle (92 %) über die Regelungen des BKiSchG informiert. Bei Organisationen ohne eine Person mit spezifischer Zuständigkeit für das Thema Kinderschutz waren es hingegen 62 %, die ihre Mitglieder informiert hatten. Es zeigt sich also: Wenn es eine Person mit spezifischer Zuständigkeit für das Thema Kinderschutz gibt, dann wird dem Thema auch entsprechende Relevanz beigemessen und den Mitgliedern werden vergleichsweise häufiger Informationen zur Verfügung gestellt ($p < 0,05$).

Doppelt so viele Organisationen, in denen die ausfüllende Person über ihre Tätigkeit in der Organisation hinaus im Kinderschutz aktiv ist, haben ihre Mitglieder über das BKiSchG informiert wie Organisationen, in denen die Person nicht über ihre Tätigkeit in der Organisation hinaus im Kinderschutz aktiv ist (88 % vs. 46 %). Kaum überraschend macht sich ein Engagement der zuständigen Personen im Kinderschutz auch in einer häufigeren Berichterstattung positiv bemerkbar ($p < 0,01$), was mit einer gesteigerten Sensibilität dieser Personen für das Thema und einem umfassenderen Wissen infolge ihres Austausches mit anderen Akteurinnen und Akteuren des Kinderschutzes zusammenhängen könnte.

3.1.3 Information als gemeinsame Aufgabe

Die Organisationen wurden nicht nur danach gefragt, ob sie selbst ihre Mitglieder über die Regelungen des BKiSchG informiert hatten, sondern auch danach, welche Organisationen (andere und auch sich selbst) sie für die Information über das BKiSchG in der Verantwortung sehen. Die meisten Organisationen sind der Ansicht, dass Ministerien und Behörden auf Bundes- und Landesebene Verantwortung tragen, über die Regelungen des BKiSchG zu informieren. An zweiter Stelle folgen Ärztekammern, die als Selbstverwaltungsorganisation der Ärztinnen und Ärzte auch über rechtliche Veränderungen informieren sollten, und die Kinder- und Jugendhilfe als fachlich für den Kinderschutz zuständige Stelle.

Tabelle 4: Organisationen, die über das BKiSchG informieren sollten

Organisationen, die über das BKiSchG informieren sollten	Häufigkeiten der Zustimmungen
Ministerien/Behörden (auf Bundes- und/oder Landesebene)	94%
Ärzttekammern	87%
Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Jugendämter)	86%
Berufsverbände	76%
Institutionen, in denen Mitglieder beschäftigt sind (z.B. Kliniken)	73%
Medizinische Fachgesellschaften	71%
Psychotherapeutenkammern	71%
Kassenärztliche Vereinigungen	69%
Psychologische/psychotherapeutische Fachgesellschaften	66%
Krankenkassen	53%

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015, n = 62

Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern, medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände unterscheiden sich hinsichtlich der Auswahl der im Fragebogen aufgeführten Institutionen und Stellen, die ihrer Ansicht nach über das BKiSchG informieren sollen, nicht grundsätzlich. Dies gilt unabhängig davon, ob sie selbst über das BKiSchG informierten oder nicht. Insgesamt wird die Aufgabe der Information über das BKiSchG also in der Verantwortung vieler verschiedener Stellen und so auch als eine gemeinsame Aufgabe gesehen.

3.2 Entwicklungen für einen verbesserten Kinderschutz

3.2.1 Aktivitäten auf Ebene der übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens

Seit Inkrafttreten des BKiSchG hat es bei den befragten übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens verschiedene Entwicklungen im Kinderschutz gegeben. So intensivierten nach eigenen Angaben 48 % ihre Aktivitäten zur Information ihrer Mitglieder über Themen des Kinderschutzes. 48 % der Organisationen schufen mehr Gelegenheiten zum fachlichen Austausch über Themen des Kinderschutzes. 18 % der Organisationen boten vermehrt Beratung zu Fragen des Kinderschutzes an und 10 % eine Telefonberatung u. a. zum Vorgehen in Kinderschutzfällen. In 18 % der Organisationen wurden seit Inkrafttreten des BKiSchG neue Gremien und Fachausschüsse gebildet, die sich mit Fragen des Kinderschutzes befassen. All diese Aktivitäten verteilen sich auf etwa drei Viertel der befragten Organisationen.

Ein Vergleich zwischen den Organisationen zeigt, dass Organisationen, die ihre Aktivitäten zur Information der Mitglieder über Themen des Kinderschutzes intensiviert haben, ihre Mitglieder auch häufiger über das BKiSchG allgemein und/oder spezifisch informierten als solche Organisa-

tionen, die ihre Aktivitäten zur Information nicht intensiviert haben (67 % der Organisationen, die ihre Aktivitäten intensiviert haben; 24 % der Organisationen, die ihre Aktivitäten nicht intensiviert haben; $p < 0,01$). Das Bilden neuer Fachausschüsse und Gremien, die sich mit Fragen des Kinderschutzes befassen, wurde ausschließlich von 27 % der Organisationen als Entwicklung angegeben, die ihre Mitglieder über die Regelungen des BKiSchG informiert haben.

So hat es seit Inkrafttreten des BKiSchG verschiedene Entwicklungen in den Organisationen gegeben, die zwar nicht allesamt ausschließlich auf das BKiSchG zurückgeführt werden können, für manche mag das BKiSchG jedoch einen zusätzlichen Impuls gegeben haben. Die Intensivierung bzw. Zunahme an Aktivitäten spricht jedenfalls dafür, dass Mitglieder dieser Organisationen und somit die handelnden Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens zunehmend Unterstützung in Fällen mutmaßlicher Kindeswohlgefährdung erhalten, womit sich die Praxis für einen verbesserten Kinderschutz im Sinne des Gesetzes entwickelt.

Mitglieder einiger weniger Organisationen erfahren zunehmend die Möglichkeit, die eigene Arbeit durch einen fachlichen Austausch zu qualifizieren und sich durch eine Beratung des eigenen Handelns zu versichern, auch wenn sie von den Organisationen über die Regelungen des BKiSchG nicht informiert wurden.

Eine Telefonberatung u.a. zum Vorgehen in Kinderschutzfällen wird von 71 % aller teilnehmenden Psychotherapeutenkammern angeboten und lediglich von 4 % der teilnehmenden Berufsverbände. Die Ärztekammern und medizinischen Fachgesellschaften bieten hingegen keine Telefonberatung an.

Geben die Organisationen an, ihre Aktivitäten zur Information über Themen des Kinderschutzes intensiviert zu haben, so stimmen diese auch häufiger den im Fragebogen vorgegebenen konkreten Entwicklungen und Aktivitäten zu. So bieten Ärztekammern, Psychotherapeutenkammern und Berufsverbände vergleichsweise häufiger Gelegenheiten zum fachlichen Austausch (jeweils $p < 0,01$). Für Berufsverbände, die angeben, ihre Aktivitäten zur Information über Themen des Kinderschutzes intensiviert zu haben, zeigt sich, dass diese zudem vergleichsweise häufiger Beratung zu Fragen des Kinderschutzes anbieten als Berufsverbände, die ihre Informationsaktivitäten nicht intensiviert haben ($p < 0,01$).

Es wäre darüber nachzudenken, wie auch Organisationen, die sich bislang nicht oder kaum mit Themen des Kinderschutzes befasst haben und keine Information ihrer Mitglieder vorgenommen sowie keine weiteren Aktivitäten für einen verbesserten Kinderschutz unternommen haben, stärker als bisher für die Kinderschutzthematik sensibilisiert werden können.

3.2.2 Entwicklungen auf Ebene der Praxis

„(...) von meiner Einschätzung her oder vom Gefühl her, ja, was man hat in der Praxis, dass vielleicht in dem Bundeskinderschutzgesetz Dinge versucht wurden, etwas klarerzustellen, etwas besser zu standardisieren, die aber, glaube ich, vorher im Wesentlichen auch nicht anders waren. Das ist so mein Eindruck.“ (Interview_KJA; 120; H1)

Dieses Zitat eines niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes verdeutlicht, dass er sich durch die klarer formulierten Regelungen des § 4 KKG und der besseren Standardisierung in seinem bisherigen Handeln bestätigt und sich demnach entsprechend der gesetzlichen Intention in seiner Handlungssicherheit gestärkt fühlt. Gleichzeitig spiegelt das Zitat einen breiten Konsens der befragten Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens wider, die bereits Erfahrung mit Fällen mutmaßlicher Kindeswohlgefährdung gesammelt haben und sich selbst entsprechende Kenntnisse und Kompetenzen im Kinderschutz zusprechen. Diese nehmen durch das Inkrafttreten des BKiSchG kaum Veränderungen in ihrer Arbeit im Kinderschutz wahr (Fokusgruppe_V1; 6; H1 Fokusgruppe_V1; 9; F1; Fokusgruppe_V3; 8; H2; Fokusgruppe_V3; 9; H3; Fokusgruppe_V3; 16; F6; Fokusgruppe_KSG1; 325-326; H3 - Fokusgruppe_KSG1; 327; H4; Fokusgruppe_KSG1; 419-420; F2 Fokusgruppe_KSG1; 421; H2 Fokusgruppe_KSG1; 425; H4; Fokusgruppe_KSG2; 15; F2 Fokusgruppe_KSG2; 21; F4; Fokusgruppe_KSG2; 40-41; H4; Fokusgruppe_KJP1; 229; H3; Fokusgruppe_KJÄ; 169; H4; Fokusgruppe_KJÄ; 171; F4; Fokusgruppe_KJÄ; 173; H5).

Für diese Wahrnehmung lassen sich verschiedene Erklärungen finden. Aus Sicht der Befragten hat es viele Entwicklungen bereits vor Inkrafttreten des BKiSchG gegeben, sodass Veränderungen nicht auf das Gesetz zurückgeführt werden:

„Das sind alles Sachen, die es schon vor dem Kinderschutzgesetz gegeben hat, gibt es nach dem Kinderschutzgesetz, das Kinderschutzgesetz hat daran nur sehr, wirklich nur marginal an der einen oder anderen Stelle etwas gedreht, das war sozusagen das, was mir aufgefallen ist. Und das, was passiert, nichts mit dem Gesetz zu tun hat (...)“ (Fokusgruppe_V1; 87; H1)

Diejenigen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, denen § 4 KKG bekannt ist, fassen die Erörterung der Situation mit der Familie, das Hinwirken auf Hilfen sowie die Informationsweitergabe an das Jugendamt im Falle, dass die eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, als eine Festschreibung ihrer bisher in der Praxis angewandten Handlungsschritte auf, weniger als einen Anstoß zur Veränderung ihrer eigenen Arbeit (Fokusgruppe_KJÄ; 173; H5 Fokusgruppe_KJP2; 119; F3).

Wird von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens erkannt, dass das BKiSchG auch ihre Praxis im Kinderschutz gesetzlich regelt, so richtet sich deren Fokus auf § 4 KKG. Auf weitere Regelungen des BKiSchG wie den Anspruch auf Beratung zu Schutzkonzepten (§ 8b Abs. 2 SGB VIII) kamen die befragten Berufsheimnisträger aus dem Gesundheitswesen nicht von sich aus zu sprechen. Damit werden mögliche Veränderungen in der Praxis nicht vor dem gesamten Spektrum des BKiSchG

gesehen und deshalb auch nicht auf dieses zurückgeführt. Einige Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berichten auf Nachfrage, dass ihre Institution selbst etwa zeitgleich zu den gesetzlichen Entwicklungen Schutzkonzepte und Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren erarbeitet habe (Fokusgruppe_KJP2; 124; H2), sie selbst über die Regelungen des § 8b SGB VIII allerdings nicht informiert wurden (Fokusgruppe_KJP2; 124; H2; Fokusgruppe_KJP2; 131; H4; Fokusgruppe_KJP2; 132; H2). Sie gehen davon aus, dass sich der Krankenhaussträger ggf. direkt an das Landesjugendamt wende, ohne dass sie selbst dabei einbezogen würden (Fokusgruppe_KJP2; 126; H2). Stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens fühlen sich durch § 8b Abs. 2 SGB VIII offensichtlich nicht angesprochen, Beratung bei den Landesjugendämtern aufzusuchen. Im Rahmen der Fokusgruppe wird die Information über den Beratungsanspruch nach § 8b Abs. 2 SGB VIII als „hilfreicher Hinweis“ (Fokusgruppe_KJP2; 213; H7) bezeichnet und positiv aufgenommen:

„(...) ich möchte die Arbeit ja nicht unbedingt von null auf machen, sondern ich würde gerne auf Strukturen zurückgreifen (...) Gott, wir würden uns gerne beraten lassen, weil wir wollen ja nicht irgendwie das mehrere Stunden oder Wochen im (...) verbringen und selbst entwickeln (...)“ (Fokusgruppe_KJP2; 149; H2)

Angesichts dessen, dass der Beratungsanspruch nach § 8b Abs. 2 SGB VIII unter den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens nicht bekannt ist und sie sich von diesem nicht angesprochen und zur Inanspruchnahme von Beratung aufgefordert fühlen, wäre darüber nachzudenken, ob es im Rahmen fachlicher Empfehlungen oder Veränderungen in anderen Gesetzen einer Klarstellung bedarf.

Anhand von Aussagen aus der Diskussion mit Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen wird deutlich, dass diese Veränderungen durch das BKiSchG nicht für ihre eigene Arbeit, sondern eher für diejenigen Personen erwarten, denen sie weniger Kompetenzen im Kinderschutz zusprechen. Für die Zuschreibung der entsprechenden Expertise im Kinderschutz ist die Erfahrung mit Verdachtsfällen ausschlaggebend, über die aus ihrer Sicht – im Vergleich zu anderen Berufs- und Arbeitsfeldern – insbesondere sie selbst verfügen:

„Das heißt im Prinzip, dadurch, dass wir alle irgendwie schon so Fuß drin gefasst hatten, hat sich da jetzt, glaub ich, fürs Gros jetzt nicht so viel geändert. Aber die Frage ist halt, wie es für Leute ist, die sozusagen nicht eine Kinderschutzgruppe haben oder die da jetzt nicht so involviert waren vorher.“ (Fokusgruppe_KSG1; 424; F1).

„Ich glaube wirklich, dass grade auch diese Geschichte mit der Informationsweitergabe und so, dass das eher für Schule und Sportvereine und so etwas, glaub ich, mehr greift als in der Gesundheitshilfe.“ (Fokusgruppe_KSG1; 423; H2).

Bestätigt fühlen sie sich in ihrer Selbstbeschreibung dadurch, dass außer den Kolleginnen und Kollegen aus dem Krankenhaus auch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (Workshop_KSG_1; 379; F1), das Jugendamt oder die insoweit erfahrene Fachkraft mit der Bitte um eine me-

dizinische Stellungnahme an sie herantreten (Workshop_KSG_1; 373; H2).

Von Seiten der Kinderschutzgruppen werden durch das BKiSchG Veränderungen in Form eines häufigeren Einbezugs ihrer Expertise erwartet, nicht aber auf qualitativer Ebene in Form eines optimierten eigenen Handelns (Fokusgruppe_KSG1; 425; H4). Auch die Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erwarten keine Veränderungen in ihrem eigenen Handeln, sondern gehen davon aus, dass sich Wirkungen des BKiSchG in Form von zunehmenden Anfragen an ihre Expertise im Kinderschutz in quantitativer Weise zeigen müssten (Fokusgruppe_KJP1; 229; H3; Fokusgruppe_KJP1; 192; H5; Fokusgruppe_KJP1; 224; H5).

Diese Erwartungshaltung, das BKiSchG verändere insbesondere die Praxis derjenigen, denen es aus Sicht der Befragten an der notwendigen Expertise im Kinderschutz fehlt, erschwert die genauere Betrachtung des Gesetzes mit Blick auf eine Reflexion der eigenen Arbeit im Kinderschutz, sodass die Regelungen kaum als Chance zu möglichen Weiterentwicklungen in der eigenen Arbeit gesehen werden. Damit können sich die potenziellen Wirkungen der gesetzlichen Regelungen, beispielsweise auch zur Verbesserung der Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe, in ihrer Arbeit weniger gut entfalten (vgl. Kapitel zur Kooperation in Pluto et al. 2016). Anhand der Diskussionen wurde deutlich, dass die gesetzlichen Regelungen einer näheren Erläuterung und „Übersetzung“ zur Intention und Ausgestaltung, z. B. in Form von Empfehlungen oder Handlungsleitlinien, bedürfen, um ihre Wirkung in der Breite besser entfalten zu können.

3.2.3 Vorgehen bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

Nach § 4 Abs. 1 KKG sollen Berufsheimnisträger aus dem Gesundheitswesen bei der Wahrnehmung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung zunächst die Situation mit dem Kind bzw. Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtern und soweit erforderlich auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen dadurch nicht infrage gestellt wird. Bei der Gefährdungseinschätzung haben sie nach § 4 Abs. 2 KKG gegenüber dem öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung. Nur wenn die Abwendung der Gefährdung durch die bisherigen Maßnahmen nicht erreicht werden kann bzw. die Eltern keine Bereitschaft zeigen, sich helfen zu lassen oder die Berufsheimnisträger die begonnenen Strategien (z.B. alltagsnahe Unterstützung über Frühe Hilfen) für erfolglos und das Tätigwerden des Jugendamtes zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung für erforderlich halten, sind sie nach § 4 Abs. 3 KKG befugt, das Jugendamt zu informieren. Hierauf sollen sie die Betroffenen im Vorab hinweisen, es sei denn, dass der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen dadurch infrage gestellt wird.

Anhand des abgestuften Vorgehens nach § 4 KKG wird nachfolgend auf-

gezeigt, wie die befragten Berufsheimnisträger die gesetzlichen Vorgaben zum Vorgehen bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung verstehen und unter welchen Bedingungen sie diese auf welche Art umsetzen.

3.2.3.1 Aufgabe der Erörterung der Situation mit den Betroffenen und Hinwirken auf Hilfen

Hinsichtlich der Erörterung der Situation mit dem Kind bzw. Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten lässt sich feststellen, dass dies keine besondere Herausforderung für diejenigen Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz darstellt, die Gespräche mit Eltern eines Kindes auch über schwierige Themen als Teil ihrer alltäglichen Arbeit ansehen. Dies wird insbesondere bei den Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie deutlich:

*„Sie haben ja entweder die Eltern immer mit bei den Gesprächen, wenn es ambulante, also in den meisten Fällen, sind Tageskliniken, wo Eltern ja auch einbezogen werden, wo es regelhafte, enge Elterngespräche gibt, und sie haben natürlich auch im stationären Bereich immer Elterngespräche zu festen Zeitpunkten, also einmal die Woche, zweimal die Woche oder alle zwei Wochen, je nachdem. Und von daher ergibt sich das automatisch, dass man, wo ja auch ansonsten unangenehme Themen sind, nicht immer angenehm, (...) Therapie ist ja nichts Angenehmes per se. Da wird ja häufig was, geht es um Veränderungen und Ähnliches. Und in diesem Rahmen wird es dann auch besprochen natürlich, deswegen ist es nichts Außergewöhnliches im eigentlichen Sinne, auch dieses Thema dann anzusprechen. (...) Es ist jetzt kein anderer Rahmen, als wenn ich drüber sprechen muss, ob [man] eben bei einer Angststörung in Anführungszeichen die angestaunlösenden Faktoren in der Familie so ändern muss, das heißt auch von Eltern Veränderung (...), immer intimen Gesprächen, die Psyche hat immer was Intimes und (...), von daher ist das jetzt nicht so viel schambesetzter, finde ich, als viele andere Gespräche.“
(Fokusgruppe_KJP2; 16; H3)*

Bei den Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zeigt sich zudem, dass für sie auch das Hinwirken auf Hilfen als alltägliche Arbeit angesehen wird und daher keine besondere Herausforderung für sie darstellt:

„(...) es gehört zur Psychotherapie, die dazu zu bringen, das ist eine unserer Aufgaben, dass sie Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen, sag ich mal, und irgendwie gelingt uns das doch, muss ich sagen, da bin ich auch ganz stolz, in meiner Klinik recht gut, selbst bei den problematischen [Fällen, d. Verf.].“ (Fokusgruppe_KJP1; 213; H3)

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie greift also die Regelung des § 4 KKG die bereits übliche Praxis in der Zusammenarbeit mit Eltern auf, sodass es auch keiner Veränderung bisheriger Handlungsweisen bedarf. Die gesetzliche Festschreibung der Handlungsschritte wird dennoch sehr positiv bewertet, insbesondere die Information der Eltern über einen be-

vorstehenden Einbezug des Jugendamtes, da der Transparenz gegenüber Eltern aus Sicht der Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für einen gelingenden Kinderschutz besondere Bedeutung beizumessen ist:

„Ich finde diesen Schritt, dass man die Eltern informieren muss, bevor man zum Jugendamt geht, den finde ich einen wichtigen im Sinne von informierter Patient, also dass das nicht mehr so hintenberum läuft, sondern dass man dann sich auch aktiv stellen muss und sagen muss, ‚Mensch, ich mache mir so Sorgen um Ihr Kind aus diesem und jenem Grund, und ich bin da‘, also ich glaube, das hilft auch dem Patienten, ein Stück besser in die Kooperation zu kommen, da sehr aktiv mit umzugehen. Dass man die Sorge mit..., das finde ich einen guten Teil vom Gesetz. Der wirkt eher als die ganzen anderen Sachen für mich.“ (Workshop_KJP1; 192; H5)

Bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten zeigt sich sehr genau, in welchen Konstellationen ihnen ein Gespräch, in dem sie auf die Annahme weiterer, auch nicht medizinischer Hilfen hinwirken, leichtfällt und wann dies als Herausforderung eingeschätzt wird. Handelt es sich in einer Situation um eine nachvollziehbare Überforderung der Eltern und sind diese bereit, ärztliche Empfehlungen anzunehmen, dann wird die Beratung hinsichtlich anderer Hilfen ganz selbstverständlich als Teil des eigenen kinderärztlichen Auftrags verstanden. Solche Situationen werden offensichtlich auch nicht als Situationen mit Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung definiert, obwohl andere Personen zu einer solchen Einschätzung kommen könnten:

„(...) die Situationen, die Sie schildern, da fühlen wir uns nicht überfordert, sondern das ist eine Normalsituation, dass wir so das Gefühl haben, eine Familie ist mit ihrem Latein am Ende und braucht Unterstützung, und dann geben wir eine Unterstützung, geben Anleitung zur Unterstützung und so weiter. Das ist aber jetzt nicht das, wo wir uns überfordert fühlen deshalb, das ist eben jetzt auch nicht klassisch dann Kindeswohlgefährdung, sondern das ist eher dann, weiß ich nicht, eine soziale Notlage, wo man im Prinzip dann Unterstützung anbietet. Das ist irgendwie ein bisschen eine andere Schublade, (...) da fühle ich mich nicht überfordert. Das ist keine Situation, wo jemand mich fragt, wie fühlen Sie sich dabei, weil das ist, das ist meine Arbeit, da fühle ich mich gut, sicher.“ (Fokusgruppe_KJÄ; 57; H4)

Die Gesprächssituationen mit Eltern unterscheiden sich für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte insbesondere entlang der Frage, ob die Eltern von sich aus Hilfe suchen und damit von sich aus mit einem Auftrag an den Arzt bzw. die Ärztin herantreten, oder ob sich die Ärztinnen und Ärzte selbst einen Auftrag geben. So werden Gespräche mit Eltern in Fällen, in denen diese Ratschläge für eine gesunde Entwicklung erfragen, offensichtlich gut bewerkstelligt, während sich Elterngespräche dann als Herausforderung darstellen, wenn Ärztinnen und Ärzte von sich aus die Notwendigkeit sehen, aktiv zu werden:

„Also das heißt, die klassische Arztsituation ist, der Patient kommt rein oder das Kind mit seinen Eltern kommt rein und ich bekomme einen Auftrag. Und der wird mir gegenüber geäußert. Und den versuche ich zu umreißen, zu umgreifen und den zu lösen, nicht? Und Kinderschutzfälle, da ist das Problem, dass das Kind mir nicht einen Auftrag gibt, ‚Hallo Herr Doktor, ich wurde missbraucht‘. Die Mutter, die wird mir den Auftrag auch nicht geben ‚Mensch, helfen Sie mir doch zu verhindern, dass ich mein Kind immer misshandele‘, sondern das sind eben verdeckte Aufträge, die man erst mal als solche erkennen muss und die dann auch eine ganze andere Strategie der Bearbeitung erfordern. Weil es ist ganz was anderes, ob ich jetzt mit einem Eigenauftrag arbeite, den ich an der Stelle ja habe, oder ob ich mit einem Auftrag der Patienten arbeite.“ (Interview_KJÄ; 14; H1)

Unabhängig davon, wie Ärztinnen und Ärzte die Gesprächssituation bewerten, stellt sich die Frage, wie gut es ihnen gelingt, bei den Familien auf Hilfen hinzuwirken. Hierfür müssen sie über einen Überblick zu den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe verfügen. Insofern wurde auch danach gefragt, wohin Eltern vermittelt werden. Es handelt sich dabei – zumindest in der Wahrnehmung der Ärztinnen und Ärzte – um Angebote, die nicht vom Jugendamt verantwortet werden und ihnen persönlich bekannt sind. Hierbei wurden insbesondere Erziehungsberatungsstellen (Fokusgruppe_KJÄ; 58; F4; Fokusgruppe_KJÄ; 59; H5; Fokusgruppe_KJÄ; 61; H5; Fokusgruppe_KJÄ; 62; H4) genannt. Frühe Hilfen haben ebenfalls eine hohe Bekanntheit und werden von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als entlastende und für Familien niedrigschwellige Möglichkeit bewertet, diese frühzeitig zu unterstützen (Fokusgruppe_KJÄ; 67; H2).

Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens stets über alle vorhandenen Angebote informiert sind und die Eignung eines Angebots im konkreten Fall einschätzen können. Von einer Ansprechperson oder einer Stelle, die über einen systematischen Überblick zu den Hilfestrukturen vor Ort verfügt und verlässlich an die Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere auch an Angebote für Kinder über drei Jahren vermittelt, wird nicht berichtet. Es wird sichtbar, dass bislang keine systematischen Strukturen zur Vermittlung von Hilfen vorhanden sind. Damit ist nicht gewährleistet, dass Familien immer die passende und notwendige Unterstützung erhalten. Positiv hervorgehoben werden muss, dass durch den Ausbau der Frühen Hilfen und ihre große Bekanntheit und Akzeptanz bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten die Schwelle zur Vermittlung von Familien mit Kleinkindern an Angebote der Kinder- und Jugendhilfe deutlich gesunken ist.

Bei der Erörterung der Situation mit den Eltern und dem Hinwirken auf Hilfen zeigt sich, dass ein bereits länger bestehender Kontakt zur Familie je nach Fall sowohl hilfreich sein, sich aber auch als besondere Herausforderung bei der Abwägung dahingehend herausstellen kann, ob es sich um eine Kindeswohlgefährdung handeln könnte. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bekommen Kind und Eltern sowie Geschwisterkinder regelmäßig zu Gesicht und betreuen Familien manchmal bereits in der zweiten Generation

(Fokusgruppe_KJÄ; 261; F2; Fokusgruppe_KJÄ; 262; H2). Sie verfügen somit über ein Bild von den Eltern, das sich nicht nur auf eine Momentaufnahme in besonders belasteten Situationen (z. B. verletztes Kind) bezieht. Dies kann für die Gefährdungseinschätzung hilfreich sein, denn es sensibilisiert die Ärztinnen und Ärzte für Konstellationen, in denen ihnen Kindeswohlgefährdungen wahrscheinlicher erscheinen, z. B. wenn bereits in der Vergangenheit ein Verdacht in der Familie bekannt war (Fokusgruppe_KJÄ; 262; H2). Gleichzeitig kann dies aber auch dazu führen, dass Anhaltspunkte nicht ernst genommen werden, wenn Eltern beispielsweise nicht zugetraut wird, dass diese ihr Kind gefährden (Fokusgruppe_KJÄ; 11; H2). Ärztinnen und Ärzten kommen in solchen Konstellationen zu ambivalenten Einschätzungen, die ein Ansprechen der Vermutung und die Versuche, an andere Hilfen zu vermitteln, erschweren. Eine Thematisierung dieser widersprüchlichen Beobachtungen erfordert entsprechende Kenntnisse und Kompetenzen, um Eltern als Kooperationspartner zu gewinnen bzw. zu behalten.. Umso mehr ist das Ansprechen der Vermutung ihnen gegenüber mit der Sorge des Vertrauensverlustes verbunden und so auch mit der Sorge, den Zugang zum Kind und zu seinen Eltern zu verlieren:

„(...) also wie mache ich es am besten, dass sozusagen die Sache nach Möglichkeit positiv weitergeht? Das ist immer so die Grundhaltung, dass man sozusagen weiter positiv mit so wenig Welle wie möglich und so viel Welle wie nötig, sage ich mal, die Geschichte wieder beruhigt, ja? Wir sind ja – und ja, und da ist immer hilfreich, sozusagen in eine gute Kooperation mit den Eltern zu kommen. Das erspart im Vorfeld ziemlich viel, nicht? Und wo das nicht möglich ist, da ist halt doof. Bis hin, dass dann die Eltern auch einfach weg sind. Das kann eben auch passieren, und damit ist dem Kind nicht geholfen.“ (Interview_KJA; 199; H1)

„(...) da, denke ich, ist man eigentlich in einer guten Position, weil man die Eltern eben schon ein paar Mal zumindest gesehen hat, je nachdem, wie alt das Kind ist. Dass man die Eltern auch so ein bisschen in der Bindung hält, wenn man zu forsich auftritt und die Leute dann davonlaufen und man nicht weiß, was daraus wird, dann denke ich, (...), dann geht der Schuss nach hinten los.“ (Fokusgruppe_KJÄ; 13; F4)

Zudem kann die Sorge bestehen, dass durch ein Gespräch mit Eltern über die Wahrnehmungen des Arztes bzw. der Ärztin andere Familien davon Abstand nehmen, die Praxis aufzusuchen. So können auch antizipierte wirtschaftliche Konsequenzen davon abhalten oder zumindest die Schwelle deutlich erhöhen, die Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung gegenüber der Familie zu äußern:

„(...) wirtschaftlich geht der Patient jetzt raus, Sie sagen zu dem, ich weiß jetzt nicht, ob Sie Ihr Kind missbraucht haben, und der geht jetzt raus und geht in den nächsten Kindergarten und sagt, die Doktorin hat gesagt, ich hätte meinem Kind Gewalt angetan [einige lachen], wollt ihr noch zu der gehen?“ (Fokusgruppe_KJÄ; 31; H5)

„(...) das ist genau das Gleiche wie der niedergelassene Kinderarzt, der sagt auch nichts zu Kinderschutz, weil er genau die gleiche Angst hat, dass sozusagen die Nachbarfamilie sagt: ‚Geh da mal lieber nicht hin,

dein Kind ist heute nicht so ganz sauber, der denkt sicher, du würdest dein Kind vernachlässigen‘.“ (Fokusgruppe_V1; 146; H1)

Insgesamt zeigt sich für die Erörterung der Situation mit den Betroffenen sowie dem Hinwirken auf Hilfen bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, dass dies für sie zur alltäglichen Arbeit gehört und für sie keine besondere Herausforderung darstellt, solange die Eltern mit einem Auftrag an sie herantreten. Geben sie sich im Falle der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung hingegen selbst den Auftrag, tätig zu werden, zeigen sich Gespräche mit Eltern aufgrund der Sorge des Vertrauensverlustes der Familie und damit auch des Verlustes des Zugangs zum Kind als Herausforderung. Mögliche negative wirtschaftliche Auswirkungen stellen ebenfalls eine Besorgnis dar, die dazu führen, dass Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung übersehen werden.

Für die Kinderschutzgruppen an Kliniken, die im Unterschied zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten sowie den Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie über einen vergleichsweise kurzen Zeitraum mit Kindern und ihren Familien in Kontakt stehen, der Aufbau einer Vertrauensbeziehung deshalb nur begrenzt möglich ist und die sich im Unterschied zu ihren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht in wirtschaftlicher Abhängigkeit von den Familien sehen, zeigt sich, dass nicht alle Kinderschutzgruppen bei wahrgenommenen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung zur Erörterung der Situation das Gespräch mit den Eltern suchen. So gibt es Kinderschutzgruppen, die versuchen, ohne Wissen der Eltern Informationen u.a. beim Jugendamt dahingehend einzuholen, ob eine Familie bereits bei diesem bekannt ist (Fokusgruppe_KSG2; 57-70; F1; H1; H2; Fokusgruppe_KSG2; 80-81; F3). In einem Gespräch mit Eltern sehen sie für die Erörterung der Situation zur Einschätzung der Gefährdung für sich offensichtlich keinen Zugewinn an Information:

„I: (...) wenn Sie sich strikt daran halten müssten, müssen Sie also vorher den Eltern sagen, wir würden gerne (H3: So ist es.), uns ans Jugendamt wenden (F3:Genau.), vielleicht können Sie da noch mal ein bisschen was zu sagen, warum Sie das an dem Punkt nicht für, nicht so gerne machen würden. [lacht] F3: Na ja, weil ich da ja noch in der Einschätzungsphase bin.“ (Fokusgruppe_KSG2; 77-78)

Dass Eltern nicht von Anfang an in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, ist nicht nur in der Annahme begründet, dass diese keine relevanten Informationen zur Gefährdungseinschätzung beisteuern könnten oder wollten, sondern auch in der Strategie, solche Gespräche mit Eltern aus einer Unsicherheit heraus zu vermeiden:

„(...) ich möchte halt auch nicht den Eltern irgendwie, die konfrontieren und sagen, hören Sie zu, ich glaube zwar nicht, dass Sie es gemacht haben, aber trotz..., also das ist halt einfach was, das ist dann, finde ich, schwierig, ja.“ (Fokusgruppe_KSG2; 80; F3)

Zudem wird angeführt, dass sich ein Verdacht in vielen Fällen nicht bestätigt, womit offensichtlich keine Notwendigkeit gesehen wird, mit Eltern bereits bei einem vagen Verdacht ins Gespräch zu gehen:

„Aber es gibt ja nun mal auch wirklich viele Fälle, wo ich sage, das ist so, ist so im Grenzbereich, ja. Ich, also wir machen das auch nicht so, dass wir alles automatisch sofort immer kommunizieren, weil es halt einfach auch sich ganz oft dann im Verlauf rausstellt, das ist nichts.“ (Fokusgruppe_KSG2; 111; F3)

Darüber hinaus wird von den Kinderschutzgruppen ebenso wie auch schon von den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten die Sorge geäußert, die Situation des Kindes durch Gespräche mit Eltern möglicherweise zusätzlich zu verschlechtern bzw. das Kind größeren oder weiteren Gefahren auszusetzen, auch durch einen möglichen Abbruch des Kontakts infolge eines zerstörten Vertrauensverhältnisses:

„(..) also dieser erste Schritt in der, in dem Kooperations-, Kommunikationsgesetz (?) steht bereits drin, wenn es nicht, oder wenn, sobald hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht infrage gestellt wird. Also mein Handeln, dieses im Vorfeld bereits Erörtern, beziehe ich auch darauf, genau auf diesen Satz, ja. Weil ich auf der einen Seite natürlich nicht will, dass ich Eltern in Sorge treibe, die ich eigentlich gar nicht besorgt wissen will, und auf der anderen Seite natürlich auch nicht sicher bin, wie weit ist da wirklich schon was im Busche, und führt das nicht auch bereits schon zu einem, zu dem Satz, dass, ich komme nicht mehr zu euch, oder aber, da gebe ich nie wieder hin, oder sonst irgendwas.“ (Fokusgruppe_KSG2; 213-214; H2)

Obwohl es Intention des Gesetzes ist, mit Eltern möglichst frühzeitig in ein Gespräch über die Annahmen des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung zu gehen, wird deutlich, dass bei Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens eine Hemmschwelle bestehen kann, mit Eltern zur Erörterung der Situation das Gespräch zu suchen, insbesondere wenn wahrgenommene Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung nicht eindeutig sind. Vor allen Dingen die Vorstellung, solch ein Gespräch könnte als schwerwiegender Vorwurf verstanden werden sowie die Befürchtung, das Kind durch Gespräche größeren Gefährdungen auszusetzen und die Angst, eine Fehldiagnose zu stellen, führen zu Verunsicherungen und können davon abhalten, das Gespräch mit den Eltern zu suchen. Ein Nutzen des Gesprächs mit den Eltern wird von einem Teil der Klinikärztinnen und -ärzte bisweilen nicht erkannt, die anders als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht über längere Zeit und regelmäßige Kontakte eine Vertrauensbeziehung zur Familie aufgebaut haben. Entsprechend scheinen Handlungsempfehlungen erforderlich, welche die Aufgabe zur Erörterung der Situation mit den Eltern beschreiben und diese für Akteurinnen und Akteure in unterschiedlichen Kontexten des Gesundheitswesens anwendbar machen. Darüber hinaus könnten Fortbildungen sinnvoll sein, in denen den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens Gespräche mit Eltern in schwierigen Situationen erlernen und erfahren, weshalb Transparenz gegenüber den Eltern und ihre Beteiligung

wichtig ist.

Die gesetzliche Festschreibung der gemeinsamen Erörterung der Situation mit den Betroffenen bestärkt die Arbeit derjenigen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, denen auch bisher eine gute Vertrauensbeziehung zu ihren Patientinnen und Patienten wichtig war, darin, dass dieser für einen gelingenden Kinderschutz ein hoher Stellenwert beizumessen ist.

3.2.3.2 Inanspruchnahme einer insoweit erfahrenen Fachkraft zur Gefährdungseinschätzung

Insbesondere in weniger eindeutigen Fällen von Kindeswohlgefährdung, wenn beispielsweise keine eindeutigen körperlichen Verletzungen vorliegen, berichten die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens von Problemen bei der Gefährdungseinschätzung. So können weniger eindeutige Fälle von Kindeswohlgefährdung – wie bereits dargelegt – auch eine Hürde darstellen, gemeinsam mit den Eltern zur Erörterung der Situation ins Gespräch zu gehen. Trotz dieser Herausforderungen und des Anspruchs auf Beratung zur Gefährdungseinschätzung wird die insoweit erfahrene Fachkraft bislang kaum als Beratungsmöglichkeit wahrgenommen. Einerseits zeigte sich, dass die Kenntnis über den Anspruch auf Beratung durch insoweit erfahrene Fachkräfte nicht sehr verbreitet ist (Fokusgruppe_V1; 38; F6; Fokusgruppe_KJÄ; 82-83; F2). Teilweise sind Zuständigkeiten vor Ort noch nicht geregelt oder den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens zumindest nicht bekannt gemacht worden (Fokusgruppe_KSG1; 382; H2; Fokusgruppe_KSG1; 389; H2; Fokusgruppe_KJP2; 34; H8).

Teilweise gab es aber auch schon Treffen mit Ansprechpartnerinnen und -partnern, die sich als Kooperationspartner aus der Kinder- und Jugendhilfe anboten, ohne dass kommuniziert wurde, dass es sich bei diesen um insoweit erfahrene Fachkräfte im Sinne des § 4 KKG handelt (Fokusgruppe_KJÄ; 97; H2; Fokusgruppe_KJÄ; 98; F4; Fokusgruppe_KJÄ; 101; H5; Fokusgruppe_KJÄ; 161; H2). Dies ist ein Beispiel dafür, dass das BKiSchG Wirkung entfaltet, indem eine Verbindung zwischen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens – in diesem Beispiel niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte – und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe hergestellt wird, ohne dass (detaillierte) Kenntnisse über das Inkrafttreten des BKiSchG vorhanden sein müssen. Dabei stellt sich allerdings die Frage, wie wahrscheinlich die Inanspruchnahme einer insoweit erfahrenen Fachkraft wird, wenn sie nicht mit einem gesetzlichen Anspruch in Verbindung gebracht wird.

Andererseits wurde deutlich, dass der Bedarf, eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzuzuziehen, infolge der eigenen (höheren) zugesprochenen Kompetenz im Kinderschutz und anderer Austauschmöglichkeiten beispielsweise in Teams oder mit Kolleginnen und Kollegen aus Sicht der Befragten als gering eingestuft wird (Fokusgruppe_KSG1; 332; F1 Fokusgruppe_KSG1; 334-336; H6; Fokusgruppe_KSG1; 373; H2 Fokusgruppe_KSG2; 465; H3; Fokusgruppe_KJP1; 190; H2; Fokusgruppe_KJP2; 33;

H3; Fokusgruppe_KJP2; 34; H8). Sowohl die Kinderschutzgruppen an Kliniken als auch die Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sehen sich selbst in der Rolle als Expertinnen und Experten für das Thema Kinderschutz. Für sie erschließt sich nicht, welche Kompetenz eine insoweit erfahrene Fachkraft über die eigenen Kompetenzen im Kinderschutz hinaus beisteuern könnte, womit für die Befragten auch ein möglicher Zugewinn durch die Beratung mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft für die eigene Arbeit im Kinderschutz nicht erkennbar ist:

„Also über diese insoweit erfahrene Fachkraft, da muss ich echt sagen, (...) ich wüsste genauso viel wie die, ich habe die gar nicht in Anspruch genommen, weil ich halt, seitdem ich in der Kinderpsychiatrie arbeite, beschäftige ich mich mit der Frage Kinderschutz, ich habe nie Erfahrungen damit [mit der insoweit erfahrenen Fachkraft, d. Verf.] gemacht. Und ich finde gut, dass es die gibt, aber als Kinderpsychiater habe ich immer das Gefühl, ich brauche die nicht wirklich, weil das, was Kinderschutzfragen hat, habe ich meine eigene Meinung und nicht ich persönlich, sondern als Team, wir setzen uns da immer zusammen, weil das ist eine Frage, die sollte man nicht alleine beurteilen, aber ich bin sehr froh über jede Erfahrung, die man da macht, was kann einem die noch zusätzlich erzählen, was kann die noch an Hilfen bringen.“ (Fokusgruppe_KJP1; 190; H2)

“(...) ist immer so ein bisschen die Frage, weiß die in InsoFa mehr, als ich das ohnehin schon vorher wusste.“ (Fokusgruppe_V1; 6; H1)

Aus Sicht der Kinderschutzgruppen kann die insoweit erfahrene Fachkraft zudem nicht die für eine Gefährdungseinschätzung relevanten Informationen liefern:

„(...) es geht mir ja um spezifische Informationen (...) Und das ist halt was, ich meine, in einer Einschätzung vom Fall, klar, kann man das mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft auch diskutieren und meistens sind wir uns auch einig, (...) Geht es aber nicht desto trotzdem, dass ich manchmal einfach trotzdem zur Einschätzung Informationen über die Familie haben möchte.“ (Fokusgruppe_KSG2; 446; F3)

„Wenn ich halt sage, also ich brauche irgendwie weitere Informationen, dann ist das halt, dann nützen mir halt, wie gesagt, die insoweit erfahrene Fachkraft halt auch nichts.“ (Fokusgruppe_KSG2; 466; F3)

Ein Beratungsbedarf wird eher bei niedergelassenen Berufsgruppen vermutet, die nicht über die Möglichkeit verfügen, sich in einem Team auszutauschen sowie bei Personen, die bislang kaum Berührungspunkte mit dem Thema Kindeswohlgefährdung hatten:

„(...) ich dachte immer, das wäre vor allem so für diejenigen, die noch weniger im Team darüber gesprochen haben, gebe, verletze ich jetzt die Schweigepflicht? Das ist immer die größte Sache. Ist der Kinderschutz, überwiegt jetzt die Schweigepflicht, ja oder nein? Das ist ja immer der Punkt, an dem wir sagen, Ja oder Nein. Und das habe ich, das diskutiere ich, seitdem ich in der Kinderpsychiatrie bin, also seit 1999. Ich glaube, über diese Jahre ist halt eine gewisse Sicherheit entstanden, die vielen Berufsgruppen, gerade, ich denke, niedergelassene Praxen, Kinderärzte,

die haben nicht diese Diskussionsforen, die können sich nicht, die müssen selbst entscheiden. Und das ist natürlich gerade, ne, so eine Beratung noch eine weitere mögliche Idee (...)“ (Workshop_KJP_1; 197)

Insgesamt wird deutlich, dass den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens die Rolle und der Auftrag einer insoweit erfahrenen Fachkraft unklar sind. Die eigenen Vorstellungen über die Arbeit einer insoweit erfahrenen Fachkraft und nicht kommunizierte Zuständigkeiten vor Ort tragen dazu bei, dass die Möglichkeit zur anonymisierten Beratung kaum wahrgenommen wird. Handlungsempfehlungen, die verdeutlichen, welche Rolle und welchen Auftrag insoweit erfahrene Fachkräfte haben und die aufzeigen, wann die Inanspruchnahme einer Beratung durch insoweit erfahrene Fachkräfte sinnvoll sein kann, scheinen ebenso erforderlich wie gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, in denen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens nicht nur die für sie zuständigen insoweit erfahrenen Fachkräfte kennenlernen, sondern auch erfahren, in welchen Situationen die Inanspruchnahme einer Beratung zur Gefährdungseinschätzung welchen Ertrag haben kann.

Auch wenn sich die Inanspruchnahme der Beratung durch insoweit erfahrene Fachkräfte im Gesundheitswesen aus den dargelegten Gründen noch nicht etabliert hat, so wird die Möglichkeit zur anonymen Beratung von denjenigen, welche die anonyme Beratung bereits genutzt haben, als hilfreich (Fokusgruppe_KJP1; 189; H7) und deren gesetzliche Verankerung positiv bewertet. Mit dem BKiSchG sei die Möglichkeit zur Beratung etabliert worden und es steige die Zuversicht, beim Jugendamt einen kompetenten Ansprechpartner vorzufinden (Fokusgruppe_KJP1; 192; H5; Fokusgruppe_KJP2; 42; H4). Diese Befundlage spricht sehr dafür, dass die Etablierung der Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft erst am Anfang steht.

3.2.3.3 Einbezug des Jugendamtes

Wie bereits dargelegt, stellte der Einbezug des Jugendamtes bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bis zum Inkrafttreten des BKiSchG insbesondere für Berufsgeheimnisträger aus dem Gesundheitswesen eine Hürde dar. Nach § 4 Abs. 3 KKG sind diese seit 01.01.2012 befugt, das Jugendamt dann über einen Fall zu informieren, wenn die Erörterung der Situation mit den Betroffenen und das Hinwirken auf Hilfen nach § 4 Abs. 1 KKG ausscheidet oder erfolglos ist und sie zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich halten. Hinsichtlich des Einbezugs des Jugendamtes zeigten sich in dieser Untersuchung große Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.

Die schon seit vielen Jahren bestehende Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowohl einzelfallbezogen als auch fallübergreifend setzt sich auch mit Inkrafttreten des BKiSchG weiter fort. In den meisten Fällen ist das Jugendamt bereits involviert (Fokusgruppe_KJP1; 26; H3; Fokusgruppe_KJP2; 55; H8; Fokusgruppe_KJP2;

72; H6). Die Frage nach dem Einbezug des Jugendamtes stellt sich für diese Fachdisziplin deshalb selten auf die gleiche Art und Weise wie bei anderen medizinischen Fachdisziplinen, deren Mitglieder die Eltern über einen Einbezug des Jugendamtes erst informieren müssen. So bestehen beispielsweise für Kinderschutzgruppen an Kliniken und niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte besondere Hürden, das Jugendamt einzubeziehen. Dies gilt – wie oben bereits erläutert – insbesondere bei weniger eindeutigen Verdachtsfällen. In solchen Fällen wird versucht, erst Sicherheit hinsichtlich der Einschätzung des Vorliegens gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu erlangen. Es zeigt sich auch, dass es Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens schwerfällt, die Schwelle zum Einbezug des Jugendamtes zu definieren. Der Einbezug wird als eine sehr individuelle Entscheidung erlebt, die von eigenen persönlichen Wahrnehmungen und Gefühlen beeinflusst wird:

„Bei mir persönlich ist der Punkt immer erreicht, wenn, wenn dann eben im Nachfragen quasi sich Widersprüche auftun.“ (Fokusgruppe_KJÄ; 195; H2)

„(...) oder wenn ich sehe, also ich kann da jetzt nicht noch mal eine Nacht darüber schlafen und hätte Angst um das Kind.“ (Fokusgruppe_KJÄ; 196; H3)

„Oder wenn ich so das Gefühl habe irgendwie, ich biete Hilfen an und irgendwie das funktioniert überhaupt nicht. Und ich will jetzt irgendwie langsam den nächsten Schritt gehen.“ (Fokusgruppe_KJÄ; 197; H4)

Die Entscheidung für oder gegen den Einbezug des Jugendamtes wird in weniger eindeutigen Fällen zudem als ein Balanceakt beschrieben, weil dieser immer als ein Eingriff in die elterliche Autonomie gedeutet wird:

„(...) das Problem ist eben, die Balance zu halten zwischen Freiwilligkeit, Selbstwirksamkeit der Eltern, denn ich meine, die Kinder sind nun mal bei ihren Eltern, das ist nun mal ihr Schicksal, die gehören nun mal irgendwie zusammen. Und das sozusagen so zu befähigen, dass diese Schicksalsgemeinschaft gemeistert wird. Also das ist das primäre Ziel, nicht? Und der Plan B ist natürlich, also wenn man jetzt Plan A [das Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen, d. Verf.] nicht verfolgen kann, sodass das sicher erscheint, dann muss man Plan B [Einbezug des Jugendamtes, d. Verf.] eintreten lassen. Und das ist dann, ja, ein ganz individueller Grat, wo man da aufpassen muss, dass man nicht auf einer Seite zu weit runterrutscht.“ (Interview_KJÄ; 201; H1).

Anhand dieser Äußerungen von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten aus Bayern wird deutlich, dass die Entscheidung über einen Einbezug des Jugendamtes maßgeblich davon beeinflusst wird, für wie unmittelbar eine weitere Gefährdung des Kindes bzw. Jugendlichen eingeschätzt wird und dass die Entscheidung für oder gegen den Einbezug des Jugendamtes im jeweiligen Einzelfall eine Abwägung erfordert. Dieser Entscheidungsprozess wird nicht oder nur wenig davon beeinflusst, ob die Informationsweitergabe an das Jugendamt als Befugnis oder als Pflicht definiert wird. Der Wunsch und der Anspruch, vor der Informationsweitergabe eine gewisse Sicherheit hinsichtlich des Verdachts zu haben, bleiben in

jedem Fall bestehen.

Zudem wirken sich die Sorge einer Falschmeldung, also einer Information an das Jugendamt, obwohl sich die Anhaltspunkte nicht als gewichtig erweisen, ebenso negativ auf die Bereitschaft zum Einbezug des Jugendamtes aus wie die Wahrnehmung einer Überlastung von Jugendämtern (Fokusgruppe_KJÄ; 253; F2) und ein negatives Image des Jugendamtes sowohl bei Professionellen (vgl. Kapitel 3.2.3) als auch bei Familien (Fokusgruppe_KSG1; 30; H1; Fokusgruppe_KSG2; 48; H4).

Es wird jedoch auch deutlich, dass sich die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens durch das BKiSchG ermutigt fühlen, das Jugendamt ggf. auch gegen den Willen der Eltern einzubeziehen:

„Und ich habe aber im Gefühl, dass das Gesetz einen Impuls gegeben hat, ein bisschen mutiger zu sein und da ein bisschen mehr sich gestärkt zu fühlen, dass man nicht gleich mit einem Fuß im Gefängnis steht oder mit beiden irgendwas. Also das wäre aus meiner Sicht der Impuls“ (Fokusgruppe_KJP1; 214; H4)

„(...) es kann eben schon in Fällen, wo wir das Gefühl haben, da ist etwas dahinter, kann es schon darauf hinauslaufen, dass wenn die Eltern Nein sagen, dass wir dann eben sagen ‚tut uns leid, machen wir trotzdem‘. Und da sind wir wiederum im gedeckten Bereich, denn das ist sozusagen ganz klar möglich nach dem Kinderschutzgesetz. Und das ist die Rechtssicherheit, die durchaus dazugekommen ist mit dem neuen Kinderschutzgesetz, dass wir diese Möglichkeit haben, denn bei Gefährdung des Kindes dürfen wir, auch wenn die Eltern Nein sagen.“ (Fokusgruppe_V3; 51; H1)

3.2.3.4 Diskussion um eine Meldepflicht

Unter den Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken kam während der Diskussion die Frage auf, ob die derzeit geltende Befugnis zur Information des Jugendamtes für einen verbesserten Kinderschutz nicht zu einer Meldepflicht verschärft werden müsste (Workshop_KSG_2; 706-724). Von einigen Vertreterinnen und Vertretern aus Kinderschutzgruppen an Kliniken wird dies befürwortet, da die Informationsweitergabe an das Jugendamt – nach Berücksichtigung der Schritte des abgestuften Verfahrens – am Ende auch der logische Schritt sei:

„Ich fände es nur konsequent einfach. Weil, dann ist der Mediziner auch angehalten, das weiterzutragen.“ „Das wäre eigentlich logisch, ne, das ist eigentlich der logische Schritt, der, was soll man denn sonst machen, also ...“ „Ich finde auch, wenn man das zu einer Muss-Bestimmung macht, dann wird auch noch mal der Kinderschutz in der Klinik unter einem ganz brisanteren Gesichtspunkt gesehen. Da kann man nicht einfach dann sagen, nee, habe ich so nicht gesehen, oder, lasse ich mal irgendwie unter den Tisch fallen.“ (Workshop_KSG_2; 715-717)

Dieser Auffassung ist auch das Bundesland Bayern. Mit Art. 14 des GDVG (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz) bestand in Bayern bereits vor Inkrafttreten des BKiSchG für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens eine Meldepflicht, wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrgenommen wurden. Die Befugnisnorm des BKiSchG wurde mit Zustimmung der Ärzteverbände konkretisiert und legt diese nun ebenfalls als Meldepflicht aus (ZBFS 2015).

Manchmal – so die Vertreterinnen und Vertreter aus Kinderschutzgruppen – käme auch die Anweisung von oben (des ärztlichen Direktors), die Kinderschutzgruppe nicht hinzuzuziehen. Eine Pflicht zur Informationsweitergabe würde nach Ansicht der Kinderschutzgruppen zu einem zuverlässigen Einbezug der Kinderschutzgruppe beitragen:

„Also auch mit dem haben wir natürlich immer tagtäglich zu kämpfen. Dass die uns auch melden. Und das würde das natürlich ganz klar benennen. Wenn da von unterschiedlichen Berufsgruppen an die Ärzte die Hinweise kommen, dass sie dann auch im Prinzip ja dann eine Meldung machen müssen. Und das, finde ich, ist halt einfach eine klare Ansage. Und die finde ich im Kinderschutz notwendig. Das macht es doch auch leichter. Ich kann mich doch dahinter verstecken und kann sagen, der Gesetzgeber sagt, ich muss, ich mache hier nur meine Arbeit.“ (Workshop_KSG_2; 754)

In dieser Diskussion wird jedoch auch reflektiert, dass eine Pflicht zur Information des Jugendamtes die Situation nicht vereinfache, da die Grenze, ab wann das Jugendamt zu informieren sei, nicht klar definiert werden könne. Hin wie her bestehe zunächst die Aufgabe, gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung einzuschätzen, was offensichtlich die deutlich größere Herausforderung darstellt als die Frage danach, ob die Regelungen zum Einbezug des Jugendamtes nun als Befugnisnorm oder Meldepflicht zu verstehen sind (vgl. Kapitel 3.2.3.3).

3.3 Umgang mit Mitgliederanfragen in mutmaßlichen Kinderschutzfällen

Bei der Bearbeitung von fachlichen Herausforderungen – wie dem Umgang mit Fällen von Kindeswohlgefährdung – liegt es nahe, sich mit anderen über seine Wahrnehmung und das weitere Vorgehen auszutauschen und zu beratschlagen. Da ein großer Anteil von Beschäftigten des Gesundheitswesens in Einzelpraxen arbeitet (vgl. Statistisches Bundesamt; Gesundheitsberichterstattung des Bundes), erscheint eine Rückkopplung an entsprechende Fachgesellschaften oder standespolitische Organisationen naheliegend, da ein Austausch in einem einrichtungsinternen Team und mit Kolleginnen und Kollegen nicht immer möglich ist. Gemessen an der eben formulierten Annahme ist der Anteil der befragten Organisationen, der angibt, dass sich ihre Mitglieder in mutmaßlichen Kinderschutzfällen an sie wenden, mit 34 % nicht besonders hoch. Dabei handelt es sich häufiger und fast aus-

schließlich um solche Organisationen, die ihre Mitglieder über die Regelungen des BKiSchG informiert haben ($p=0,05$). Möglicherweise nehmen Mitglieder, die keine Informationen über die Regelungen des BKiSchG erhalten haben, ihre Organisation nicht als mögliche Ansprechstelle wahr.

Im Vergleich der Organisationen zeigt sich, dass fast alle Psychotherapeutenkammern (88 % der teilnehmenden Psychotherapeutenkammern) angeben, dass sich Mitglieder bei wahrgenommenen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung an sie wenden. Deutlich weniger sind es innerhalb der Gruppe der Ärztekammern (30 %), innerhalb der Gruppe der medizinischen Fachgesellschaften (29 %) und innerhalb der Gruppe der Berufsverbände (23 %) ($p<0,01$).

Fast alle Organisationen, die Anfragen von ihren Mitgliedern zum Thema Kinderschutz erhalten ($n=21$), vermittelt den Anfragenden eine Ansprechperson entweder innerhalb oder außerhalb der eigenen Organisation (95 %). Unabhängig davon geben 43 % Informationsmaterial weiter.

Von denjenigen Organisationen, an die sich Mitglieder bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung wenden und die (u. a.) mit der Vermittlung einer Ansprechperson auf diese Anfrage reagieren ($n=20$), verweisen 95 % sowohl an Personen bzw. Stellen der Kinder- und Jugendhilfe als auch an Personen bzw. Stellen ihres eigenen Systems. 95 % dieser 20 Organisationen vermitteln die Rat suchenden Personen an das zuständige Jugendamt und 83% an eine Ansprechperson oder Stelle in der eigenen Organisation. 72 % verweisen an spezialisierte Beratungsstellen (z. B. Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt, Erziehungsberatungsstelle oder Frühe Hilfen). 61 % der 20 Organisationen geben einen Hinweis auf eine insoweit erfahrene Fachkraft und ein genau so großer Anteil auch auf eine Person oder Stelle aus dem Gesundheitswesen, außerhalb der eigenen Organisation.

Bei denjenigen Organisationen, die an eine insoweit erfahrene Fachkraft im Sinne des BKiSchG verweisen, handelt es sich um vier Psychotherapeutenkammern, sechs Berufsverbände aus dem medizinischen Bereich und eine medizinische Fachgesellschaft. Damit handelt es sich lediglich um 18 % aller befragten Organisationen. Mit Blick auf die große Zurückhaltung, die sich von ärztlicher Seite gegenüber dem Nutzen einer Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft in den qualitativen Studien zeigt, überrascht dieser Befund nicht. Über die im Fragebogen aufgeführten Ansprechpersonen und Stellen hinaus werden regionale Beratungsstellen und Supervisorinnen und Supervisoren benannt.

Etwa zwei Drittel der Organisationen machen ihren Mitgliedern Empfehlungen bzw. Leitlinien zum Handeln bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung beispielsweise über Downloadmöglichkeiten auf der Homepage zugänglich, unabhängig davon, ob sich Mitglieder im Einzelfall an die Organisation wenden. Empfehlungen bzw. Leitlinien zum Handeln werden häufiger von Organisationen zugänglich gemacht, die angeben, ihre Mitglieder über die Regelungen des BKiSchG informiert zu haben ($p<0,01$). Möglicherweise führt die Information der Mitglieder dazu, dass diese auch entsprechende Handlungsempfehlungen erwarten.

Allerdings gibt es für Fälle, in denen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrgenommen werden, aktuell keine gültige Leitlinie für den Gesundheitsbereich. Die ehemals gültige Leitlinie, die nach der Systematisierung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) der Entwicklungsstufe S1¹ zugeordnet ist, ist mit Inkrafttreten des BKiSchG veraltet. Derzeit wird jedoch eine neue Leitlinie auf der höchsten Entwicklungsstufe S3+² erarbeitet (<http://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie>). Betrachtet man die positiven Wirkungen von schriftlichen Empfehlungen und Handlungsleitlinien bei stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und an Schulen, so ist davon auszugehen, dass auch die aktuell zu erarbeitende Leitlinie für den Gesundheitsbereich positive Wirkungen auf die Handlungs- und Rechtssicherheit seiner Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz haben wird.

3.4 Fallunabhängige Zusammenarbeit im Kinderschutz

Kooperation ist für den Kinderschutz unabdingbar. Es zeigt sich, dass Kooperation im Krisenfall dann besser funktioniert, wenn es auch fallunabhängige Kooperation gibt, die geeignet ist, Vertrauen zwischen Kooperationspartnern ohne unmittelbaren Handlungsdruck aufzubauen. Diese Kooperation ermöglicht es, die anderen an der Kooperation Beteiligten kennenzulernen und ihre Handlungslogiken zu verstehen. So können gemeinsam Handlungsoptionen entwickelt werden, die sich dann im Einzelfall, der in Kinderschutzfragen meist krisenhaft zugespitzt ist, bewähren können (Fegert et al. 2008). Deshalb wurde auch danach gefragt, welche fallunabhängigen und auf den Kinderschutz bezogenen Kooperationen bestehen.

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Organisationen arbeitet mit anderen Stellen und Einrichtungen auch unabhängig vom Einzelfall in Fragen des Kinderschutzes zusammen. Es handelt sich dabei um 80 % aller teilnehmenden Ärztekammern, 63 % aller teilnehmenden Psychotherapeutenkammern, um 65 % aller teilnehmenden medizinischen Fachgesellschaften und 42 % aller teilnehmenden Berufsverbände. Diejenigen Organisationen, die ihre Mitglieder über die Regelungen des BKiSchG informiert haben, geben häufiger an, in Fragen des Kinderschutzes mit Stellen bzw. Einrichtungen zusammenzuarbeiten, als diejenigen Organisationen, die ihre Mitglieder nicht informiert haben ($p < 0,01$). In Organisationen, die ihre Mitglieder über das BKiSchG informiert haben, ist Kinderschutz offensichtlich ein relevanteres Thema, sodass auch ein Austausch über dieses Thema mit anderen Stellen und Einrichtungen stattfindet, der wiederum zu einem grö-

1 S1 bedeutet: die Leitlinie wurde im informellen Konsens einer Gruppe von Expertinnen und Experten erarbeitet

2 S3 bedeutet: die Leitlinie wird mithilfe von Analysen und wissenschaftlichen Studien erarbeitet und regelmäßigen Überprüfungen unterzogen

ßeren Wissen der Organisation führt, welches den Mitgliedern zur Verfügung gestellt wird. Vielleicht führt aber auch das Wissen um die Regelungen des BKiSchG zu mehr Austausch und Vernetzung. Möglicherweise besteht bei diesen Organisationen aber auch das Bewusstsein darüber, dass Kinderschutz nur kooperativ herzustellen ist, weshalb Kooperationsbemühungen auch stattfinden.

Betrachtet man die von den befragten Organisationen benannten Kooperationspartner, so fällt auf, dass ungefähr gleich häufig Kooperationspartner aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen genannt werden (28 Nennungen von Kooperationspartnern der Kinder- und Jugendhilfe von 22 Organisationen und 30 Nennungen von Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen von 25 Organisationen). Dies ist ein deutliches Signal für eine Öffnung hin zur Kinder- und Jugendhilfe. Dieses Ergebnis spiegelt auch den positiven Befund der bundesweiten Befragung von Jugendämtern wider (vgl. Pluto et al. 2016). Dort zeigt sich im Zeitvergleich eine Intensivierung der Kooperationen zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe.

Trotz dieser positiven Entwicklungen verbleiben also immer noch 66 % der Organisationen, die ihren Mitgliedern nicht den Weg in die Kinder- und Jugendhilfe, also das Handlungsfeld ebnen, das für die Wahrnehmung weiterführender Hilfen für Kinder und ihre Familien und des staatlichen Wächteramtes zuständig ist. Auffällig ist, dass die Landesjugendämter nur ein Mal als Kooperationspartner genannt werden, was auch der Wahrnehmung der Landesjugendämter selbst entspricht (vgl. Derr 2015).

Als besonders der Kinder- und Jugendhilfe zugetan zeigen sich die Ärztekammern, von denen 70 % von Kooperationspartnern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe berichteten. Von den Berufsverbänden machten etwa ein Drittel und von den Psychotherapeutenkammern und medizinischen Fachgesellschaften jeweils etwa ein Viertel Angaben zu Kooperationspartnern aus der Kinder- und Jugendhilfe. Wurden von den Organisationen Kooperationen mit Personen bzw. Stellen aus Bereichen des Gesundheitswesens benannt, so wurden von diesen häufiger auch Personen bzw. Stellen aus Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe als Kooperationspartner genannt ($p < 0,05$). Die Ergebnisse zur Abfrage der Kooperationspartner verweisen trotz aller positiven Tendenzen sehr deutlich auf die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz weiterhin zu verbessern, was auch in den qualitativen Ergebnissen deutlich wird.

Tabelle 5: Kooperationspartner

Kooperationspartner	Anzahl der Nennungen
Kooperation mit Kinder- und Jugendhilfe	28
Frühe Hilfen	8
Jugendamt	8
Kinderschutzbund	5
Kinder- und Jugendhilfe	3
Kindernotdienst	1
Koordinierende Kinderschutzstelle (KoKi)	1
LAG Erziehungsberatung	1
Landesjugendamt	1
Kooperation mit Personen/Stellen aus dem Gesundheitswesen	30
Med. Fachgesellschaften	9
Ärztammer	3
Kinderschutzambulanzen	3
Kliniken	3
Kompetenzzentren	3
Kinder- und Jugendärzte	2
BAG mehr Sicherheit f. Kinder	1
Berufsverbände	1
BzGA	1
Gesundheitsamt	1
Kinderschutzgruppe	1
Landesgesundheitskonferenz	1
Psychotherapeutenkammer	1
Sonstige	18
Ministerien	11
Beratungsstellen	3
Behörden	2
Polizei	1
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz	1

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015

Die Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens machen teilweise positive und teilweise negative Erfahrungen in der Kooperation mit den Jugendämtern (Fokusgruppe_KSG2; 293; F3; Fokusgruppe_KSG2; 296; H1; Fokusgruppe_KJP1; 28; H2; 29; H4; Interview_KJA; 95; H1). Sie vermuten, dass dies stark mit den einzelnen Fachkräften in den Jugendämtern zusammenhängt (Fokusgruppe_KSG2; 293-295; F3; Fokusgruppe_KSG2; 296; H1; Interview_KJA; 95; H1). Kritik wird an den Jugendämtern einerseits geübt, wenn die Erfahrung gemacht wurde, dass deren Fachkräfte zu rasch und unverhältnismäßig handeln (Wortkshop_KJP1; 14; H5; Fokusgruppe_KJP1; 56; H5), insbesondere wenn das Wort „Kindeswohlgefährdung“ fällt (Wortkshop_KJP1; 48; H3). Andererseits werden Jugendämter kritisiert, wenn die Handlungen der Fachkräfte nicht als Aktivitäten für den Schutz des Kindes wahrgenommen werden, weil sich die sozialpädagogischen Fachkräfte nicht an die Empfehlungen oder den Rat der Ärztinnen und Ärzte halten (Fokusgruppe_KJP1; 45; H6; Fokusgruppe_KJP1; 57; F3; Fokusgruppe_KJP1; 243; F3; Fokusgruppe_KJP1; 247; F3; Fokusgruppe_KJP1; 255; Fokusgruppe_KJP1; 259; F3; Fokusgruppe_KJÄ; 250; 252;

F4).

Deutlich wird, dass in der Zusammenarbeit unterschiedliche Einschätzungen auch zu einer anderen Einschätzung über das sinnvolle weitere Vorgehen führen:

„Ich sage mal so (5), manchmal gibt es Situationen, wo ich mir etwas mehr Unterstützung wünschen würde. Manchmal gibt's Situationen, wo ich denke, ja, da ist aber viel Unterstützung drin.“ (Interview_KJA; 112)

In dieser häufig geübten Kritik zeigt sich ein Grundproblem in der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe: Die sozialpädagogische Sicht auf eine Situation entspricht nicht immer der ärztlichen Sicht. Unterschiede in der beruflichen Sozialisation, unterschiedliche Rahmenbedingungen und differierende Handlungslogiken führen dazu, dass gegenseitige Erwartungen nicht erfüllt werden (vgl. Fegert et al. 2010). Dies wird auch von einer Vertreterin einer Kinderschutzgruppe als Ursache für Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit benannt, weshalb sie für eine gelingende Zusammenarbeit ein gegenseitiges voneinander Lernen für wichtig hält:

„Also ich hab ja auch ganz lang gebraucht, um mal zu verstehen, (...) warum nicht jedes Kind total glücklich aufwachsen kann, warum nicht jedes Kind sofort in, ne, in ein super Heim kommt [lacht], weil halt einfach da ganz andere Anforderungen sind. Das müssen wir ja auch von der Jugendhilfe lernen, genauso wie die Jugendhilfe auch verstehen muss, warum die Sachen so laufen, wie's halt bei uns läuft in der Klinik und warum die Diagnostik so und so läuft und warum nicht jeden Tag der Gleiche da ist, weil halt einfach auch die Strukturen anders sind, (...)“ (Fokusgruppe_KSG1; 83-85; F1)

Als Ursache für enttäuschte Erwartungen in der Zusammenarbeit werden meist nicht die unterschiedlichen Strukturen und Verantwortungsbereiche des Jugendamtes gesehen, sondern dessen Fachkräfte, mit denen zusammengearbeitet wird. Diesen werden im Unterschied zur eigenen Disziplin oft unzureichende Kompetenzen im Kinderschutz zugesprochen. So sind die Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beispielsweise der Auffassung, dass sich die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe bei der Hilfeentscheidung manchmal stärker an ihren Empfehlungen orientieren sollte (Fokusgruppe_KJP1; 61; H4; Fokusgruppe_KJP1; 71; H7). Zudem führten in der Kinder- und Jugendhilfe mangelnde Qualitätsstandards und fehlende Überprüfungen dahingehend, ob eine Hilfe geeignet sei, zu Hilfen, die das Hilfeziel letztlich nicht erreichen (Fokusgruppe_KJP2; 102; H3).

Nach § 36 SGB VIII sind Fachärztinnen und -ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bei der Entscheidung über Hilfen nach § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) in die Hilfeplanung einzubeziehen. Einen fehlenden kontinuierlichen Einbezug in die Hilfeplangespräche (Fokusgruppe_KJP1; 65-66; H2; Fokusgruppe_KJP1; 67; H3; Fokusgruppe_KJP1; 110; H4) fassen sie als Akt der Intransparenz von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe auf. Sie

vermuten dahinter die Befürchtung von Fachkräften der Jugendämter, dass mögliche Kritikpunkte an ihrer Arbeit offensichtlich würden (Fokusgruppe_KJP1; 59; F3). Fachkräfte von Jugendämtern würden versuchen, die Expertise der Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Kinderschutzfällen in Anspruch zu nehmen, ohne ihren Bedarf an dieser Expertise explizit zu formulieren (Fokusgruppe_KJP1; 30; H5; Fokusgruppe_KJP1; 39; H2; Fokusgruppe_KJP1; 40; H3; Fokusgruppe_KJP1; 41; H5; Fokusgruppe_KJP1; 43; H6). Fachkräften der Jugendhilfe, die sich hingegen selbst eine höhere Expertise im Kinderschutz zusprechen, werden als arrogant wahrgenommen (Fokusgruppe_KJP1; 85; 87; H8). Die Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ist sowohl aus Perspektive der Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens als auch aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. zuletzt Pluto u.a. 2007, S. 611; Peucker u.a. 2010, S. 169, vgl. Kapitel zur Kooperation in Pluto u.a. 2016) mit besonderen Herausforderungen verbunden.

Für eine gelingende Zusammenarbeit im Kinderschutz wird von den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten insbesondere der persönliche Kontakt mit anderen Institutionen und Personen direkt vor Ort als positiv empfunden:

„(...) ich stehe auf dieses Lokale, ich finde es schön, wenn ich weiß, wie die aussieht an der anderen Seite vom Telefon (...)“ (Workshop_KJÄ; 68)

Der persönliche Kontakt erleichtert nicht nur die gemeinsame Kinderschutzarbeit, sondern auch die Zusammenarbeit mit der Familie (Workshop_KJÄ; 146; 157; 158; 160), insbesondere im Hinblick auf die lokale Organisation von Hilfen:

„Ja, und dann finde ich auch von den Hilfen her, finde ich es da viel besser, wenn es lokal organisiert ist, also meine insoweit erfahrene Fachkraft, die ist bei mir aus, aus der Stadt so ungefähr, die weiß genau, was das für ein Kindergarten ist, die weiß genau, wer da immer reingeht von den Ergotherapeuten, keine Ahnung, und die kennt das System. Die weiß, wenn ich erzähle, der eine im Fußballverein ist irgendwie komisch, dann kennt die den Verein im weitesten Sinne.“ (Workshop_KJÄ; 158)

Neben einem persönlichen Kontakt sind Kooperationsvereinbarungen eine Möglichkeit, die Zusammenarbeit auch strukturell zu verankern und sie verbindlich für die zusammenwirkenden Parteien auszugestalten und zu regeln. Wenig überraschend ist, dass die Fachärztinnen und -ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit ihren vielfältigen kooperativen Aktivitäten (Fokusgruppe_KJP1; 17; H8; Fokusgruppe_KJP1; 30; H5; Fokusgruppe_KJP1; 135; H4; Fokusgruppe_KJP1; 145; H4; Fokusgruppe_KJP1; 146; H5; Fokusgruppe_KJP1; 147; H4; Fokusgruppe_KJP1; 148; H2; Fokusgruppe_KJP1; 150; H2; Fokusgruppe_KJP1; 170; F3) überwiegend von bestehenden Kooperationsvereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe berichten (Fokusgruppe_KJP1; 64; H3; Fokusgruppe_KJP1; 68; H5; Fokusgruppe_KJP1; 144; H3; Fokusgruppe_KJP1; 151; H8; Fokusgruppe_KJP1; 152; H3). Die oben genannten Kritikpunkte an

den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe zeigen allerdings auch, dass diese entweder noch einer Weiterentwicklung bzw. einer Anpassung an veränderte Bedingungen bedürfen oder aber mehr Relevanz im Alltag der Zusammenarbeit erhalten sollten, um Hürden in der gemeinsamen Kinderschutzarbeit abzubauen.

Die Kinderschutzgruppen an Kliniken berichten teilweise von einer langjährigen und guten Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe (Fokusgruppe_KSG1; 2-4 F1; Fokusgruppe_KSG1; 9; F2), die in manchen Bundesländern auch mit den Entwicklungen der Kinderschutzgesetze auf den Weg gebracht wurden (Fokusgruppe_KSG1; 298-300; H4; Fokusgruppe_KSG1; 301; F1; Fokusgruppe_KSG1; 320; H4). Strukturierte Kooperationen in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen sind für sie bislang jedoch oft noch die Ausnahme. Der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen gestaltet sich für viele Kinderschutzgruppen aufgrund verschiedener Forderungen beteiligter Institutionen und Berufsgruppen und damit verbundenen längeren Prozessen der Einigung schwierig (Fokusgruppe_KSG1; 456; H2; Fokusgruppe_KSG1; 460; F2) oder werden aufgrund eines mangelnden Bewusstseins für die Relevanz von Kooperationsverträgen schlicht nicht umgesetzt (Fokusgruppe_KSG1; 451; H4). Aus manchen Kinderschutzgruppen wird berichtet, dass Kooperationsvereinbarungen mit dem Jugendamt schon vor Inkrafttreten des BKiSchG auf den Weg gebracht worden seien (Fokusgruppe_KSG1; 115; H3; Fokusgruppe_KSG1; 116-118; H3; Fokusgruppe_KSG1; 437; H2), bislang allerdings noch nicht in allen Fällen auch unterzeichnet wurden (Fokusgruppe_KSG1; 443; H2) oder Rückmeldungen zu Weiterentwicklungsvorschlägen noch ausstehen (Fokusgruppe_KSG1; 119-130; H3; H1; F5). Es ist fraglich, ob es sinnvoll ist, Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz zur Kooperation zu verpflichten und es ist auch fraglich, inwieweit verpflichtende Kooperationen sinnhaft gelebt werden. Auch die Art und Weise, wie Kooperationen ausgestaltet werden, müssen von Kooperationsbeziehung zu Kooperationsbeziehung ausgehandelt und an gemeinsam festgelegten Zielen orientiert sein. Zu starre Vorgaben zur Umsetzung von Kooperationen könnten solche fachlichen Aushandlungsprozesse einschränken. Dennoch sehen die Vertreterinnen und Vertreter ein Defizit darin, dass im Gesetz nicht näher beschrieben sei, wie verbindliche Strukturen zur Kooperation etabliert werden können (Fokusgruppe_KSG2; 488; H2).

Die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens erachten schriftliche Kooperationsvereinbarungen als sinnvoll, wenn diese die Zusammenarbeit strukturieren und vereinfachen, ohne die eigene Arbeit einzuschränken (Fokusgruppe_KSG1; 468-474; H2; F1; H4; H3). Auch sei es wichtig, dass Kooperation nicht um der Kooperation willen statfinde, sondern dass diese qualitativ sinnvoll erfolge (Interview_KJA; 244-251; H1), wie es auch folgendes Zitat verdeutlicht:

„Ja, Vernetzung macht Sinn, aber auch da erlebe ich unsere AG Kinderschutz, wenn ich noch mal ganz kurz überlege, wollen wir jetzt noch eine weitere Arbeitsuntergruppe aufmachen oder, ne, also, man könnte, wenn man wollte, ganz viel, ob das a) machbar ist und auch so sinnvoll ist, das müsste man im Einzelnen überlegen, weil genau, wenn man sagt,

ich bin gut vernetzt, dann ist das ja quasi schon eigentlich per se, ohne dass es qualitativ sinnvoll ist, schon ein Qualitätsmerkmal inzwischen geworden. Also da muss man gucken, Vernetzung ja, aber nur dann, wenn es halt auch wirklich Sinn macht, und das hast du ja angesprochen, das muss man überprüfen.“ (Fokusgruppe_KJP1; 150; H2)

Für eine gelingende Kooperation werden aber auch entsprechende Ressourcen als erforderlich gesehen, die eine Kooperation erst ermöglichen:

„(...) dann wird es langsam für eine große Klinik überfordernd, wo man dann überall kooperieren soll, und dann gibt es noch einen (...) Bezirksstadtrat, der analog zu den Frühen Hilfen (...) angefangen hat und dementsprechend auch neue Netzwerke bildet in ständigen Konferenzen und Ähnlichem, wo dann auch immer wir angefragt werden als Kooperationspartner, wo ich dann irgendwann einmal auch als Ökonom sagen muss, aber einfach auch dann physisch ist dann keiner mehr da sozusagen, die diese vielen Kooperationswünsche, die doch dann alle entstehen, auch mal zum Teil mit einem Realismus unterfüttern muss und sagen, können wir das leisten, können wir uns denn überhaupt überall engagieren? Können wir denn, also haben wir denn diese Ressourcen, um bei allen diesen vielen Netzwerken, die es ja da gibt, dann auch präsent zu sein und das mal zu sagen, selbst in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wie in Psychiatriebeiräten gibt es dann nämlich auch noch mal Unterarbeitsgruppen, die sich dann Thema psychisch kranke Eltern und Kindeswohl und so etwas. Überall hineinzugehen überfordert dann natürlich auch so einen Institutionenkontext einer Institution, also das sehe ich das Kritische bei diesem Aspekt, dass gar nichts, ich liebe da keine Abschottung, sondern eher, also von der anderen zu uns hin, sondern eher den Punkt, uff, wen würde ich denn noch bedienen.“ (Fokusgruppe_KJP_1; 144; H3)

Eine fehlende gesetzliche Verpflichtung des Gesundheitswesens zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe wird von einem Vertreter der Kinderschutzgruppen an Kliniken als fehlende Anerkennung der Leistungen und Potenziale des medizinischen Kinderschutzes kritisiert. Die bedeutende Rolle des Gesundheitswesens rechtfertige auch eine besondere gesetzliche Basis für die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe:

„Ich glaube, der Punkt ist der, medizinischer Kinderschutz ist (...) ja ein Fels. Wir stehen ja da. Was wir hier machen in deutschen Kinderkliniken, wie gesagt, in ungefähr einem Viertel aller deutschen Kinderkliniken, das ist ja nicht nichts. Und das muss man einfach auch sozusagen als Realität, die wir da jetzt geschaffen haben auch, und die ja auch sehr hoch sinnvoll ist und von allen Leuten anerkannt und gewollt auch wird, dann muss man das auch anerkennen, dann sollte man das auch irgendwie genau so auch platzieren und nicht, dass Gesundheitshilfe, mit Verlaub, neben der Arge oder der Gewerbeaufsicht steht, ja. (...) Da habe ich so mein Problem mit, ja, inhaltlich, ja. Und ich sehe auch nicht, sehe auch nicht die Gleichrangigkeit. Das ist einfach eine ganz andere Position, die wir da auch im Bereich, wir sind nur ein Rädchen, ne, also der medizinische Kinderschutz ist nur ein Teil des gesamten Kinderschutzes. Nicht, das ist, wir wollen uns da nicht überhöhen oder so. Aber

diesen einen kleinen Teil, den haben wir, und den sollte man dann auch wirklich auch strukturiert angehen.“ (Fokusgruppe_KSG2; 620-623; H2) „(...) das müsste man nicht nur im SGB VIII, sondern auch im SGB V verankern, weil dann ist es ja dann sozusagen in der, in der Gleichheit dann gegeben, ne.“ (Fokusgruppe_KSG2; 615; H2)

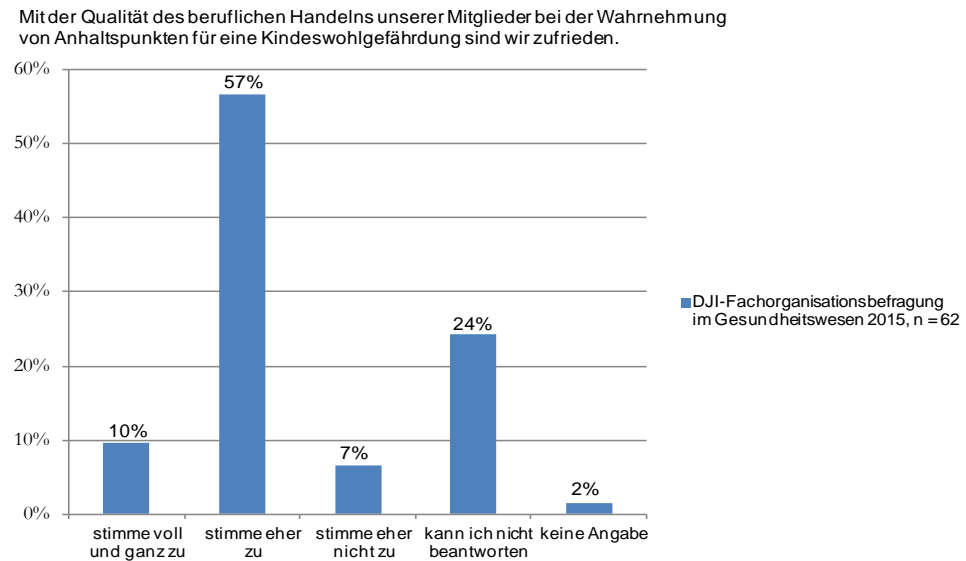
Für eine gute Zusammenarbeit zwischen Bereichen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe wurde die Idee einer kompetenten Person an der Schnittstelle zwischen beiden Systemen diskutiert. Diese könne die Zusammenarbeit erleichtern (Fokusgruppe_KJP1; 178; H3; Fokusgruppe_KJP1; 179; H5; Fokusgruppe_KJP1; 181; H3; Fokusgruppe_KJP1; 182; H6), berge aber die Gefahr, dass bei behandelnden Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens infolge der durch sie übernommenen Aufgaben mit der Zeit wichtige Kenntnisse und Kompetenzen für die Arbeit im Kinderschutz verloren gehen (Fokusgruppe_KJP1; 180; H4). Insbesondere das persönliche gegenseitige Kennenlernen sowie gemeinsame Fachtage und Fortbildungen werden für eine gute Zusammenarbeit zwischen den Systemen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe als hilfreich angesehen (Fokusgruppe_KSG1; 30-32; H1; Fokusgruppe_KSG1; 83-85; F1; Fokusgruppe_KSG1; 86; F1 Fokusgruppe_KSG2; 293-295; F3; Fokusgruppe_KJÄ; 146; H5; Fokusgruppe_KJÄ; 157; H2; Fokusgruppe_KJÄ; 158; H4).

Insgesamt bestärken die gesetzlichen Regelungen die Praxis darin, für einen verbesserten Kinderschutz zusammenzuarbeiten. Sie regen Überlegungen darüber an, wie eine gelingende Kooperation für einen verbesserten Kinderschutz auszugestalten wäre und fördern damit eine stärkere Auseinandersetzung der beteiligten Akteurinnen und Akteure über die gemeinsame Kooperation.

3.5 Einschätzungen der Organisationen zum Handeln ihrer Mitglieder im Kinderschutz

Die befragten Organisationen auf Landes- und Bundesebene wurden gebeten, das Handeln ihrer Mitglieder im Kinderschutz einzuschätzen, auch um herauszufinden, ob es zwischen dieser Einschätzung und ihren Aktivitäten im Kinderschutz einen Zusammenhang gibt. Folgende Abbildung 1 zeigt, wie die befragten Organisationen die Qualität des beruflichen Handelns ihrer Mitglieder bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung einschätzen.

Abbildung 1: Einschätzung zur Zufriedenheit mit der Qualität des beruflichen Handelns der Mitglieder

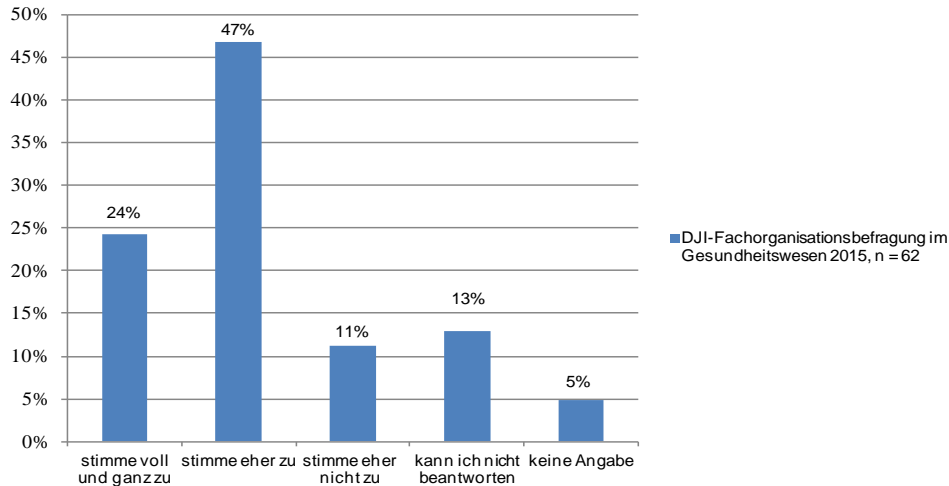


Angesichts dessen, dass es sich bei den befragten Organisationen um übergeordnete Ebenen im Gesundheitswesen handelt, ist der Anteil an Organisationen, welche die Qualität des beruflichen Handelns ihrer Mitglieder bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung nicht beurteilen können, mit 24 % relativ klein. Demgegenüber steht ein hoher Anteil an Organisationen, die ihre Mitglieder als kompetent oder eher kompetent einschätzen. Lediglich 7 % der befragten Organisationen sind eher unzufrieden. Diese geben alle auch an, bei ihren Mitgliedern einen Fortbildungsbedarf zur Verbesserung der Qualität des beruflichen Handelns zu sehen.

Wie Abbildung 2 zeigt, sehen fast drei Viertel der befragten Organisationen einen Fortbildungsbedarf bei ihren Mitgliedern, womit die meisten Organisationen bei diesen auch ein Weiterentwicklungspotenzial erkennen bzw. diese davon ausgehen, dass ein Zuwachs an fachlichem Wissen positiv zu bewerten ist, unabhängig davon, wie die Qualität derzeit eingeschätzt wird. Lediglich 11 % der Organisationen sehen eher keinen Fortbildungsbedarf, womit diese für Weiterentwicklungen weniger offen sind. Sechs der sieben Organisationen, die keinen Bedarf an Fortbildungen sehen, geben an, mit der Qualität des beruflichen Handelns ihrer Mitglieder bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung eher zufrieden zu sein.

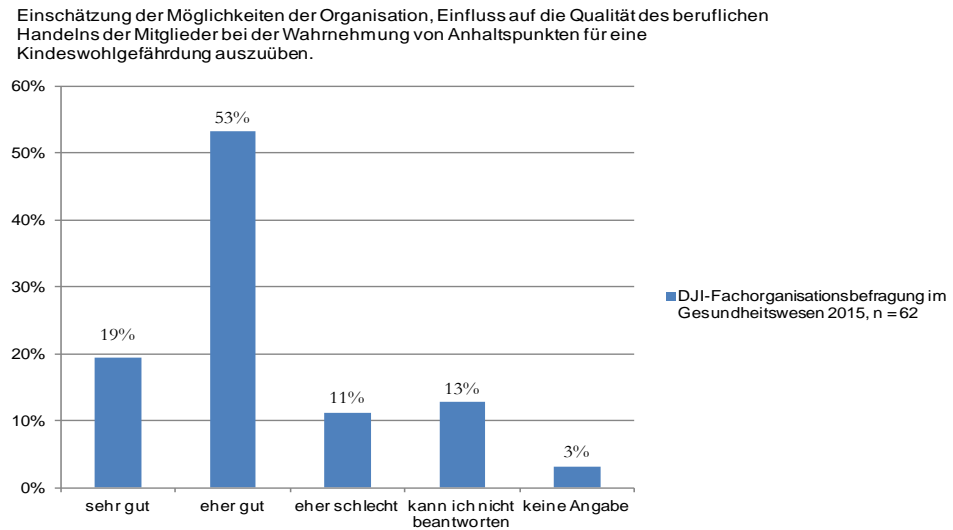
Abbildung 2: Einschätzung zum Bedarf an Fortbildungen zur Verbesserung der Qualität des beruflichen Handelns der Mitglieder

Bei unseren Mitgliedern besteht ein Bedarf an Fortbildungen zur Verbesserung der Qualität des beruflichen Handelns bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung.



Die Organisationen wurden danach gefragt, inwieweit sie eine Möglichkeit sehen, Einfluss auf das fachliche Handeln ihrer Mitglieder zu nehmen. Möglicherweise unternehmen diejenigen, die nicht an ihren Einfluss glauben, auch weniger Anstrengungen, ihre Mitglieder zu Fragen des Kinderschutzes zu informieren oder verfolgen weniger Aktivitäten im Kinderschutz. Tatsächlich zeigt sich, dass diejenigen Organisationen, die ihre Einflussmöglichkeiten als eher schlecht bewerten, kaum von Entwicklungen in ihrer Organisation seit Inkrafttreten des BKiSchG berichten ($p < 0,05$). Wie Abbildung 3 zeigt, schätzen fast drei Viertel aller befragten Organisationen die Möglichkeiten zum Einfluss auf die Qualität des beruflichen Handelns der Mitglieder bei der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung sehr gut bzw. eher gut ein.

Abbildung 3: Einschätzung der Einflussmöglichkeiten auf die Qualität des beruflichen Handelns der Mitglieder



Hinsichtlich der Einschätzungen zur Qualität des beruflichen Handelns der Mitglieder, zum Fortbildungsbedarf zur Verbesserung des beruflichen Handelns im Kinderschutz sowie zu den Einflussmöglichkeiten der Organisationen auf die Qualität des beruflichen Handelns der Mitglieder zeigen sich im Vergleich der Organisationen (Ärztzekammern, Psychotherapeutenkammern, medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände) keine signifikanten Unterschiede. Auch im Vergleich der Organisationen, die ihre Mitglieder über das BKiSchG informiert hatten und denen, die ihre Mitglieder nicht informiert hatten, sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieser Einschätzungen erkennbar. In allen Organisationsgruppen gibt es vereinzelt Organisationen, die weder zur Qualität des beruflichen Handelns ihrer Mitglieder, zum Fortbildungsbedarf, noch zu ihren Einflussmöglichkeiten auf die Qualität des beruflichen Handelns Aussagen treffen konnten.

Auf die Frage, wodurch sich die Einflussmöglichkeiten der Organisation auf die Qualität des beruflichen Handelns ihrer Mitglieder im Falle einer mutmaßlichen Kindeswohlgefährdung noch verbessern könnten, wurden verschiedene Angaben gemacht, die in Tabelle 6 dargestellt werden.

Tabelle 6: Möglichkeiten zur Verbesserung der Einflussnahme auf das berufliche Handeln von Mitgliedern

Möglichkeiten zur Verbesserung der Einflussnahme auf das berufliche Handeln	Anzahl der Nennungen
Information (über rechtliche Grundlagen zum Vorgehen und zum Datenschutz; direkter Informationspfad von Gesetzgeber zur Fachgesellschaft)	15
Aus- und Fortbildung	12
Institutionen/Stellen außerhalb der eigenen Organisation	5
Leitlinien und Handlungsempfehlungen	4
Kooperation	4
Austausch/Rücksprache bei Verdacht	3
Referenzzentren für Bildgebung bei Kindeswohlgefährdung	2
Aufbau von Qualitätszirkeln	1
Motivation, angebotene Veranstaltungen zahlreicher zu nutzen	1
Unterstützung durch Aufsichtsgremien (Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Ministerium)	1
Weitere Sensibilisierung für das Thema	1

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015

63 % der Organisationen benannten eine oder mehrere Stelle(n) außerhalb des Gesundheitswesens, die es ihren Mitgliedern erleichtern könnte(n), angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu reagieren. Bei der Beantwortung der offenen Frage danach, um welche Stelle(n) es sich dabei handelt, ist eigentlich zu erwarten, dass insbesondere solche Stellen genannt werden, mit denen bereits zusammengearbeitet wird oder auf die besondere Hoffnungen gerichtet sind. Von insgesamt 19 Organisationen, welche die offene Frage beantwortet haben, wurden insgesamt 20 Einrichtungen und Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe genannt. Des Weiteren haben acht der befragten Organisationen sonstige Einrichtungen und Organisationen angegeben. Tabelle 7 stellt die offenen Antworten auf diese Frage dar.

Tabelle 7: Stelle(n), die es den Mitgliedern erleichtern könnte(n), angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu reagieren

Einrichtungen/Organisationen	Anzahl der Nennungen
Einrichtungen/Organisationen aus der Kinder- und Jugendhilfe	20
Kinder- und Jugendhilfe	7
Jugendamt	7
Kinderschutzbund	4
Kinder- und Jugendnotdienst	2
Sonstige Einrichtungen/Organisationen	14
Gesetzgeber	2
Kinderbetreuungseinrichtungen	2
Ministerien	2
Behörden	1
Beratungsstellen	1
Bundesregierung	1
Justiz	1
Kassenärztliche Bundesvereinigung	1
Landesregierung	1
Polizei	1
Schulen	1

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015

Zusätzlich wurde eine geschlossene Frage nach verschiedenen Organisationen innerhalb des Gesundheitswesens gestellt, die dazu beitragen sollten, dass Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung reagieren. Diese Frage trug neben der Wissensgenerierung auch zur systematischen Reflexion darüber bei, welche der genannten Organisationen hilfreich sein könnten. Bei der Beantwortung der Frage bestand auch die Möglichkeit, die eigene Organisationsart auszuwählen. Fast alle Organisationen sehen die Kinder- und Jugendhilfe, z. B. Jugendämter, als Institution an, die dazu beitragen sollte, dass Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung reagieren, gefolgt von den Institutionen, in denen die Akteurinnen und Akteure beschäftigt sind. Der Befund zur Kinder- und Jugendhilfe ist angesichts der teilweise deutlich skeptischen Haltung gegenüber dieser, die in den qualitativen Studien im Gesundheitswesen erkennbar wurde, überraschend und weist daraufhin, dass ein größeres Engagement der Kinder- und Jugendhilfe auch auf der übergeordneten Ebene auf positive Resonanz stoßen würde. Wie Tabelle 8 zeigt, sind die befragten Organisationen der Ansicht, dass insgesamt eine Vielzahl verschiedener Stellen einen Beitrag dazu leisten sollte, dass Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung reagieren. Fast alle Organisationen wählten bei dieser Frage auch ihre eigene Organisationsform.

Tabelle 8: Organisationen, die dazu beitragen sollten, dass Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung reagieren

Institutionen, die dazu beitragen sollten, dass Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angemessen auf Anhaltspunkte für eine KWG reagieren	Häufigkeiten der Zustimmungen in Prozent
Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Jugendämter)	98
Institutionen, in denen Mitglieder beschäftigt sind (z.B. Kliniken)	94
Ärztekammern	92
Medizinische Fachgesellschaften	86
Berufsverbände	81
Kassenärztliche Vereinigungen	74
Psychotherapeutenkammern	73
Krankenkassen	71
Psychologische/psychotherapeutische Fachgesellschaften	69

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015, n = 62

Über die im Fragebogen genannten Stellen hinaus wurden von je einer Organisation entsprechende Ministerien und Behörden sowohl auf Bundes- als auch Landesebene, Familienberatungsstellen, Gesundheitsämter, Gesundheitsdienste, Kindergärten und Horteinrichtungen, der Hebammenverband, die BZgA sowie der G-BA³ in der Verantwortung gesehen, dafür Sorge zu tragen, dass Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angemessen auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung reagieren. Von drei Organisationen wurde außerdem der Kinderschutzbund in dieser Verantwortung gesehen. Bei der Nennung von Ministerien und dem G-BA geht es offenbar eher um eine Verbesserung der Rahmenbedingungen als um eine konkrete fachliche Qualifizierung. Kindergärten und Horte erstaunen in dieser Aufzählung.

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse, dass es weiterhin erforderlich ist, die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe für einen verbesserten Kinderschutz zu stärken. Auch die übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens sehen sich selbst als Akteure, die zu einem verbesserten Kinderschutz beitragen können, weshalb sie in ihrer Arbeit und in ihren Aktivitäten gestärkt werden sollten.

3 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

3.6 Herausforderungen in der interdisziplinären Kinderschutzarbeit

Die auch durch das BKiSchG verstärkt in das Bewusstsein gerückte Notwendigkeit einer systematischen Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe und die Versuche, diese mit den gesetzlichen Regelungen zu stärken, haben wiederum dafür sensibilisiert, dass es sich bei interdisziplinären Kooperationen um eine anspruchsvolle Aufgabe handelt (Seckinger 2001). Kooperation erfordert Kompetenzen und Bedingungen, die sich nicht alleine durch gesetzliche Regelungen entwickeln. Im Folgenden werden die drei Aspekte, die in den Fokusgruppen und in dem Interview als aktuell besonders herausfordernd in der interdisziplinären Zusammenarbeit diskutiert wurden, dargestellt.

3.6.1.1 Unterschiedliche berufliche Sprachen

In der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Arbeitsbereiche zeigen sich die unterschiedlichen beruflichen Sprachen als besondere Herausforderung. Mit der eigenen beruflichen Sprache wird offensichtlich ein eigener Kompetenzbereich definiert, den es von fachfremden Berufsgruppen zu achten gilt. Das Verwenden der Sprache des jeweils anderen Berufsfeldes birgt Konfliktpotenzial (Fokusgruppe_V1; 52; F4; Fokusgruppe_KJP1; 73; H2; Fokusgruppe_KJP1; 234-237; H1; H4; H5). Wird die eigene berufliche Sprache durch fachfremde Personen verwendet, wird dies als Überheben dieser Person über die eigene Kompetenz bzw. Minderung oder Relativierung der eigenen Kompetenz aufgefasst:

„Kommen jetzt die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und machen eine psychiatrische, in Anführungszeichen, Diagnose und sagen Ihnen, wie Sie behandeln müssen.“ (Fokusgruppe_KJP_1; 234; H1)

„Kommt vor, klar, und wir wissen, wir reagieren allergisch darauf, und deshalb müssen wir es auch gut wissen, dass die auch allergisch reagieren, wenn wir mit ihren Worten reden.“ (Fokusgruppe_KJP_1; 237; H5)

Obwohl also ein Bewusstsein dafür besteht, dass die Verwendung der Fachsprache des Kooperationspartners Widerstände auslösen kann, besteht die Hoffnung, hierdurch das eigene Ziel erreichen zu können, nämlich den anderen davon zu überzeugen, das zu tun, was man selbst für richtig hält. Ziel einer Kooperation ist es aber, gemeinsam eine Lösung für ein Problem zu finden, weshalb solch eine Strategie für eine kooperative Zusammenarbeit sehr infrage zu stellen ist. Meist scheint eine solche Strategie auch zu scheitern:

„(...) da kommt diese Medikalisierung dann auch seitens der Jugendhilfe, weil damit auch gleichzeitig die Hoffnung verbunden ist, wenn ich so einen Begriff verwende, dann müssen die behandeln [einige lachen] (H5: Wir wissen, da reagieren wir.) Genau, da reagieren wir dann immer und

sagen, ach, so nach dem Motto, Kriterien doch gar nicht erfüllt und so.“ (Fokusgruppe_KJP1; 239; H3)

„Also zum Beispiel als ich begonnen habe in der Klinik, habe ich mich regelmäßig gewundert, obwohl ich auch beim Jugendamt gearbeitet habe, wie gesagt, im Inobhutnahme-Bereich, dass Jugendämter unterschiedlich auch, kleinere noch mehr vielleicht als größere, regelmäßig an die Decke gegangen sind, wenn wir gesagt haben, wir treffen uns jetzt hier in der Klinik, da hat sich ein Hilfebedarf gezeigt. Und dann haben Mediziner gesagt oder Psychologen, kommen Sie mal zum Hilfeplangespräch. Und dann ging da richtig die Post ab, dass man manchmal den Hörer vom Ohr weghalten musste [einige lachen], weil uns da eine Arroganz vorgeworfen wurde, (...) [dass wir] uns nicht mit den Fachbegriffen auseinandersetzen“. (Fokusgruppe_V1; 52; F4)

Mit der Sprache definieren verschiedene Berufsgruppen und Arbeitsbereiche ihren Kompetenzbereich, den es von fachfremden Berufsgruppen und Arbeitsbereichen zu achten gilt. So wird auch dafür plädiert, die Unterschiedlichkeiten in den beruflichen Sprachen beizubehalten, sich aber diese Unterschiedlichkeit bewusst zu machen (Fokusgruppe_KJP1; 233; H5) und sich auf Augenhöhe zu begegnen (Fokusgruppe_KJP1; 231; H4).

Angesichts dieser Schwierigkeit erscheint es sinnvoll, fallunabhängige Austauschorte zu schaffen, z. B. Fortbildungen und gemeinsame Orte zur Reflexion bisheriger Kooperationserfahrungen, um das gemeinsame Kooperationsverständnis zu stärken und die Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen oder Reaktanz aufgrund von (un)absichtlichen Grenzüberschreitungen in die Kompetenzbereiche der Kooperationspartner zu vermeiden.

3.6.1.2 Fehlende Rückmeldung über den Fallverlauf

Die Gespräche zeigen, dass bei der Verantwortungsübernahme durch das Jugendamt, Rückmeldungen über den weiteren Verlauf des Falles an diejenigen, die das Jugendamt einbeziehen, wenn überhaupt lediglich auf informellen Wegen erfolgen (Fokusgruppe_KSG1; 213; H4; Fokusgruppe_KJÄ; 127; F2; Fokusgruppe_KJÄ; 128; H4; Fokusgruppe_KJÄ; 141; F2; Fokusgruppe_KJÄ; 145; F2; Fokusgruppe_KJÄ; 146; H5). Solchen Rückmeldungen wird jedoch in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Funktion zugesprochen (Fokusgruppe_KJÄ; 246; H4; Interview_KJA; 32; 101-103; 239; H1; Fokusgruppe_KJP1; 74; H5; Fokusgruppe_KJP1; 75; H3). Diese könnten als Feedback über die Angemessenheit der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung der Qualität der Kinderschutzarbeit dienen. Das Wissen um die Konsequenzen eigener getroffener Entscheidungen zum Einbezug des Jugendamtes könnte wachsen und das zunehmende Wissen über das Vorgehen der Jugendämter die Arbeit mit Familien im Vorfeld einer Informationsweitergabe erleichtern:

„Insofern sind sie [die Fachkräfte des Jugendamts, d. Verf.] ganz froh auch, dass es so eine Schweigepflicht gibt, und der war da ganz stolz drauf, auf seine Schweigepflicht. Führte aber bei uns zu einem, zu einem

geringen Erfahrungsschatz, wie dann das Jugendamt mit so Fällen umgeht, und deshalb können wir eben ganz selten sagen, Sie gehen jetzt da hin und dann passiert das und das und das und Sie müssen keine Angst haben (...)“ (Fokusgruppe_KJÄ; 68; H4)

„(...) wenn die Familie, die vor mir sitzt und mir sagt, so, irgendwie, was passiert jetzt, was macht das Jugendamt jetzt? Oder im weitesten Sinne Angst hat, das Kind herauszunehmen, ja, dass ich denen ganz konkret sagen kann, nein, ich kenne den und den Fall und da ist das so gelaufen und deshalb kann ich Ihnen sagen ungefähr, wie das läuft. Und da habe ich so das Gefühl, das kann ich überhaupt nicht.“ (Fokusgruppe_KJÄ; 135; H4)

Zudem würde eine Rückmeldung auch für die künftige Arbeit motivieren (Fokusgruppe_KSG1; 203; H1). Abgesehen davon wird sie für eine gleichberechtigte Kommunikation in der Zusammenarbeit im Kinderschutz als erforderlich angesehen (Fokusgruppe_V3; 31; F2).

Eine geregelte Rückmeldung über Fallverläufe zeigt sich für die Berufsheimnisträger aus dem Gesundheitswesen für ihre Arbeit im Kinderschutz von besonderer Bedeutung. Auch bei der im Rahmen der Evaluation des BKiSchG durchgeführten quantitativen Befragung von übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens und Schulen gibt es Hinweise darauf, dass diese eine Information über den weiteren Verlauf von Kinderschutzfällen als wichtig ansehen. Es scheint also lohnenswert, auch in dieser Frage neu darüber nachzudenken, wie die Zusammenarbeit verbessert werden kann. Möglicherweise bieten die Gespräche über Kooperationsvereinbarungen eine gute Gelegenheit, um über mögliche Modelle der Rückmeldung nachzudenken und Regelungen, welche das Recht auf die informationelle Selbstbestimmung von Familien berücksichtigen, zu vereinbaren.

3.6.1.3 Fehlende geregelte Finanzierung von Leistungen im Kinderschutz

Die Befragungen zeigen, dass Kinderschutzarbeit im Gesundheitswesen zumeist vom Engagement Einzelner abhängig ist, was beispielsweise am Aufbau und an der Arbeit der Kinderschutzgruppen an Kliniken sehr deutlich wird. Kinderschutzgruppen an Kliniken werden dann aufgebaut, wenn eine verbesserte Kinderschutzarbeit an der Klinik auf verschiedenen Ebenen (Mitglieder der Gruppe, Geschäftsführung, Chefarzt, Kostenträger) gemeinsam verfolgt wird (Fokusgruppe_KSG1; 7; F2; Fokusgruppe_KSG1; 10; F3; Fokusgruppe_KSG1; 18; H1). Die Mitglieder der meisten Kinderschutzgruppen leisten ihre Arbeit im Kinderschutz über ihre alltägliche Arbeit hinaus zusätzlich, ohne dass hierfür entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen:

„(...) ich bin Oberärztin der Neonatologie, da haben wir grade einen sehr großen Engpass. Da muss ich meine Dienste auch erledigen, und wenn da ein Kinderschutzfall kommt, dann mach ich das aber natürlich auch.“ (Fokusgruppe_KSG1; 7; F2)

„Nichtsdestotrotz empfinde ich auch, dass diese Arbeit immer wieder sehr frustrierend ist, weil eigentlich erwartet wird, dass man das nebenbei macht, neben seiner alltäglichen Arbeit, die man hat, das ist leider immer noch so. (...) Und das soll eigentlich alles personal- und kostenneutral erfolgen. Und das ist eigentlich das größte Problem, was ich sehe jetzt in der Zeit. Wir machen das zwei Jahre, so lange bin ich dabei, man macht das mit Engagement, aber es kommen immer wieder Phasen, wo man denkt, ach, das geht so nicht, auf diese Art und Weise. Ich komme aus dem X-Klinikum, X möchte sich das jetzt auch gern groß auf die Fahne schreiben, aber eben weiterhin personal- und kostenneutral. Und das geht einfach nicht. Also das ist bei uns der Alltag.“ (Fokusgruppe_KSG1; 10; F3)

„(...) Es ist aber so, dass wir alle (...) relativ lange in der Arbeit in der Klinik arbeiten, alle auch privat befreundet sind, insofern ist es dann halt auch so, dass dann halt irgendeiner auf dem Handy zu Hause anruft und sagt, du, da ist eine Geschichte, klären wir das heute Nacht und für morgen früh setzen wir dann halt eine Teambesprechung an. Also so läuft das halt. Aber halt nebenher in unserer Freizeit halt auch ganz viel. (Fokusgruppe_KSG1; 183; F1)“

Fehlende Ressourcen erfordern nicht nur ein großes Engagement der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und erschweren ihnen die Gewährleistung einer qualitativen Arbeit, sondern zeigen auch weitreichende Konsequenzen in der Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Einrichtungen. Dabei behindern fehlende Ressourcen einerseits die Umsetzung bereits bestehender Ansätze zur Kooperation, wenn z. B. Kooperationstreffen nicht wahrgenommen werden können (Fokusgruppe_KJP1; 68; H5; Fokusgruppe_KJP1; 69; H3; Fokusgruppe_KJP1; 121; H8; Fokusgruppe_KJP1; 122; H5; Interview_KJA; 241; H1).

Andererseits können sich fehlende Ressourcen negativ auf die Zusammenarbeit zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens auswirken, wenn Strategien dahingehend entwickelt und angewandt werden, Kosten auf das andere System abzuwälzen. Dies geschieht beispielsweise dann, wenn Jugendämter Kinder aufgrund fehlender eigener Ressourcen in der Klinik vorübergehend „parken“, um Zeit für die Organisation einer weiterführenden Hilfe zu gewinnen (Fokusgruppe_V1; 48; F1; Fokusgruppe_V1; 128; F4; Fokusgruppe_KSG2; 660-661; F3; Fokusgruppe_KSG2; 662; 666-667; H2), oder versuchen, eine klinische Abklärung von Verdachtsfällen auf Kosten der Kliniken durchführen zu lassen (Fokusgruppe_KSG1; 483-485; H1; Fokusgruppe_KSG1; 486; H2 Fokusgruppe_KSG1; 490; H4). Eine Aufforderung von Seiten der Kliniken zur Kostenübernahme durch das Jugendamt führten zum Zurückziehen des Abklärungsauftrags (Fokusgruppe_KSG2; 646; F4; Fokusgruppe_KSG2; 657; F4) oder zu Strategien, wie beispielsweise Fälle über niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte zur Abklärung zu schicken, um finanziell nicht für die Abklärung aufkommen zu müssen (Fokusgruppe_KSG2; 654; F3). Die Instrumentalisierung von Kliniken durch Jugendämter stellt die Kooperation beider Institutionen auf die Probe und führt an manchen Kliniken

inzwischen zu der Konsequenz, dass ein Aufnahmestopp für Kinder, die aus sozialer Indikation eingeliefert werden sollen, verhängt wurde.

Insgesamt kritisieren die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, dass Gesetze häufig Vorgaben machten, deren Umsetzung in der Praxis aber nicht gegenfinanziert werde:

„Die Tendenz der Gesetzgebung ist ja immer, was anzuschaffen, das kennen wir aus dem Streit der Kommunen mit den Ländern oder mit dem Bund, aber es nicht zu bezahlen. Und ich wünsche mir, dass solche Arbeiten, wenn solche Anschaffungen kommen der Kooperation und Ähnlichem, gerade auch beim Thema psychisch kranke Eltern hat man es auch immer gehabt, alles reine Interessens-, also aus Motivation interessengeleitete Projekte, die da aufgesattelt wurden und gemacht wurden, nie gegenfinanziert, jeder sagte mir, sollt (?) kooperieren. Ich wünsche mir, dass, wenn man so etwas hat, auch mal überlegt, wie finanzieren wir das, wollen wir das finanzieren oder starten wir einfach als Gutmenschen politisch korrekt alles rein? Die doofen Sozialarbeiter oder sozial eingestellten Menschen machen das dann schon. Also ich wünsche mir, dass das auch verortet wird mal, dass so etwas, wenn man das möchte, was kostet.“ (Fokusgruppe_KJP2; 229; H3)

Für eine gute Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz wird die Festschreibung von Leistungen im Kinderschutz für den Bereich des Gesundheitswesens für erforderlich gesehen, um diese auch gegenüber den Krankenkassen geltend machen zu können:

„Also, es wäre schön, wenn das Gesetz sagen könnte, das muss über die Kassen finanziert werden (H1: Genau.), das ist immer unser Problem im Medizinsystem, dass wir halt Aufgaben dazubekommen, wie in der Jugendhilfe vielleicht auch, ne, die aber nicht Kassenleistungen sind. Wenn ich mit der Kasse dasitze, ich hatte das gerade vor Kurzem, sagt der mir, ich will meine Sozialpädagogen-Stellen voll besetzen, nach Psych-PV steht mir auch zu, ja. Dann sagten die, nein, Sozialpädagogen, das ist doch Jugendamt'. [Einige lachen] Ja, die verstehen ja nichts von Psychiatrie natürlich (...), aber tatsächlich, wenn man sagt, die brauche ich, weil ich eine gute Vernetzungsarbeit brauche. Das zu argumentieren gegenüber einem Kassenvertreter, wo es um Geld geht, ist einfach schwierig, weil es auch nicht so drinsteht explizit.“ (Fokusgruppe_KJP1; 262; H5)

Deutlich wird auch, dass Kinderschutzaktivitäten auch als Leistungen im SGB V beschrieben werden müssten, damit diese auch – um des Kinderschutzes willen – als wichtige und relevante Regelaufgaben wahrgenommen werden. Dabei ginge es zunächst erst einmal noch nicht um die Frage der Finanzierung:

„Bezahlbar ist der nächste Schritt ... ich denke, gar nicht bezahlbar. Es ist eine Leistungsbeschreibung erst mal, die dazugehört, und was dann daraus wird, ist der eine Punkt, nur wenn es nirgendwo als Leistung drin ist, ist es auch nicht meine Regelaufgabe. Und ganz klar, ich als Klinikleiter, auch wenn ich (...) Ressourcen habe, ich gucke mir schon an, was meine Regelleistungen sind, wozu ich verpflichtet bin im SGB 5 und wozu ich nicht verpflichtet bin. Das ist der Punkt. Wie ich dann dazu

komme, dass es finanziert wird, ist eine ganz andere Geschichte, das wissen wir, wie das ist, also wie das läuft. Nur die Frage ist, was sind meine, also habe ich, wie du sagst, das ist in beiden Gesetzen, wenn es darum geht, um Kooperation, dann muss es in beiden Gesetzen auch irgendwo anerkannt werden, in Gesetzbüchern sind es ja vielmehr, sind ja keine Gesetze, sondern dann sind es Bücher, muss es irgendwo mit drin sein, und das sehe ich schon als eine Wichtigkeit um der Anerkennung dieses Problems willen.“ (Workshop_KJP_1; 277)

Wie nicht anders zu erwarten, führt eine größere Aufmerksamkeit für Kinderschutzfragen zu neuen, zum Teil sehr zeitintensiven Arbeiten (mehr Abklärungsaufwand, mehr Beratungsaufwand sowohl im Team als auch mit den Familien, mehr Kooperationsaufwand, auch Qualifizierungsbedarfe werden deutlich). Das BKiSchG und die hierdurch verstärkten Strategien, den Kinderschutz zu verbessern, haben dieses erneut deutlich gemacht. Dieser notwendige Mehraufwand ist jedoch bisher nicht gegenfinanziert, trotz der inzwischen erreichten Veränderung in den medizinischen Abrechnungsziffern. Zurzeit wird die unzureichende Finanzierung noch durch das quasi ehrenamtliche Engagement einzelner Personen und eine Querfinanzierung in größeren Organisationen ausgeglichen. Auf Dauer stellt dies jedoch keine verlässliche Basis für einen verbesserten Kinderschutz dar, weshalb die für die Finanzierung des Gesundheitswesens zuständigen Stellen nach Lösungen für das Ressourcenproblem suchen müssten.

3.7 Maßnahmen zur Weiterentwicklung

Die auf Landes- und Bundesebene aktiven Organisationen aus dem Gesundheitswesen, die im Rahmen dieser Online-Erhebung befragt wurden, sind wichtige Akteure bzw. könnten wichtige Akteure im Kinderschutz sein. Es ist deshalb auch naheliegend, sie nach Verbesserungsmöglichkeiten zu fragen. Tabelle 9 verdeutlicht, dass die teilnehmenden Organisationen verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit für wichtig oder sehr wichtig halten.

Tabelle 9: Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit (Angaben in Prozent)

Maßnahme zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit im Gesundheitswesen	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Gar nicht wichtig	Kann ich nicht beantworten	Keine Angabe
Nachbesprechung zwischen Jugendamt und kontaktaufnehmender Person	58	29	5	0	3	5
Vergütung der Kinderschutzarbeit im Gesundheitswesen	45	37	8	7	0	3
Möglichkeiten zum kollegialen Austausch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und PsychotherapeutInnen	42	47	3	2	2	5
Zeitliche Freistellung von Personal an Kliniken/ Krankenhäusern für die Kinderschutzarbeit	40	39	10	2	7	3
Verpflichtende Kooperation des Gesundheitswesens mit Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe	39	39	7	3	5	8
Gesetzliche Regelungen im für das Gesundheitswesen geltende Sozialgesetzbuch (SGB V)	32	34	15	5	5	10
Verpflichtende Fortbildungen für AkteurInnen des Gesundheitswesens	31	34	13	11	7	5

Quelle: DJI-Fachorganisationsbefragung im Gesundheitswesen 2015, n = 62

Fast 60 % der Organisationen bewerten eine Nachbesprechung zwischen Jugendamt und kontaktaufnehmender Person für eine Verbesserung der Kinderschutzarbeit als sehr wichtig. Diese wird auch in den Fokusgruppen und bei der im Rahmen der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes durchgeführten Befragung an Schulen thematisiert. In den qualitativen Studien wird deutlich, dass der Austausch über den weiteren Fallverlauf eine wichtige Feedbackfunktion für das fachliche Handeln der Ärztinnen und Ärzte hat. Damit könne ihrer Ansicht nach zum einen eingeschätzt werden, ob die Entscheidung zum Einbezug des Jugendamtes richtig war, zum anderen ein besseres Verständnis für die Handlungsschritte der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt werden und daraus auch Erfahrungen für künftige Entscheidungssituationen gewonnen werden.

Von der Kinder- und Jugendhilfeseite sollte dieses Anliegen konstruktiv aufgegriffen werden, ohne dabei die bestehenden datenschutzrechtlichen Regelungen zu unterlaufen. Wie wichtig solche Rückkopplungen sind, ist auch daran erkennbar, dass sie von mehr übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens als sehr wichtig bewertet werden als die Erhöhung der Vergütung.

42 % der Organisationen sehen in Möglichkeiten zum fachlichen Austausch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten weitere sehr wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit. Auch dies ist ein Hinweis darauf, dass innerhalb des Gesundheitswesens ein Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass Kinder-

schutzfragen sinnvollerweise in Teams bearbeitet werden sollten. Auch die Freistellung von Personal an Kliniken und Krankenhäusern für die Kinderschutzarbeit und verpflichtende Kooperationen mit der Kinder- und Jugendhilfe werden von den meisten Organisationen als wichtig bzw. sehr wichtig für einen verbesserten Kinderschutz eingeschätzt. Gesetzliche Regelungen im SGB V und verpflichtende Fortbildungen für Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens werden jeweils nur von etwa einem Drittel der befragten Organisationen als sehr wichtig bewertet. 15 % der Organisationen halten Regelungen im SGB V sogar für weniger wichtig und 11 % bewerten verpflichtende Fortbildungen als gar nicht wichtig.

Im Vergleich der Organisationen (Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern, medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände) zeigten sich hinsichtlich der Bewertungen keine signifikanten Unterschiede. Allerdings wurde die Vergütung der Kinderschutzarbeit im Gesundheitswesen häufiger von solchen Organisationen als wichtig bewertet, die ihre Mitglieder über die Regelungen des BKiSchG informiert hatten ($p < 0,01$). Auch die Freistellung von Personal an Kliniken/Krankenhäusern ($p < 0,05$) und die Möglichkeit zum kollegialen Austausch ($p < 0,05$) sowie die Nachbesprechung mit dem Jugendamt ($p = 0,05$) wurde von diesen häufiger als wichtig bewertet. Möglicherweise überblicken diese – wahrscheinlich auch aufgrund von Rückmeldungen ihrer Mitglieder – sowohl den Aufwand für die Kinderschutzarbeit als auch die entsprechenden Notwendigkeiten für einen verbesserten Kinderschutz eher und bewerten diese somit auch häufiger als wichtig.

Über die im Fragebogen aufgeführten Maßnahmen hinaus wurden von einzelnen Organisationen weitere Maßnahmen als sehr wichtig benannt. Hierzu zählen die gesetzliche Verortung des medizinischen Kinderschutzes nicht nur im SGB V, sondern auch zwischen SGB V und SGB VIII, der Kontakt zwischen den Berufsgruppen, die direkt mit dem betroffenen Kind oder seiner Familie zu tun haben, eine besser strukturierte Kooperation von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, regionale Netzwerke mit regelmäßigen Treffen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kindergynäkologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine bessere und engere Abstimmung auch der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure in der Medizin, die Schaffung von Referenzzentren zur Beurteilung der Bildgebung sowie die telefonische Erreichbarkeit einer Kinderschutzambulanz mit einer Beratung durch Ärztinnen und Ärzte an rechtsmedizinischen Instituten sowie eine Liste über forensisch und gynäkologisch erfahrene Ärztinnen und Ärzte.

3.8 Handlungs- und Rechtssicherheit

Eine Intention des BKiSchG ist es, die Handlungs- und Rechtssicherheit für schweigepflichtige Personen zu erhöhen, wenn diese im Rahmen ihrer Berufsausübung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen. Wie eingangs dargelegt, stand bei der Entwicklung des

BKiSchG die Erhöhung der Handlungs- und Rechtssicherheit für Berufsheimlichkeitssträger aus dem Gesundheitswesen in besonderer Weise im Fokus.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen erkennen, dass die Regelungen des § 4 KKG bei Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens sowohl zu einer Erhöhung oder zumindest Stärkung der Handlungs- und Rechtssicherheit beitragen, als auch Verunsicherungen auslösen.

Verunsichernd wirkt das BKiSchG bei Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, wenn es von ihnen Veränderungen in ihren bisherigen Denk- und Handlungsweisen verlangt. Dies trifft zum einen für solche Personen zu, die bislang noch keine Erfahrung mit Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung gemacht haben:

„(..) also wir machen ja im Rahmen unsere, im Rahmen der Medizinstudenten so einen Blog, wo es um Thema Kindesmisshandlung geht, geht es auch um das Thema Schweigepflicht. Wir erzählen denen sozusagen die neuen Gegebenheiten des Bundeskinderschutzgesetzes. Wir haben es auch evaluiert und da ist zum Beispiel auch die Frage, ob, wo ich der Meinung bin, wir haben denen das relativ gut erzählt, dass die Studenten schon angekreuzt haben, dass sie bezüglich der Schweigepflicht, bezüglich des Umgangs mit der Schweigepflicht, trotz dieses Seminars, was wir dazu angeboten haben, sehr, sehr unsicher sind, ne. Ist so, ne. Obwohl wir relativ klar das formuliert haben. Aber da sieht man mal, dass, wenn man relativ lange in diesem System arbeitet, dass man eine Sicherheit hat. Und jemand, der das sozusagen zum ersten Mal, der wenig Schnittpunkte damit hat, trotz alledem sehr, sehr unsicher ist, ne. Und die [Studierenden, d. Verf.] auch, die können ja dann immer sonstige Anmerkungen machen und dass sie immer wieder angegeben haben, sie würden sich wünschen, dass sie da noch mal extra ein Seminar von einem Juristen haben, der das noch mal erklärt und so. Obwohl wir der Meinung sind, Mensch, wir haben denen das eigentlich schon klar dargelegt. Aber so klipp und klar ist es nicht, wie es für uns ist.“ (Fokusgruppe_KSG2; 48; H4)

„(..) und bei denen [medizinischen Fachberufen, d. Verf.], die es wissen [dass das BKiSchG in Kraft getreten ist, d. Verf.], würde ich sagen, ist Verunsicherung in einer vornehmen Formulierung und Angst in einer etwas schärferen Formulierung dann das vorherrschende Gefühl. Also wenn die dann sozusagen mal fortgebildet wurden, ein bisschen umfassender darüber, dann sagen sie manchmal am Ende, es wäre besser gewesen, wir hätten es nie gewusst, was wir da jetzt eigentlich machen müssen.“ (Fokusgruppe_V1; 11; H2)

Diese Verunsicherung mag weniger mit den gesetzlich formulierten Vorgaben zum Vorgehen bei der Wahrnehmung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zusammenhängen als vielmehr mit der ersten intensiveren Auseinandersetzung über das komplexe Konstrukt der Kindeswohlgefährdung, den erforderlichen Abwägungen, aber sicherlich auch den zusätzlich hinzukommenden Belastungen und Emotionen.

Verunsicherung können die gesetzlichen Vorgaben dann auslösen, wenn sie ein – gegenüber dem bisherigen – verändertes Vorgehen fordern. Dies zeigte sich beispielsweise im Führen von Gesprächen mit Eltern zur Erörte-

rung der Situation, wenn dies bisher nicht zur alltäglichen Arbeit gehörte, oder dieses unter anderen als den bislang gewohnten Bedingungen – also nicht nur wenn die Eltern von sich aus Hilfe aufsuchen, sondern sich die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens selbst den Auftrag geben, aktiv zu werden – stattfinden soll.

Fehlen den Akteurinnen und Akteuren zur Umsetzung der vorgegebenen Handlungsschritte die entsprechenden Kenntnisse, z. B. über geeignete und vorhandene Hilfen für Familien, so kann die gesetzlich verankerte Aufgabe sie in ihrem Handeln verunsichern:

„Und dann sollen die als nächsten Schritt Hilfe anbieten, und ich glaube, da ist das große Problem in der Beratung. Die wissen nämlich nicht, welche Hilfe für welche Indikation wirklich gut geeignet ist. (...) Wie komme ich da dran? Was kostet das? Wann haben die Sprechzeiten? Das geht auch um ganz praktische Dinge zum Teil, ja.“ (Fokusgruppe_V2; 114-116; H2)

Eine fehlende Vermittlung der Intention des Gesetzes beispielsweise in Praxis- und Handlungsempfehlungen ist ebenfalls ein Grund dafür, dass das BKiSchG zu Verunsicherungen führt. So zeigte sich beispielsweise bei der Aufgabe zur Erörterung der Situation mit Eltern, dass Unsicherheit darüber bestand, wie die gesetzlich vorgegebene Aufgabe zu verstehen und umzusetzen ist. Eine fehlende Übersetzung der Regelungen für die Praxis führt zudem dazu, dass das Potenzial, das diese für einen verbesserten Kinderschutz haben, nicht erkannt und deshalb auch nicht entfaltet wird. Dies zeigten die Diskussionen zur Inanspruchnahme insoweit erfahrener Fachkräfte.

Die Regelungen des § 4 KKG tragen für die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, die sich durch die gesetzlich festgeschriebenen Handlungsschritte in ihren bisherigen Vorgehensweisen bestätigt sehen, zu einer Erhöhung oder zumindest Stärkung der Handlungs- und Rechtssicherheit bei:

„Durch die Möglichkeit, im Gesetz geregelt, das Jugendamt zu informieren, was man früher auch konnte, aber da war es deutlich komplizierter, das zu machen, jetzt ist es deutlich vereinfacht.“ (Fokusgruppe_V1; 6; H1)

Mit Blick auf die Handlungs- und Rechtssicherheit zeigt sich insgesamt, dass die Regelungen des § 4 KKG insbesondere diejenigen, die bereits im Sinne des Gesetzes handeln, in ihrem Vorgehen bestärken und die Regelungen von diesen als sinnvoll anerkannt werden. Damit haben die Regelungen grundsätzlich das Potenzial, die Arbeit der Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz zu verbessern. Dafür bedarf es aber einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Gesetz, wozu Gelegenheiten zum gegenseitigen Austausch geschaffen und Erläuterungen beispielsweise in Form von Handlungsleitlinien zur Verfügung gestellt werden müssen, damit die Intention der gesetzlichen Regelungen und ihr Potenzial zur Weiterentwicklung auch der eigenen Arbeit für einen verbesserten Kinderschutz erkannt und angegangen werden können.

4 Fazit

Die Befragungen im Gesundheitswesen zeigen, dass das BKiSchG in diesem Bereich positive (Weiter-)Entwicklungen für einen gelingenden Kinderschutz unterstützt.

Kinderschutz wird von den meisten befragten übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens über unterschiedliche Informationswege thematisiert. Auch das BKiSchG im Besonderen löste bei etwa 2/3 der befragten Organisationen Informationsaktivitäten aus. Zu überlegen wäre, wie auch Organisationen, die sich bislang nicht oder kaum mit Themen des Kinderschutzes befasst haben und keine oder nur wenige Aktivitäten zur Verbesserung des Kinderschutzes unternehmen, stärker als bisher für die Kinderschutzthematik sensibilisiert und in ihren Aktivitäten unterstützt werden können.

Während Informationen insbesondere zum BKiSchG im Allgemeinen und zu den Regelungen des § 4 KKG erfolgten, spielen die Regelung des § 8b Abs. 2 SGB VIII (Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen) für die befragten Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vergleichsweise deutlich weniger eine Rolle. Zwar wurden insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie – auch schon in der Zeit vor Inkrafttreten des BKiSchG – Schutzkonzepte erarbeitet, womit sich deren Praxis im Sinne des Gesetzes entwickelt, über die Möglichkeit, sich vom jeweils zuständigen Landesjugendamt beraten lassen zu können, waren die Befragten jedoch nicht informiert. Es wäre sinnvoll, darüber nachzudenken, ob es im Rahmen fachlicher Empfehlungen oder Veränderungen in anderen Gesetzen einer Klarstellung hinsichtlich der Notwendigkeit, auch im Gesundheitswesen entsprechende Schutzkonzepte zu entwickeln, bedarf.

Für die Intention des Gesetzes zur Erhöhung der Handlungs- und Rechtssicherheit lässt sich feststellen, dass die Regelungen des § 4 KKG bei Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens sowohl zu einer Erhöhung oder zumindest Stärkung der Handlungs- und Rechtssicherheit beitragen als auch Verunsicherungen auslösen. Verunsicherungen entstehen bei den Akteurinnen und Akteuren durch die gesetzlichen Regelungen dann, wenn diese von ihnen veränderte Denk- und Handlungsweisen verlangen. Dies trifft für solche Personen zu, die bislang noch keine Erfahrung mit Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung gemacht haben. In diesen Konstellationen ist die Verunsicherung jedoch eher auf die erste intensivere Auseinandersetzung mit Kindeswohlgefährdung zurückzuführen, als auf die gesetzlich formulierten Vorgaben. Verunsicherungen zeigten sich auch dann, wenn beispielsweise das Führen von Elterngesprächen zur Erörterung der Situation (§ 4 Abs. 1 KKG) bisher nicht zur alltäglichen Arbeit gehörte oder dies unter anderen als den bisherigen Bedingungen stattfinden soll. Geben sich beispielsweise niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Falle der Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine

Kindeswohlgefährdung selbst den Auftrag, tätig zu werden, zeigen sich Gespräche mit Eltern aufgrund der Sorge des Vertrauensverlustes der Familie und damit auch des Verlustes des Zugangs zum Kind als Herausforderung. Mögliche negative wirtschaftliche Auswirkungen stellen ebenfalls eine Besorgnis dar.

Auch fehlende Kenntnisse zur Umsetzung der Handlungsschritte nach § 4 KKG, wie z. B. fehlende Kenntnisse über geeignete Angebote für Familien vor Ort, um bei diesen auf Hilfen hinzuwirken, können zu einer Verunsicherung führen. Entsprechend scheinen Handlungsempfehlungen erforderlich, welche die Aufgabe zur Erörterung der Situation mit den Eltern beschreiben und diese für Akteurinnen und Akteure in unterschiedlichen Kontexten des Gesundheitswesens anwendbar machen. Darüber hinaus könnten Fortbildungen sinnvoll sein, in denen den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens Räume eröffnet werden, Gespräche mit Eltern in schwierigen Situationen zu erlernen und zu erfahren, weshalb Transparenz gegenüber den Eltern und ihre Beteiligung wichtig ist.

Für Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, die sich durch die rechtlich festgelegten Schritte zur Erörterung der Situation im Gespräch mit den Eltern und dem Hinwirken auf Hilfen in ihrem bisherigen Handeln bestätigt sehen – und von ihnen so auch keine neuen oder veränderten Denk- und Handlungsweisen abverlangen – ist mit dem Inkrafttreten des BKiSchG eine Stärkung ihrer Handlungs- und Rechtssicherheit einhergegangen.

Die Erkenntnisse zur Inanspruchnahme einer insoweit erfahrenen Fachkraft nach § 4 Abs. 2 KKG machen deutlich, dass den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens die Rolle und der Auftrag einer insoweit erfahrenen Fachkraft unklar sind. Die eigenen Vorstellungen von der Arbeit einer insoweit erfahrenen Fachkraft und nicht kommunizierte Zuständigkeiten vor Ort tragen dazu bei, dass die Möglichkeit zur anonymisierten Beratung kaum wahrgenommen wird. In der Konsequenz kann die Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft bislang nicht zur einer erhöhten Handlungs- und Rechtssicherheit im konkreten Einzelfall beitragen. Handlungsempfehlungen, die verdeutlichen, welche Rolle und welchen Auftrag insoweit erfahrene Fachkräfte haben und die aufzeigen, wann die Inanspruchnahme einer Beratung durch insoweit erfahrene Fachkräfte sinnvoll sein kann, scheinen ebenso erforderlich zu sein wie gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, in denen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens die für sie zuständigen insoweit erfahrenen Fachkräfte kennenlernen.

Angesichts dessen, dass der Beratungsanspruch zur Entwicklung und Anwendung von fachlichen Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie zu Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren nach § 8b Abs. 2 SGB VIII unter den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens nicht bekannt ist und sie sich von diesem nicht angesprochen und zur Inanspruchnahme von Beratung aufgefordert fühlen, wäre darüber nachzudenken, ob es im Rahmen fachlicher Empfehlungen oder Veränderungen in anderen Gesetzen einer Klarstellung bedarf.

Die Ergebnisse der Befragungen im Gesundheitswesen bestätigen, dass eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe für einen verbesserten Kinderschutz weiterhin voranzutreiben ist. Auch die übergeordneten Organisationen des Gesundheitswesens sehen sich selbst als Akteure, die zu einem verbesserten Kinderschutz beitragen können, weshalb sie in ihrer Arbeit und in ihren Aktivitäten gestärkt werden sollten.

Sichtbar wurden besondere Herausforderungen in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. In den Untersuchungen des Projektes kamen unterschiedliche Sprachen verschiedener Berufsgruppen, fehlende Rückmeldungen über Fallverläufe sowie ungeklärte Ressourcenfragen als Hürden in der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Vorschein. Insgesamt regen die gesetzlichen Regelungen die Praxis zu Überlegungen dahingehend an, wie eine gelingende Kooperation für einen verbesserten Kinderschutz auszugestalten wäre und fördern damit eine stärkere Auseinandersetzung der beteiligten Akteurinnen und Akteure über die gemeinsame Kooperation.

Was kann über die Wirkungen des BKiSchG im Hinblick auf die Rolle des Gesundheitswesens im Kinderschutz gesagt werden? In dieem Zusammenhang stellen sich mehrere Fragen: Hat das BKiSchG dazu beigetragen, dass das Gesundheitswesen in seiner Rolle im Kinderschutz gestärkt wird? Hat es dazu beigetragen, dass das Gesundheitswesen von der Kinder- und Jugendhilfe stärker und systematischer in die Belange des Kinderschutzes eingebunden wird? Oder – aus anderer Perspektive betrachtet – ist es gelungen, dass das Gesundheitswesen inzwischen stärker und systematischer als früher die Brücke zur Kinder- und Jugendhilfe schlägt, wenn es um Fälle von (vermuteter) Kindeswohlgefährdung geht?

Die Ergebnisse zu den Wirkungen des BKiSchG im Gesundheitswesen zeigen, dass in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes durchaus entsprechende Aktivitäten angestoßen oder bereits bestehende Entwicklungen durch die neuen gesetzlichen Regelungen unterstützt werden. So werden mit den Regelungen des § 4 KKG nicht einfach nur abgestufte Verfahrensschritte vorgegeben, sondern Berufsgeheimnisträger des Gesundheitswesens gezielt angesprochen und in den Auftrag zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl einbezogen. Dabei steht die Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen in der Praxis aber vor allem für diejenigen, die bislang noch nicht von den Regelungen erfahren, die noch keine Informationen in Form von Handlungsempfehlungen oder ähnlichem erhalten und die bislang keine Erfahrungen im Kinderschutz gesammelt haben, erst in den Anfängen.

Das Gesundheitswesen stärker als in der Zeit vor dem BKiSchG in die Belange des Kinderschutzes einzubeziehen, scheint auf Ebene der fallübergreifenden Kooperation noch weitere Bemühungen von beiden Seiten zu erfordern. Zwar zeigen sich in beiden Systemen (Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe) Bemühungen, und insbesondere im Rahmen der Frühen Hilfen scheinen sich die Systeme aufeinander zuzubewegen, um verschiedene Berufsgruppen und Arbeitsfelder fallübergreifend zu vernetzen und Familien an die für den Einzelfall erforderlichen Stellen zu vermit-

teln bzw. ihnen die notwendigen Unterstützungen zukommen zu lassen (vgl. Bericht NZFH).

Geht es aber um Fälle, in denen Kinder im Alter von über drei Jahre betroffen sind, kann noch nicht von einer ganz selbstverständlichen und regelhaften Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen gesprochen werden. Das BKiSchG setzt Impulse, die dazu anregen, weiter über die Kooperation im interdisziplinären Kinderschutz nachzudenken. In den nächsten Jahren wird die Praxis weiter gefordert sein, die besonderen Herausforderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu meistern. Bei all den berechtigten und auch wichtigen Abgrenzungsbedürfnissen zu anderen Professionen darf das Gerangel darum, wer denn eigentlich über die wahren Kompetenzen im Kinderschutz verfügt, wer finanziell für eine bestimmte Leistung aufkommen muss oder ungelöste Kooperationsaufgaben, wie die Regelung einer Rückmeldung über Fallverläufe, nicht über dem stehen, worum es allen Beteiligten letztlich geht bzw. gehen muss, nämlich das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen.

Literatur

- AG KiM (2015): <http://www.ag-kim.de/index.php?id=154> (30.06.2015)
- BAG; BKJPP; DGKJP (2011): http://www.pfad-bv.de/dokumente/Blog/2011-01%20Ulm%20Stellungnahme_BKiSchG.pdf (12.03.2015)
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StellRefKinderschutzgesetz_15022011.pdf (12.03.2015)
- DAKJ (2008): <http://daki.de/media/stellungnahmen/daki/2008-stellungnahme-bkischg.pdf> (12.03.2015)
- Derr, Regine (2015): Ergebnisse aus der Erhebung der Landesjugendämter. Bericht zu den „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen“. Unveröffentlichter Werkstattbericht des Projektes vom 15.04.2015
- DGKJP (2015): <http://www.dgkjp.de/kliniken> (12.03.2015)
- Diekmann, Andreas (2013): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg
- Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Knorr, Carolin C./Künster, Anne K. (2010): Kinderschutz im Spannungsfeld von Gesundheits- und Jugendhilfe: Bedeutung evidenzbasierter Strategien. In: Suess, Gerhard J./Hammer, Wolfgang (Hrsg.): Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Stuttgart
- Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg
- Kemper, Andrea/Kölch, Michael/Fangerau, Heiner/Fegert, Jörg M. (2010): „Ärztliche Schweigepflicht bei Kindeswohlgefährdung. Mehr Handlungssicherheit durch die neuen Kinderschutzgesetze?“, Ethik in der Medizin, 22. Jg., S. 33–47
- Knorr, Carolin C./Fangerau, Heiner/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M. (2009): „Ich rede mit den 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. JAmt, Heft 07–08, S. 352–357
- Littig, Beate (2011): Interviews mit Experten und Expertinnen. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Weinheim und München
- Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia (2009): Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen. In: Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia/Kindler, Heinz: Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München
- Morgan, David L. (1988): Focus Groups as Qualitative Research. Newbury Park, CA
- Peucker, Christian/Gragert, Nicola/Pluto, Liane/Seckinger, Mike (2010): Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen einer Förderung von Kindern. München
- Pluto, Liane/Santen, Eric van/Peucker, Christian (2016): Das Bundeskinderschutzgesetz in der Kinder- und Jugendhilfe. Empirische Befunde zum Stand der Umsetzung auf kommunaler Ebene. München
- Pluto, Liane/Gragert, Nicola/van Santen, Eric/Seckinger, Mike (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Eine empirische Strukturanalyse. München
- Seckinger, Mike (2001): Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Arbeit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 Jg., Heft 4, 279–292.
- Ziegenhain, Ute/Schöllhorn, Angelika/Künster, Anne K./Hofer, Alexandra/König, Cornelia/Fegert, Jörg M. (2011): Modellprojekt guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Niestetal

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstr.2
81541 München
Telefon +49(0)89 62306-0
Fax +49(0)89 62306-162
www.dji.de