



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## **Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend für ein

„Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und  
Jugendlichen“ (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG)

Stand: 22.12.2010

Berlin, 15.02.2011

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin



Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bedanken sich für die Möglichkeit der Abgabe einer Stellungnahme zum vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein „Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen“ (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG).

Als Artikelgesetz beinhaltet der Entwurf insbesondere ein Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), Änderungen des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) sowie punktuelle Änderungen weiterer damit im Zusammenhang stehender Gesetze.

In der folgenden Stellungnahme werden die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung primär auf solche Regelungsinhalte des vorliegenden Entwurfs eingehen, die Aspekte der ärztlichen Berufsausübung sowie wesentliche strukturelle Fragen tangieren. Deshalb wird insbesondere auf die Regelungen in den §§ 2-5 des KKG-E eingegangen.

### 1. **Die Schaffung einer bundeseinheitlichen Regelung einer Befugnis für Berufsheimlichkeitsverpflichtete zur Weitergabe von Informationen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt wird begrüßt.**

Mit den Regelungen in den §§ 4 und 5 KKG-E wird ein differenziertes und abgestuftes Modell der Beratung von Eltern, Kindern und Jugendlichen bei **gewichtigen Anhaltspunkten** für eine Kindeswohlgefährdung geschaffen. Bestimmte Personen bzw. Personengruppen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit in einem unmittelbaren Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen und ausbildungsbedingt zur Erörterung der einschlägigen Problemlagen mit den Eltern, Kindern und Jugendlichen befähigt sind, sollen mit diesen die Situation besprechen und soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten (in der Regel den Eltern) auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht infrage gestellt wird. Das Gespräch bzw. die Motivation für die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen steht gemäß § 4 Abs. 1 KKG-E zunächst im Vordergrund.

Ein wesentliches Kriterium für die Beratung von Eltern, Kindern und Jugendlichen bildet der unbestimmte Rechtsbegriff „**gewichtige Anhaltspunkte**“, dem keine Legaldefinition unterliegt. Es fehlt somit an einer Konkretisierung, was als gewichtige Anhaltspunkte zu bewerten ist. Auch bleibt unklar, ob aufgrund der gewählten Pluralform immer mindestens zwei Anhaltspunkte erforderlich sein sollen, oder ein einziger gewichtiger Anhaltspunkt ebenfalls bereits ausreichend sein kann. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte der Begriff entweder definiert oder in der Norm, zumindest aber in der Begründung des Gesetzes, mit einer exemplarischen Aufzählung entsprechender Anhaltspunkte unterlegt werden.

In diesem Kontext sei darauf hingewiesen, dass in § 8b Abs. 1 SGB VIII-E im Unterschied zur Formulierung in § 4 KKG-E („gewichtige Anhaltspunkte“) nur von „Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung“ die Rede ist. Es sollte daher klargestellt werden, ob und dass in beiden Normen von denselben Tatbestandsvoraussetzungen ausgegangen wird.

§ 4 Abs. 1 KKG-E gibt durch den Regelungskontext eine bestimmte Prüfungsreihenfolge vor. Entscheidend dafür, dass eine Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtert werden kann, ist die wirksame Gewährleistung des Schutzes des Kindes oder Jugendlichen. Insofern ist dieser Aspekt elementare Voraussetzung für die gemeinsame Erörterung und sollte daher regelungstechnisch vorgezogen werden.

Die weiteren Formulierungen des Absatzes sind so gewählt, als müssten die berechtigten Personen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung immer mit dem betroffenen Kind



oder Jugendlichen **und** dem Personensorgeberechtigten gemeinsam die Situation erörtern. Diese zwingende Verknüpfung dürfte sich in der Praxis jedoch als kontraproduktiv erweisen, so dass auch an dieser Stelle eine eindeutige Formulierung gewählt werden sollte.

Da es im Einzelfall schwierig sein kann, die Kindeswohlgefährdung einzuschätzen oder den Hilfebedarf abzuklären, besteht für den Personenkreis nach § 4 Abs. 1 KKG-E und somit auch für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, eine Beratung durch eine „Kinderschutzfachkraft“ in Anspruch zu nehmen. Zu diesem Zweck kann es erforderlich sein, bestimmte Daten zu übermitteln, die jedoch zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren sind.

Darauf aufbauend regelt § 5 KKG-E die Weitergabe von Informationen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung. Mit diesem Regelungsvorschlag wird die Schweigepflicht nach § 203 StGB allgemein nicht aufgehoben. Vielmehr wird unter den in §§ 4 und 5 KKG-E genannten Voraussetzungen den jeweiligen Berufsträgern (und damit auch Ärztinnen und Ärzten) die Befugnis eingeräumt, das Jugendamt zu informieren und zu diesem Zweck die personenbezogenen Daten mitzuteilen. Dabei handelt es sich um eine bundeseinheitliche Befugnisnorm, von der im Einzelfall Gebrauch gemacht werden kann, und die klar von einer (undifferenzierten) Meldeverpflichtung zu unterscheiden ist. Mit der Norm wird ausschließlich und bundeseinheitlich die Weitergabe von Informationen **an das Jugendamt** im Falle einer Gefährdung des Kindeswohls geregelt. Im Übrigen besteht die Schweigeverpflichtung, z. B. gegenüber anderen Behörden, fort. Aufgrund der Bedeutung der unterschiedlichen Kontexte der §§ 34, 203 StGB und §§ 4 f. KKG-E sollten diese in der Gesetzesbegründung näher erläutert bzw. gegeneinander abgegrenzt werden.

Im Ergebnis wird der in den §§ 4 f. KKG-E gewählte Regelungsansatz seitens der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begrüßt. Es wird darauf hingewiesen, dass der unbestimmte Rechtsbegriff „gewichtige Anhaltspunkte“ – wie oben bereits ausgeführt – aus Gründen der Rechtsklarheit entweder definiert oder in der Norm, zumindest aber in der Begründung des Gesetzes, exemplarisch erläutert werden sollte.

## **2. Die Kinderschutzfachkraft muss über eine notwendige Qualifikation verfügen und im Einzelfall erforderliche ärztliche Kompetenzen hinzuziehen können.**

Mit § 4 Abs. 2 KKG-E erhalten die in § 4 Abs. 1 KKG-E aufgeführten Berufsgruppen die Möglichkeit, in schwierigen Fällen der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung oder zur Klärung des Hilfebedarfs und unter Wahrung der Anonymität des Betroffenen eine Kinderschutzfachkraft beratend hinzuzuziehen.

Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen; sie ermöglicht es der behandelnden Ärztin bzw. dem Arzt, sich in unklaren Fällen, insbesondere zur Abklärung der gewichtigen Anhaltspunkte, extern beraten zu lassen, ohne dass die Persönlichkeitsrechte des Patienten verletzt werden.

Da der vorliegende Referentenentwurf für die in § 4 Abs. 2 KKG-E verankerte Kinderschutzfachkraft keine Qualifikationsvoraussetzungen bestimmt, ist sicherzustellen, dass diese schnell und kompetent geeigneten medizinischen Rat hinzuziehen kann. Diesbezüglich sind die konkreten Strukturen und die damit verbundene Regelungsnotwendigkeit nicht klar erkennbar; insofern besteht hier weiterer Klärungsbedarf.

Wegen der bei vielen Kinderärzten gegebenen Bedenken gegen jede Weitergabe ärztlicher Informationen an die Jugendämter wird empfohlen zusätzlich den Meldeweg über die Gesundheitsämter zu ermöglichen.



### **3. Familienhebammen können ihre spezifischen Kompetenzen in den ersten Lebensmonaten von Kindern unterstützend einbringen, jedoch keine Lotsenfunktion im Kinder- und Jugendschutz übernehmen.**

Nach § 3 Abs. 4 KKG-E sollen die regional aufzubauenden Netzwerke Frühe Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden, wozu eine zeitlich befristete Initiative des Bundes angekündigt wird.

Auf Seite 7 der Gesetzesbegründung wird der Einsatz einer Familienhebamme einerseits als umfassend, andererseits eher vage dargestellt: „... Familienhebammen kommt aufgrund ihres spezifischen Aufgabenprofils eine Schlüsselrolle zu. Sie tragen bei Müttern und Vätern in belastenden Lebenslagen sowohl einem psychosozialen als auch medizinischen Unterstützungsbedarf Rechnung und haben einen unmittelbaren Zugang zu diesen Familien im Kontext Früher Hilfen. Im Rahmen von regionalen Netzwerken Früher Hilfen sind sie eine zentrale Unterstützung und haben eine wichtige Lotsenfunktion“.

Wir weisen darauf hin, dass die Familienhebammen damit über ihren eigentlichen berufsgesetzlichen Auftrag zur Geburtshilfe nach § 5 Hebammengesetz tätig werden sollen: So ist das Ausbildungsziel, Hebammen insbesondere zu befähigen „... Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufes frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen“. Entsprechend diesem inhaltlichen Rahmen umfasst die Vergütung der Hebammenleistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung medizinische Leistungen grundsätzlich bis zur achten Woche nach der Geburt. Demgemäß können Familienhebammen aufgrund ihrer Qualifikation zum Einsatz kommen.

Die inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen an die Familienhebamme gehen im vorliegenden Gesetzentwurf jedoch weit über die im Hebammengesetz beschriebenen Aufgaben hinaus. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht gerechtfertigt, sie mit einer Lotsenfunktion zu betrauen, welche „...im Netzwerk Frühe Hilfen die Hilfeanteile der im präventiven Kinderschutz zentralen Systeme ‚Gesundheitswesen‘ und ‚Kinder- und Jugendhilfe‘ in sich vereint und zusammenführt“ (siehe Begründungstext Seite 7).

Aufgrund der Kompetenzen in der Kindesentwicklung und -versorgung sowie der Kenntnis des häuslichen Umfelds kann die Familienhebamme hingegen in vulnerablen Familien als ein wichtiges Verbindungsglied zwischen den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie den Einrichtungen der ärztlichen Versorgung tätig werden. Eine enge Kooperation mit dem ÖGD erscheint sinnvoll.

Für die medizinischen Fragestellungen muss die Lotsenfunktion jedoch aufgrund von Qualifikation und Aufgaben im Gesundheitswesen dem behandelnden Arzt/der Ärztin zukommen. Die Gesetzgeber haben sich auf Bundes- und Landesebene ebenso wie der Gemeinsame Bundesausschuss in den letzten Jahren intensiv darum bemüht, durch den Aufbau verbindlicher Teilnahmesysteme an den gesetzlich vorgesehenen Kinderuntersuchungen die Früherkennung möglicher Gefährdungspotentiale durch den Arzt bzw. die Ärztin zu stärken. Mit derselben Intention wurde in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ die Rolle des untersuchenden Arztes zur Abwendung einer drohenden Kindeswohlgefährdung hervorgehoben. Darin heißt es nun im allgemeinen Teil:

„Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.“



Weder den Gesetzesformulierungen in § 3 Abs. 4 KKG-E, noch dem Begründungstext ist zu entnehmen, warum durch den Einsatz von Familienhebammen die Netzwerke Frühe Hilfen gestärkt werden. Auch wird anhand der vorliegenden gesetzlichen Regelung nicht ersichtlich, wie das Zusammenwirken der Netzwerke mit den Familienhebammen erfolgen soll. Es besteht weiterer Klärungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund könnte die Lotsenfunktion von den behandelnden Ärzten/behandelnden Ärztinnen, hier insbesondere den Hausärzten/Hausärztinnen bzw. Kinderärzten/-ärztinnen, übernommen werden. Deshalb ist § 3 Abs. 4 KKG-E wie folgt zu formulieren:

„Der Kinderschutz kann durch den Einsatz von Familienhebammen in den ersten Lebensmonaten gestärkt und das Kindeswohl gefördert werden. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit der betreuenden ärztlichen Person zu gewährleisten.“

#### **4. Widersprüche zwischen verschiedenen Gesetzesnormen sind aufzulösen.**

Im Rahmen des § 294a SGB V (Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden) sind die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt bzw. die ärztlich geleiteten Einrichtungen und Krankenhäuser bei entsprechenden Hinweisen verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.

Mit dieser Gesetzesbestimmung wird die differenzierte Regelungssystematik des § 4 KKG-E, in einem gestuften Verfahren die Personensorgeberechtigten zu beraten und zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren sowie ggf. das Jugendamt einzubeziehen, konterkariert.

§ 294a SGB V setzt für die Meldung an die Krankenversicherung lediglich Anhaltspunkte für drittverursachte Gesundheitsschäden voraus. § 4 f. KKG-E verlangt „gewichtige Anhaltspunkte“ für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen und verbindet diese mit einer bestimmten Prüfungsabfolge (Stufenmodell). Die insofern bestehenden Wertungswidersprüche zwischen den genannten Regelungen sind durch den Gesetzgeber aufzulösen.