

Verein
für
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 26

**Rechtzeitiges Erkennen
von Fehlentwicklungen im
frühen Kindesalter und das
angemessene Reagieren
von Jugendhilfe und
Medizin unter besonderer
Berücksichtigung von
Datenschutz und
Schweigepflicht**

Dokumentation des Workshops
am 30. und 31. März 2000 in Berlin

Der Workshop wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.
Ernst-Reuter-Haus · Straße des 17. Juni 112 · 10623 Berlin
Postfach 12 03 21 · 10593 Berlin

Redaktion, Layout und Satz:

Roland Kühne
Fritz-Kirsch-Zeile 24
12459 Berlin

Herstellung:

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.
Berlin 2000

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Band wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Texte aus dem Internet herunter zu laden. Die Texte sind schreibgeschützt.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	7
KERSTIN LANDUA <i>Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin</i>	
Einführung in das Thema des Workshops	9
DR. CHARLOTTE KÖTTGEN <i>Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiterin des jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes im Amt für Jugend Hamburg</i>	
<u>Fachvorträge:</u>	
Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus medizinischer/klinischer Sicht	12
DR. WILFRIED KRATZSCH <i>Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums, Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf</i>	
Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus Sicht des Jugendamtes	25
UTA VON PIRANI <i>Leiterin des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg</i>	
Fehlentwicklung im frühen Kindesalter als normative Kategorie - angemessenes Reagieren unter dem Blickwinkel von Rechtzeitigkeit und Ressourcenorientierung	33
DR. INGE COBUS-SCHWERTNER <i>Leiterin der Abteilung „Junge Menschen“ im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes Bremen</i>	
Datenschutz und Schweigepflicht als Hinderungsgrund für rechtzeitige Hilfen?	46
THOMAS MÖRSBERGER <i>Landeswohlfahrtsverband Baden, Leiter des Landesjugendamtes, Karlsruhe</i>	
Zum Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht aus juristischer Perspektive	59
DAGMAR FREUDENBERG, <i>Staatsanwältin, Leiterin eines Sonderdezernates „Sexuelle Gewalt“ der Staatsanwaltschaft Göttingen</i>	
Begriffsklärungen und Differenzierungen - Chancen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit?	63
RENATE BLUM-MAURICE <i>Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Köln</i>	

Exemplarisch: ein Beispiel aus Hannover

Kindeswohlgefährdung im Säuglingsalter: Was behindert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und wie kann sie verbessert werden? 75

RUNHEIDE SCHULTZ

Freiberufliche Dozentin und Leiterin der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“, Hannover

Positionen und Empfehlungen aus den Arbeitsgruppen

Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion? Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Medizin über die Hilfeplanung im Einzelfall hinaus 87

WOLFGANG RUTHEMEIER

*Abschnittsleiter Sozialer Dienst des Fachbereiches
für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Osnabrück, und*

DR. WILFRIED KRATZSCH

*Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums,
Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf*

Jugendhilfe setzt Ärzte zur Diagnostik ein - Ärzte setzen Jugendhilfe ein, damit „etwas“ geschieht 94

DR. CHARLOTTE GERSBACHER

*Stellvertretende Leiterin des Jugendamtes
der Landeshauptstadt Magdeburg, und*

DR. ANNELI NEWILL

*Kinder- und Jugendärztin
im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf*

Grenzüberschreitendes Handeln - Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht bei Hilfeverweigerung 97

DETLEF KEMNA

*Leiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes
des Jugendamtes der Stadt Frankfurt/Oder, und*

DAGMAR FREUDENBERG

*Staatsanwältin, Leiterin eines Sonderdezernates
„Sexuelle Gewalt“ der Staatsanwaltschaft Göttingen*

Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns 101

IRENE JOHNS

*Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums
des Deutschen Kinderschutzbundes Kiel*

Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns	108
RUNHEIDE SCHULTZ	
<i>Freiberufliche Dozentin und Leiterin der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“, Hannover</i>	
Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops	114
Literaturhinweise	117

Vorwort

<i>Frühes Kindesalter</i>	<i>Verantwortung</i>
<i>Fehlentwicklungen</i>	<i>Hilfe</i>
<i>Rechtzeitiges Erkennen</i>	<i>Eingriff</i>
<i>Angemessenes Reagieren</i>	<i>Elternrecht</i>
<i>Datenschutz und Schweigepflicht</i>	<i>Hilfeverweigerung</i>
<i>Interdisziplinäre Zusammenarbeit ...</i>	<i>Ressourcenorientierung</i>
<i>Individuelle Bewertungsmaßstäbe</i>	<i>Restrisiko</i>

Dieses sind einige der wichtigsten „Schlagwörter“, die den Diskussionsverlauf des zweitägigen Workshops prägten. Die gegenübergestellten Wörter passen nicht wie bei einem Puzzle zusammen (das sollen sie auch nicht); sie charakterisieren vielmehr, wie schwierig es selbst in der Diskussion unter Fachexperten war, eine gemeinsame Sprache und damit eine Ausgangsbasis für die eigentliche Problemdiskussion zu finden.

Zu Beginn des Workshops wurde deshalb zunächst aus dem Blickwinkel verschiedener Berufsgruppen beschrieben, wie diese - ihrem professionellen Verständnis entsprechend - rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklung im frühen Kindesalter definieren, aus klinisch/medizinischer Sicht und aus Sicht des Jugendamtes. Der sich anschließende Vortrag zum Thema „Fehlentwicklung im frühen Kindesalter als normative Kategorie“ bildete die Klammer zwischen Erkennen und Reagieren und beleuchtete das Problem von sozialwissenschaftlicher Seite. Die dahinter stehende und intensiv diskutierte Frage lautete: Wie lange haben Familien selbst das Recht zu entscheiden, ob sie ein „Problem“ haben und Hilfe brauchen?

Es ist bekannt, dass problembelastete Familien eher bereit sind, medizinische als sozialpädagogische Hilfe anzunehmen. Bei der Abklärung von Störungen neurologischer oder verhaltenstypischer Art hat es sich allerdings als problematisch herausgestellt, dass viele Familien beim Kinderarzt ein ganz anderes Bild vermitteln, als die Situation zu Hause ist. Das Jugendamt hingegen darf „nur“ gemeldete Fälle verfolgen. Daraus entsteht ein Problem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe, denn diese müssen erst einen Zugang zu der betroffenen Familie oder dem Kind finden. Der Arzt hingegen hat das Kind und/oder die Familie vor sich, auf der Station oder in der Praxis. Hier stehen sowohl Jugendhilfe als auch Medizin vor spezifischen Problemen.

Einerseits empfinden es viele Familien als belastend, wenn „Professionelle alles wissen“, zum Beispiel durch interdisziplinäre Runde Tische mit Schweigepflichtentbindung. Andererseits aber belastet die Schweigepflicht der Mediziner oft den Informationsfluss in Richtung Jugendamt und verhindert damit, rechtzeitig effektive Hilfeformen entwickeln zu können. Zudem gibt es in der Praxis bei „Ermittlungswünschen“ oft Probleme im Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht. Ist das wirklich so?

Eine effektive Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Medizin wird oft dadurch behindert, dass die jeweiligen spezifischen Angebote gegenseitig zu wenig bekannt sind,

obwohl es im gesetzlichen Auftrag und in der Selbstdefinition beider Professionen durchaus Gemeinsamkeiten gibt. Während des Workshops war es deshalb von enormer Wichtigkeit, zu klären, wo in diesem Spannungsfeld die Möglichkeiten und Grenzen jeder beteiligten Profession liegen und was den Klienten zumutbar ist. Konsens bestand jedoch bereits zu Beginn darüber, dass hierfür das Verhältnis methodischer und juristischer Fragen verbindlich für das Alltagshandeln geklärt und Datenschutz als fester Bestandteil fachlichen und politischen Handelns verstanden werden muss. „*Die Behauptung, der Datenschutz verhindere die notwendige Kooperation, stimmt in aller Regel nicht. In der Wirklichkeit gibt es gegebenenfalls praktische Handlungsalternativen, die ohne Verletzung des Datenschutzes rechtzeitige Hilfen ermöglichen und sichern.*“¹

Zentrales Anliegen des Workshops war es, darüber zu diskutieren, wie erfolgreiche Wege der Ansprache betroffener Familien und Kinder aussehen können, ohne dass Datenschutz und Schweigepflicht dies be- oder verhindern, und inwieweit und auf welche Art bei der Planung von Hilfen Ressourcen der Eltern erkundet und mit eingeplant werden, ob dies bereits oft genug getan wird und wie es erfolgreich gelingen kann.

Die vorliegende Dokumentation enthält den gegenwärtigen Stand der Diskussion in der Praxis und zeigt Möglichkeiten für eine zielgerichtete Kooperation von Jugendhilfe und Medizin unter Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht auf. Sie soll ein Angebot sowohl für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der öffentlichen und freien Jugendhilfe als auch für Ärztinnen und Ärzte sein, zu hinterfragen, was man selbst beziehungsweise der andere als Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit bieten und wie man gleichzeitig das eigene Profil durch diese Abgrenzung schärfen kann. Hierzu wurden, um bei den „Schlagwörtern“ (deren Inhalte im Text differenziert beschrieben sind) zu bleiben, unter anderem genannt: *Prävention, Elternschule, Kompetenz, Standards, Checklisten, Fortbildung, Hilfekonferenz, grenzüberschreitendes Handeln*.

Herzlich danken möchte ich an dieser Stelle den Mitgliedern der Vorbereitungsgruppe dieser Veranstaltung : Dr. Wilfried Kratzsch, Oberarzt im Kinderneurologischen Zentrum Düsseldorf, Thomas Mörsberger, Leiter des Landesjugendamtes Baden und insbesondere Uta von Pirani, Leiterin des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg. Für die engagierten und produktiven Beiträge und die anregende Diskussion während der Veranstaltung geht an dieser Stelle ein ebenso herzlicher Dank an alle Beteiligten dieses Experten-Workshops.

Ein allerletztes „Schlagwort“ aus dieser Veranstaltung: *Brückenschlag*.

KERSTIN LANDUA

*Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin*

¹ siehe Mörsberger, Thomas, S. 54 dieser Dokumentation

Einführung in das Thema des Workshops

DR. CHARLOTTE KÖTTGEN

*Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Leiterin des jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes
im Amt für Jugend Hamburg*

Ich möchte zu Beginn des Workshops einige wenige einführende Anmerkungen zu dem Tagungsthema machen, das sich im Grunde in drei wichtige Aspekte gliedern lässt:

- **Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen** - Störungen im frühen Kindesalter mit späten Folgen. Gibt es Prävention?
- **Angemessenes Reagieren von Jugendhilfe und Medizin** - dabei geht es unter anderem um Versorgung, Verständigung und Kooperation.
- **Datenschutz und Schweigepflicht** - die Bedeutung, Handhabung und der Missbrauch von Datenschutz und Schweigepflicht: Wie weit dienen und wie weit behindern sie die Zusammenarbeit und Kommunikation verschiedener Professionen?

Als erstes beschäftigt uns das Thema der Früherkennung von Fehlentwicklungen; dann das Thema der Kooperation zwischen Medizin und Jugendhilfe. Wie können Fehlentwicklungen verhindert werden? Was ist Prävention? Die seelische, emotionale, soziale und körperliche Entwicklung ist abhängig von den Lebensbedingungen. Schon Virchow verlangte von den Ärzten, sie sollten die natürlichen Anwälte der Armen sein. Waren sie das damals tatsächlich und sind sie es heute?

Mit der psychischen und sozialen Entwicklung von Kindern befassen sich viele Fachleute in Institutionen. In den Ressorts Jugend, Soziales, Gesundheit, Schule und Justiz gibt es stationäre und ambulante Versorgungs- und Beratungsdienste - viele mit multiprofessioneller Ausstattung. In all diesen Bereichen sind unabhängig voneinander Versorgungsketten entstanden. Oft wissen sie kaum etwas von der Existenz der anderen; es fehlt an Kooperation. In Zeiten des Kosten- und Spardruckes kommt es zu Konkurrenz und Auseinandersetzungen wegen unterschiedlicher Sichtweisen und Aufgaben - oft zum Nachteil der betroffenen Kinder und Familien. Psychische, psychosomatische und psychosoziale Störungen werden mehr beachtet als früher; neue Symptome und Syndrome werden entdeckt.

Das Interesse gilt aber nicht allen gleich. Um Kinder, die meistens auch in ihren Familien Förderung erfahren, kümmern sich viele Fachleute. Kinder und Jugendliche, die zur Eigenreflexion fähig sind und freiwillig Hilfe aufsuchen, finden mittlerweile Hilfen. Anders ist dagegen die Situation von Familien, die unter vielfältigen sogenannten Multiproblemen leiden: Arbeitslosigkeit, Armut, Ausgrenzung und Migration, um nur einige zu nennen. Sie selbst suchen Hilfe selten; die wachsende Zahl von Spezialisten

geht auch nicht unbedingt auf sie zu. Oft kommt es viel zu spät zu „Hilfs“- Maßnahmen: mehr zu Stigmatisierungen, Bestrafungen, medikamentöser Ruhigstellung. Kinder aus ärmeren Schichten werden häufiger seelisch und körperlich krank, Fehlentwicklungen verfestigen sich.

Mit den vielfältigen Folgen früher körperlicher, sozialer und seelischer Verletzungen von armen Kindern ist die Jugend- und Sozialarbeit befasst; sie wird damit ziemlich allein gelassen. Es stehen selten hochspezialisierte Angebote mit multiprofessioneller Ausstattung zur Verfügung.

Vielmehr ist zu beobachten, dass,

- wenn ein Kind aus benachteiligtem Milieu in eine schulische, also pädagogische Einrichtung kommt, es eher und häufiger als dissozial, erziehungsschwierig, lernbehindert oder lernverzögert eingestuft wird;
- wenn ein Kind aus benachteiligtem Milieu in eine Klinik eingewiesen wird, eine Verhaltensauffälligkeit mit Dissozialität wahrscheinlich ist;
- wenn ein Kind aus benachteiligtem Milieu in eine Polizeikontrolle gerät, es also sehr schnell kriminell genannt wird ...

Es ist also die Herkunft des Kindes und die Art der Institution, deren Blickwinkel die Festlegung und die Art der „Störung“ bestimmt. *„Des Brot ich ess, des Lied ich sing“*, sagt ein altes Sprichwort.

Ganz besonders Jugendhilfe und Medizin denken und handeln nach ganz unterschiedlichen Paradigmen, Leitsätzen, Wertungen, Haltungen und obendrein ändern sich diese Sichtweisen in Abhängigkeit von den Systemen und Institutionen, in denen die einzelnen Fachleute arbeiten:

- Die Krankenhaus-Medizin ist beauftragt, eine Krankheitsdiagnose zu stellen, und Krankheiten, die sie feststellt, nach Möglichkeit zu heilen. Sie ist nach wie vor weitgehend der naturwissenschaftlich-biologischen Tradition verpflichtet.
- Die Jugendhilfe hat die Aufgabe, soziale Benachteiligung auszugleichen, Stigmatisierung zu verhindern, den Blick weg von den Defiziten (den Krankheitssymptomen) mehr auf die Stärken umzulenken, das Lebensfeld so mit zu gestalten, dass eine Eingliederung in die Gesellschaft gelingen kann oder möglicher wird. Sie kann nicht Symptome, sie muss die ganze Lebenssituation berücksichtigen.

Die verschiedenen Aufgaben ebenso wie die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Sichtweisen tragen zu Missverständnissen bei, wenn eine gleichrangige Kooperation nicht strukturell gewollt und verankert ist. Die Jugendhilfe wird durch die Aufgabe, komplexe Probleme zu lösen, mit Verantwortung überfrachtet. Sie genießt wenig Prestige. Sie wird in toto als Sündenbock diskriminiert, wenn Entwicklungen schief laufen.

Dem Mediziner wird eher geglaubt. Er darf den Anfang und das Ende der Behandlung - sogar die Unheilbarkeit - feststellen. Das wird der Berufssparte in der Regel nicht als Versagen angelastet. Die "Behandlung" sozialer Probleme mit bedingten Störungen kann nur durch das Zusammenwirken von Jugendhilfe und Medizin gelingen.

Da ich als Ärztin im Rahmen der Jugendhilfe arbeite, sind mir diese beiden Mechanismen sehr vertraut, nach denen entweder Allmacht und Autorität zugeschrieben oder aber abgesprochen werden. Hilflosigkeit - angesichts sozial mit bedingter Fehlentwicklungen - gibt es auf beiden Seiten. Nur durch Respekt vor den Möglichkeiten und dem Fachwissen der jeweils anderen Disziplin, aber auch vor den Grenzen und der wechselseitigen Abhängigkeit gelingt Kooperation zum Wohle des Kindes.

Ein weiterer Aspekt bei der Verständigung ist die Fachsprache. Innerhalb derselben Sparte können sich die Fachleute oft nicht mehr verstehen. Das Nicht-Verstehen zuzugeben würde zur Erhellung aller beitragen. Denn Verstehen bietet erst die Chance zur Kooperation. In der Kommunikation sollte deshalb deutlich mehr Gewicht auf diese Verständigung gelegt werden.

Der Früherkennung von Fehlentwicklungen müssen Hilfen zur Eingliederung folgen. Methoden und Kooperationsangebote auch für sozial benachteiligte und schwer erreichbare Gruppen sind zwischen Medizin und Jugendhilfe nicht ausreichend entwickelt. Die Spezialkenntnisse fließen, sobald sie ausgereift sind, möglichst in die allgemeine Versorgung zurück. Derzeit werden viele der sozial benachteiligten Kinder von den Hilfen zu wenig erreicht; sie fallen durch alle Netze hindurch, was für sie negative Folgen hat.

Nach dem Gesetz hat jedes Kind einen Anspruch auf Förderung sowie einen Anspruch auf bessere Integration in die Gesellschaft. Dieser Workshop ist deshalb ein notwendiger und vielversprechender Anfang.

Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus medizinischer/klinischer Sicht

DR. WILFRIED KRATZSCH

*Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums,
Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf*

I

Vorbemerkungen

Vorab eine Vorbemerkung zum Begriff „Fehlentwicklung“. Im frühen Kindesalter kennen wir verschiedene Formen von Fehlentwicklungen: die körperlichen, psychoemotionalen und die kognitiven. Wir beschränken uns hier auf den psychoemotionalen Bereich und streifen dabei den kognitiven.

Wir hätten dieses Tagungsthema nicht gewählt, wenn wir mit der „Ausbeute“ der Früherfassung zufrieden gewesen wären. Unbestritten ist, dass Früherkennung wichtig ist, wichtig, weil wir hoffen, dadurch und durch Frühbehandlung manche gravierenden Fehlentwicklungen rechtzeitig abwenden beziehungsweise zumindest mildern zu können. Trotz vielerlei Bemühungen sind wir dennoch mit wachsenden Zahlen psychosozialer Störungen konfrontiert. Denken Sie nur an Kinder mit Schulversagen, dissozialen Verhaltensweisen und Suchtproblemen. Das hat natürlich nicht nur mit einer unzureichenden Vorsorge zu tun, sondern mit vielen anderen Gründen. Ein weites Feld, auf das ich nicht näher eingehen werde.

II

1. Gründe für die unbefriedigende Ausbeute der Früherkennungsuntersuchungen

Die Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen ist eigentlich gut. Rund 92 Prozent aller Kinder nehmen nach einer Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 1996 daran teil (Geyer 2000). Hinzu kommt, dass die Vorsorge nicht erst mit der Geburt beginnt, sondern bereits pränatal erfolgt.

Nach der Geburt werden bis zum 6. Lebensjahr neun Untersuchungen angeboten. Das Interesse fällt mit zunehmendem Alter. Während im Säuglingsalter mehr als 95 Prozent der Kinder an der U2 bis U6 teilnehmen (Schlack, Schlack 1995), sind es bei der U9 im Alter von fünfeinhalb Jahren nur noch 77 Prozent (Geyer 2000), das heißt, jedes vierte Kind wird nicht erfasst.

Leider klafft zwischen zwei und vier Jahren, also zwischen der U7 und der U8, **eine Lücke von zwei Jahren**: Das ist der Zeitraum, in dem Kinder eine enorme psychoso-

ziale Entwicklung durchmachen. Gerade in dieser Zeit nimmt die Zahl psychosozial gestörter Kinder stark zu. Das ergibt sich unter anderem aus der Mannheimer Längsschnittstudie (Laucht, Esser, Schmidt 1996).

Ein Gruppe von Kindern nimmt nur unregelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil. Es sind gerade die Kinder, die aus besonders belasteten Familienverhältnissen stammen und dadurch stärker in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Ungünstig für eine wirksame Früherkennung ist ferner, dass die Diagnose „psychosoziale und kognitive Störungen“ zu spät gestellt wird.

Kognitive und psychoemotionelle Störungen werden aber nicht nur bei sozial belasteten Kindern zu spät gestellt, sondern das gilt auch für die Kinder, die regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Das konnte durch eine Untersuchung der Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 1991 bestätigt werden - **siehe Abbildung 1**. Danach wurden motorische Störungen, vor allem im Säuglingsalter zu häufig, während kognitive und psychoemotionelle Störungen in der U8 (mit vier Jahren) zu selten und damit oft zu spät diagnostiziert. Nach Literaturangaben (Thyen 1998) liegt die Zahl der entwicklungsgestörten Kinder wenigstens zehnmal höher als die durch die Vorsorgeuntersuchungen erfassten. Damit kann unterstellt werden, dass Kinder mit motorischen Störungen in zahlreichen Fällen übertherapiert werden, während Kinder mit Entwicklungsstörungen das Nachsehen haben und zu spät an Fachambulanzen überwiesen werden.

Diese Erfahrungen werden in Sozialpädiatrischen Zentren bestätigt: Kinder mit gravierenden Entwicklungsproblemen werden dort zwar in großer Zahl gesehen, aber erst im Vorschul- und Schulalter, wenn es bereits recht spät ist und damit die Prognose

Entwicklungsstörungen im Kindesalter

1. Diagnosenstellung in den Vorsorgeuntersuchungen

- relative Häufigkeit

(Dokumentation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1991 - bezogen auf die Anzahl untersuchter Kinder in der U 8, 4. Lebensjahr)

■ motorische Störungen	0,7 %
■ emotionelle Störungen	0,3 %
■ kognitive Störungen	0,1 %

2. bei vierjährigen Hochrisiko-Kindern

(siehe Mannheimer Längsschnittstudie)

28 %

3. bei Einschulungskindern

10-14 %

nach Thyen, Ute: Früherkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in der kinderärztlichen Praxis, In: Sozialpädiatrie, Stuttgart: Gustav Fischer 20 (1998), Nr. 5/6, S. 155 f.

Abbildung 1

© W. Kratzsch

schlechter wird. Im Kinderneurologischen Zentrum Düsseldorf gibt es lange Wartezeiten, mittlerweile bis zu einem Jahr, was eigentlich nicht mehr zu verantworten ist. Junge Kinder, insbesondere Säuglinge, sind in der Klientel deutlich unterrepräsentiert; sie machen bei rund 3.300 Patientenvorstellungen im Jahr weniger als fünf Prozent aus. Diese Kinder bekommen natürlich wesentlich schneller einen Untersuchungstermin.

2. Gründe für die Späterkennung

Erstens möchte ich hervorheben, dass Vorsorgeuntersuchungen reine Screeninguntersuchungen sind. Dabei findet keine eingehende Diagnostik statt. Vielmehr sollen Kinder herausgefunden werden, die auffällig sind. Tatsache ist, dass dies zu spät erfolgt. Oft geht die „rote Lampe“ erst an, wenn Kinder im Kindergarten auffällig werden, dort gravierende Verhaltens- und Entwicklungsprobleme zeigen und Erzieherinnen auf Abklärung drängen.

Zweitens scheinen Ärzte über Frühsymptome und die Bedeutung dieser Symptome zu wenig zu wissen. Wie sollte man sonst erklären, dass Kinder trotz anamnestisch gesicherter früher Probleme nicht rechtzeitig an Beratungsstellen weiterverwiesen wurden.

3. Wann ist mit welchen Frühsymptomen zu rechnen?

Hinweise darüber erfahren wir aus Längsschnittuntersuchungen der vergangenen zehn bis fünfzehn Jahre, unter anderem aus den Untersuchungen von Largo (1997), der Mannheimer Arbeitsgruppe um Laucht, Esser und Schmidt (1992, 1996, 1998) sowie aus der seit 1955 laufenden, wohl umfangreichsten Langzeitstudie von Werner (1989), die an einer ausgewählten Gruppe auf der Hawaii-Insel Kauai durchgeführt wird - **siehe Abbildung 2.**

Wichtige Längsschnittuntersuchungen

1. **„Mannheimer Längsschnittstudie“** an Kindern mit biologischen und psychosozialen Risiken (362 Kinder)
von Laucht, Esser, Schmidt
2. **„Züricher Longitudinalstudie“**, (315 Kinder)
von Largo u. a.
3. **„Hawaii Längsschnittstudie“** High Risk Children from Birth to Adulthood, Hawaii Insel Kauai, (698 Kinder)
von Werner et. al.

Abbildung 2

© W. Kratzsch

In diesen Längsschnittstudien wurde die Entwicklung von Kindern über einen längeren Zeitraum verfolgt, die erhöhten biologischen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt waren. Biologisch heißt zum Beispiel leichte und schwere perinatale Komplikationen (Laucht u. a. 1992). Gleichzeitig wurde untersucht, welche der Faktoren die Entwicklung langfristig ungünstiger beeinflussen, die psychosozialen oder organischen Faktoren.

Einige **wichtige Ergebnisse aus den Untersuchungen** will ich nennen:

1. Aus der Studie von Largo (1997) wissen wir, dass bleibende **kognitive Störungen** bereits früh diagnostiziert werden können. Geistig behinderte Kinder zeigen zum Beispiel bereits mit einem Jahr Entwicklungsrückstände. Voraussagen sind hier also möglich.
2. Bei **psychoemotionellen Störungen** ist das anders. Da gibt es keine Symptome, aufgrund derer bleibende Störungen sicher vorausgesagt werden können.
3. **Wir kennen aber Symptome in verschiedenen Altersbereichen, die - retrospektiv betrachtet - langfristig zu Problemen führen können.** Zum Beispiel können aus Schreibabies, Kindern mit Schlafstörungen und Verdauungsstörungen im Alter von zwei Jahren Kinder mit ausgeprägten Trotzreaktionen und Wutanfällen werden, die für Eltern besonders dann eine große Belastung bedeuten können, wenn sie selbst einem erhöhten Stress ausgesetzt sind (Weindrich 1990).

Die psychopathologischen Veränderungen nehmen unter den Highrisk-Kindern in der Mannheimer Längsschnittuntersuchung (Laucht u. a. 1992 und 1996) mit dem Alter an Häufigkeit zu - **siehe Abbildung 3**. Zwar zeigt nur noch ein Viertel aller im Alter von drei Monaten stark auffälligen Kinder (54 Kinder) auch mit zwei Jahren noch Probleme. Demgegenüber werden aber von den ursprünglich ungestörten Säuglingen (300 Kinder) ein Sechstel im Beobachtungsintervall neu auffällig.

Erwartungsgemäß ändert sich das Symptombild in Abhängigkeit von den Entwicklungsphasen. Während im Säuglingsalter als häufigstes Symptom „Verdauungsstörungen“ diagnostiziert wurden, standen bei den Zweijährigen Schlafstörungen und Wutanfälle an erster Stelle. Auffällige Temperamentsmerkmale - wie extreme motorische Unruhe, kurze Aufmerksamkeitsspanne, hohe Irritierbarkeit und dysphorische Stimmungen - kamen bei Säuglingen und Kleinkindern vergleichsweise häufig vor. Im Alter von viereinhalb Jahren wurden Störungen im kognitiv-sprachlichen Bereich deutlicher sichtbar.

4. **Interessant ist, dass die Bedeutung organischer Risikofaktoren in Hinblick auf die frühkindliche Entwicklung mit dem Alter abnimmt**, das heißt, je älter ein Kind wird, um so mehr wirken sich ungünstige Lebensbedingungen und familiäre Stressfaktoren hemmend auf die psychoemotionelle und kognitive Entwicklung aus (Werner 1998; Ihle u. a. 1992; Laucht u. a. 1996).

**Psychopathologische Veränderungen bei Highrisk-Kindern
im Alter von drei Monaten, zwei und vier Jahren -
Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie
(prozentualer Anteil der untersuchten Kinder)**

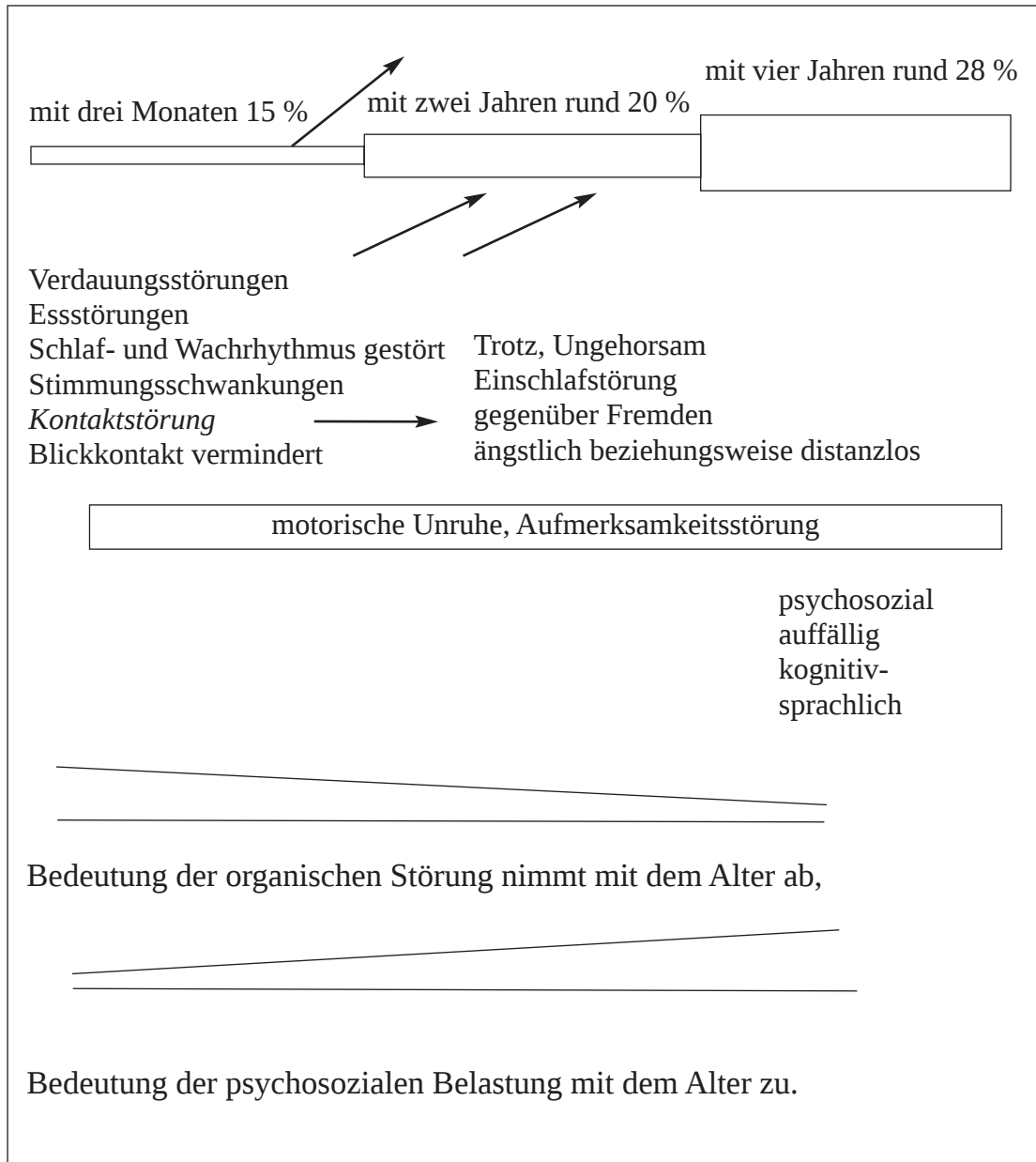


Abbildung 3

© W. Kratzsch

5. Nicht alle Kinder aus erheblich gestörten Familien werden auffällig. Ein nicht geringer Prozentsatz entwickelt sich normal. Hier bestehen offenbar Schutzfaktoren (Werner 1989; Laucht u. a. 1998), auf die Frau von Pirani in ihrem Referat eingehen wird.

Gegenwärtig ist in der ärztlichen Frühdiagnostik noch viel zu wenig bekannt und es wird dabei nur ungenügend berücksichtigt, welche **Bedeutung die frühe Mutter-**

Kind-Interaktion, die elterliche Befindlichkeit und Feinfühligkeit für eine ungestörte kindliche Entwicklung haben. Hier liegen aufschlussreiche Untersuchungsergebnisse aus der Bindungsforschung von Klaus und Karen Grossmann, Studien zur frühen Mutter-Kind-Interaktion vom Ehepaar Papoušek sowie von Brisch und anderen vor.

III

Zusammenfassung

Das rechtzeitige Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter ist unbefriedigend:

1. Weil gerade die Kinder, die stärker gefährdet sind, unregelmäßiger zur Vorsorgeuntersuchung kommen.
2. Weil die Diagnose zu spät und unzureichend gestellt wird. Zwar behaupten Kinderärzte, dass sie in ihren langen Berufsjahren nur ausnahmsweise Kinder mit Misshandlungen und Vernachlässigungen gesehen haben. Andererseits ist festzustellen, dass alle Kinder, die vernachlässigt und misshandelt wurden und/oder gravierende psychosoziale Entwicklungsprobleme aufweisen, irgendwann von Ärzten in der frühen Entwicklungsphase gesehen wurden, egal ob in Klinik oder Praxis. Sind hier offenbar frühe Warnzeichen übersehen worden?
3. Weil Frühsymptome und die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion zu wenig bekannt sind und nur ungenügend beachtet werden.
4. Natürlich kommen auch äußere Gründe hinzu: Die Arztpraxen sind oft überfüllt; Ärzte haben deshalb nur begrenzt Zeit.

Mit einem Vorurteil möchte ich aufräumen, das darin besteht, dass Kinder aus besonders belasteten Familienverhältnissen vor allem deshalb nicht rechtzeitig gesehen würden, weil ihre Eltern nicht kämen. Dem halte ich entgegen: Im Laufe des frühen Lebens gibt es mehrere „Fenster“, in denen diese Eltern mit ihren Kinder kurz auftauchen, dann aber auch wieder verschwinden:

- das ist bereits pränatal, auch wenn Vorsorgeuntersuchungen nur unzureichend in Anspruch genommen werden;
- in der Geburtshilfe;
- in den Praxen;
- in der Klinik, wenn diese Kinder (akut) krank werden oder verunfallen, was in dieser Kindergruppe gehäuft vorkommt;
- in Notfallambulanzen wegen akuter Störungen oder wenn Kinder vorgestellt werden, weil sie nachts schreien und die Ruhe ihrer Eltern stören und
- schließlich in Kindergärten, wenn sie dort auffallen und Erzieherinnen den Eltern empfehlen, den Kinderarzt aufzusuchen.

Eltern und gefährdete Kinder tauchen aber nicht nur in den Zeitfenstern auf, sondern sie kommen sogar von selbst zum Arzt, weil sie Probleme haben, weil ihre Kinder schreien, schlecht schlafen, Fütterprobleme zeigen. Offenbar wird dies nicht als Warnsignal wahrgenommen. Ärzte sollten sich die Vorsorgehefte und Impfpässe vorlegen lassen. Die genannten Kinder nehmen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen weniger in Anspruch, was ein weiteres (indirektes) Warnsignal für eine Entwicklungsgefährdung darstellen kann.

IV

Was kann (muss) verbessert werden?

Um Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter besser und rechtzeitiger zu erkennen, brauchen wir keine neuen Modelle zu kreieren, man sollte auf etablierte Projekte und Einrichtungen zurückgreifen:

1. **Hebammenbereich.** In Hannover und Bremen werden in sozialen Brennpunkten Sprechstunden für werdende Mütter abgehalten.
2. **Geburtshilfe.** In einem Zeitraum von drei Jahren wurden beispielsweise in den Städtischen Kliniken Düsseldorf in Kooperation (Geburtshilfe, Kinderklinik und Kinderneurologisches Zentrum) Mütter mit ihren Neugeborenen daraufhin beobachtet, ob psychosoziale Belastungen und/oder eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung im Kreißsaal, auf der Wöchnerinnenstation und im Neugeborenenzimmer wahrnehmbar waren. Hinweise auf eventuelle psychosoziale Risiken konnten wir aus dem Mütterpass, aus dem Übertrag der Risikounummer in die U1 - **siehe Abbildung 4** - und den persönlichen Daten entnehmen: Alter (junge Mutter: 17 Jahre und jünger), Familienstand (allein erziehend), Kinderzahl (mehrere Kinder in kurzer Reihenfolge).

Auch die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen - zum Beispiel weniger als sieben Untersuchungen während einer (normalen) Schwangerschaftsdauer von 40 Wochen - konnte aufschlussreich sein. Im Kreißsaal und auf der Station wurde auf auffällige Interaktionen geachtet:

- beispielsweise wenn Kinder an Schwestern „abgeschoben“ wurden,
- wenn Mütter ausgesprochen negative Bemerkungen über ihre Kinder machten,
- wenn Konflikte auf der Station sichtbar (zum Beispiel ein randalierender, alkoholisierter Vater) und
- wenn persönliche Krisen der Mütter wahrgenommen wurden.

Eine gezielte Interaktionsbeobachtung wurde in einzelnen Fällen von einer Psychologin aus dem Kinderneurologischen Zentrum durchgeführt. Bei der Beobachtung wurde unter anderem darauf geachtet, wie die Mutter ihr Kind auf dem Arm nahm und hielt, wie sie mit ihrem Kind kommunizierte, welchen Blickkontakt sie auf-

Übertrag der Risikonummern laut Mütterpass in das Vorsorgeuntersuchungsheft

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp- schaft	sonstige

U 1

**Neugeborenen-
Erstuntersuchung**

①

②

Schwangerschaft

Geburtsjahr 19

Schwangerschaften (mit dieser)

Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen 5

Geburten (mit dieser)

vor Entbindung in Klinik vorgestellt

Serie 2

Nationalität

Erstuntersuchung in SSW

stat. Aufenthalt ante partum in Wochen

Nach Katalog A/B dokumentierte wichtigste Risikonummern

6
 7
 29
 30
 31

Abbildung 4

© W. Kratzsch

nahm, wie sie auf Signale des Kindes reagierte, wie sie mit dem Neugeborenen sprach und wie sie sich von Umgebungsreizen ablenken ließ.

Ein Beispiel für eine auffällige Mutter-Kind-Interaktion wurde in einer kurzen Filmsequenz gezeigt: Aufgrund anamnestischer Daten und unserer Beobachtungen wurden die Mütter wahrgenommen, bei denen Gefährdungsmomente in der Bewältigung ihres Alltags und in der Betreuung ihrer Kinder erkennbar waren. Es wurden Betreuungsangebote über ambulante Hebammen und Kinderkrankenschwestern gemacht und zum Teil auch angenommen. Bei etwa fünf bis acht Prozent aller Geburten wurde ein erhöhtes Risiko unterschiedlichen Ausmaßes gesehen. Das war im Zeitraum von zwei Jahren bei rund 70 Kindern.

Das dreijährige Projekt konnte leider nicht fortgeführt werden, da die Betriebsleitung des Klinikums das Vorhaben nicht als eigene kurative Aufgabe ansah. Auch eine Intervention des zuständigen Gesundheitsdezernenten half nicht.

Weitere Modelle und Einrichtungen:

3. In mehreren deutschen Städten gibt es seit 1992 in zunehmender Zahl „**Schreibambulanzen**“, die Müttern mit ihren unterschiedlich auffälligen Säuglingen und Kleinkindern (Alter bis zu drei Jahren) Beratungen anbieten, zum Beispiel Frau Papousék in München, Frau Barth in Hamburg, Frau Fries in Leipzig, Frau Ludwig-Körner in Potsdam.
4. **Klinikaufenthalt nutzen.** Auf der Station „stolpert“ man häufiger über Kinder, die aufgenommen wurden, weil sie krank sind, die aber sehr bald wegen ihres Verhaltens auffallen. Sie sind unruhig, distanzlos oder auch ängstlich, zeigen Entwicklungsprobleme und sind oft sprachlich zurück.
5. In diesem Fall sollte der **Kontakt zu den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)** verstärkt aufgenommen werden, die häufig mit Kinderkliniken assoziiert sind. In den SPZ stehen für Diagnostik und Frühtherapie Teams zur Verfügung (Arzt, Psychologe und Therapeut). Mittlerweile gibt es in Deutschland weitverzweigt fast 120 Zentren - **siehe Abbildung 5**. Nach Aussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren müssten in den SPZ Schwerpunkte im präventiven Bereich allerdings erst noch entdeckt werden.

Sozialpädiatrische Zentren in Deutschland (Stand 3/2000)

Berlin	21
Brandenburg	4
Baden-Württemberg	12
Bayern	12
Bremen	1
Hessen	7
Hamburg	2
Mecklenburg-Vorpommern	2
Niedersachsen	5
Nordrhein-Westfalen	25
Rheinland-Pfalz	8
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	2
Schleswig-Holstein	2
Saarland	1
Thüringen	3

Abbildung 5

© W. Kratzsch

6. Es gibt **spezielle Kooperationen vor Ort**, zum Beispiel in Hamburg der Kreisel e. V. (Klein 1999). Dort arbeiten in einem Kreis von 20 Teilnehmern Kinderärzte, Frauenärzte, Hebammen, Physiotherapeuten, Sozialpädagogen und Familientherapeuten zusammen.
7. Es existieren **Kooperationsformen von Jugend- und Gesundheitsämtern**, beispielsweise das Haus des Säuglings in Berlin-Charlottenburg (Grünig 1999). Dort gibt es eine beispielhafte Zusammenarbeit von Sozialpädagoginnen, Kinderkrankenschwestern und Kinderpsychiatern.
8. Schließlich gibt es **niederschwellige Angebote in sozialen Brennpunkten**, zum Beispiel in Bremen (Beyersmann) und in Köln (Kinderschutz-Zentrum Köln).
9. **Das gelbe Heft für Vorsorgeuntersuchungen ist korrekturbedürftig.** Es soll von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin überarbeitet werden.

Die Validität der Früherkennungsuntersuchungen wird zur Zeit in einem Forschungsprojekt von Esser, Lehmkuhl, Melchers (1998) und Hurrelmann in Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum Düren überprüft. Dabei wird die Frage erörtert, wie valide die im Vorsorgeuntersuchungsheft vorgegebenen Fragen und Untersuchungskriterien sind, um Entwicklungsstörungen rechtzeitig erkennen zu können. Ergebnisse werden voraussichtlich in diesem Jahr vorgelegt.

Der Kinderarzt ist und bleibt eine wichtige erste Anlaufstelle. Wer findet zu gefährdeten Kindern in der frühen Kindheitsphase leichter Kontakt als der Arzt?! Zu ihm gehen Eltern/Mütter, wenn Kinder krank sind oder wenn sie irgendwelche Probleme (schreien, schlecht essen und schlafen) mit ihren Kindern haben. Der Arzt hat zuerst einmal diagnostische und kurative Aufgaben. Er soll Krankheiten erkennen und heilen. Diagnostik ist aber auch bei psychoemotionalen und kognitiven Störungen nötig. Dabei sind organische Ursachen zu erkennen oder auszuschließen. So können das Schreien und motorische Unruhe im frühen Kindesalter verschiedene Ursachen haben.

Die Kontakte des Arztes zum Jugendamt werden oft noch sehr stiefmütterlich gehandhabt.

1. In der Regel beschränkt sich die Zusammenarbeit auf **Einzelfallhilfen**. Die Teilnahme an Hilfeplangesprächen wird von niedergelassenen Ärzten als zu zeit- und kostenaufwendig angesehen.
2. **Ärzte und Jugendamt nehmen sich gegenseitig in Anspruch.** Die Ärzte sollen Diagnosen stellen, wenn es um Kindesgefährdung geht, das Jugendamt soll aktiv werden, wenn die Ärzte nicht mehr weiter wissen und auf Maßnahmen drängen. Natürlich kommt es auch vor, dass das Jugendamt um **unterstützende Maßnahmen** gebeten wird.

3. **Zwischen beiden Professionen überwiegen noch Distanz, Skepsis, Vorbehalte.**
4. **Diskussionen über Datenschutz und Schweigepflicht** haben in der Zusammenarbeit **einen hohen Stellenwert**; manches ist dabei noch nicht befriedigend geklärt.
5. **Gespräche am Runden Tisch** finden statt. Die Frage ist nur, was daraus bisher konkret für die Zusammenarbeit im Berufsalltag umgesetzt werden konnte.
6. **Eine Kooperation im präventiven Bereich findet zwischen Jugendamt und Medizin gar nicht oder nur sehr begrenzt statt.** Es sollten Modelle einer effektiven Zusammenarbeit entwickelt werden.

V

Abschließende Bemerkungen

Das rechtzeitige Erkennen von Fehlentwicklungen hat natürlich auch Grenzen. Nicht jede Entwicklungsstörung wird man in einer frühen Phase aufdecken können. Auch sind in der Kindesentwicklung Variationsbereiche zu bedenken und Stellung dazu zu nehmen, wann ein Kind auffällig ist, wann es noch in der Norm liegt und wann eine Störung besteht oder beginnt. Manche psychosoziale Störungen lassen sich trotz Früherkennung nur begrenzt beeinflussen, zum Beispiel bei einer Multiproblematik in Familien. Ausnahmen kommen - wie wir wissen - vor.

Ein anderer Aspekt ist mir wichtig: Wie arbeiten Einrichtungen und Fachgesellschaften regional und überregional zusammen, die sich mit der Früherkennung psychosozialer Fehlentwicklungen befassen? Zur Zeit kann man in Deutschland zwischen den in der **Abbildung 6** genannten Verbänden und Fachgesellschaften am besten im Internet über Links kooperieren und Verbindungen zueinander per „Klick“ herstellen.

Sicherlich finden regionale oder bundesweite Kooperationen nicht nur virtuell statt. Ich erinnere an die Fachtagung, die im vergangenen Jahr von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren in Köln veranstaltet wurde. Dennoch wird heutzutage immer noch mehr nebeneinander als miteinander gearbeitet, auch Fortbildungen werden meist getrennt veranstaltet.

Es besteht ein allgemeiner Nachholbedarf. Offenbar gibt es mancherorts (immer noch) Befürchtungen, Pfründe aufgeben zu müssen. Gerade im Bereich Prävention wären mehr Zusammenarbeit, mehr Ideen und gemeinsame Fortbildungen notwendig. Dabei sollten kommunale sowie regionale Kooperationen im Vordergrund stehen, zum Beispiel zwischen Beratungsstellen, Kliniken, Ärzten und Jugendämtern. Für den (frühen) präventiven Bereich müssten allerdings erst noch neue, andere Arbeitskonzepte als bisher entwickelt werden. Einzelne, in Deutschland existierende positive Beispiele habe ich bereits erwähnt und bewertet.

Wer befasst sich mit Früherkennung und mit Kooperationen?

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
- Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
- Kliniken, Kinderneurologische Zentren, Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren
- Gesellschaft für Neuropädiatrie (www.neuropaediatrie.com)
- Gesellschaft für Sozialpädiatrie
- Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
- ärztliche Kinderschutzambulanzen
- Bundesarbeitsgemeinschaft Kinderschutz-Zentren (www.kinderschutz-zentren.org)
- Schreiambulanzen (www.manegold.de/GAIMH/anlauf.htm)
- Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e. V. - GAIMH (www.mangold.de/GAIMH/index.htm)
- Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung - DGgKV (www.dggkv.de)
- Kinder- und Jugendpsychiater (www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/kjpp-028.htm)
- Deutsche Liga für das Kind (www.liga-kind.de)
- Deutscher Kinderschutzbund (zum Beispiel www.kinderschutz-nrw.de)

Abbildung 6

© W. Kratzsch

Literatur

Barth, R.: Präventive Konzepte für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern am Beispiel Beratungsstelle „Menschenkind“, In: Frühförderung interdisziplinär, München: Ernst Reinhardt 19 (2000), Nr. 1, S. 1-9

Beyersmann, I.: Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in einem Sozialen Brennpunkt im Rahmen von Netzstrukturen, In: Frühförderung interdisziplinär, 19 (2000), Nr. 1, S. 10- 22

Brisch, Karl-Heinz: Bindungsstörungen, Stuttgart: Klett-Cotta (1999)

Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren, Adressenliste über Sprecher Dr. Hollmann, Sozialpädiatrisches Zentrum Erftkreis, Kaiserstr. 6, 50321 Brühl

Fries, Mauri: Vom „Schreibaby“ zum „Baby mit besonderen Bedürfnissen und Fähigkeiten“ - Ansätze der lösungsorientierten Kurzzeittherapie in der Leipziger „Beratung für Eltern mit Babies und Kleinkindern“ In: Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1999); S. 55-65

Geyer, W.: Ausschuss „Prävention und Frühtherapie“, In: Kinder- und Jugendarzt, Lübeck: Hansisches Verlagskontor 31 (2000), Nr. 1, S. 101

Grossmann, Klaus E. u. a.: Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung, In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung, Berlin: Springer (1989)

Grünig, Brigitte: Beratung und Begleitung rund um die Uhr. Angebote des Jugendamtes, In: Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1999); S. 24-29

Ihle, W./Löffler, W./Esser, G./Laucht, M. u. a.: Die Wirkung von Lebensereignissen auf die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung im frühen Kindesalter, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bern: Hans Huber 20 (1992), S. 77-84

Klein, M.: Vernetzung der Berufsgruppen an der Basis,
www.liga-kind.de/aktuell/fruehe_kindheit_4_99/11.html

Largo, R.: Kindliche Entwicklung und psychosoziale Umwelt, In: Sozialpädiatrie, Stuttgart: Gustav Fischer 17 (1995), S. 15

Largo, R./Siebenthal, K. von: Prognostische Aussagekraft von Entwicklungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr, In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kitchheim + Co. 68 (1997); Nr. 4, S. 201-207

Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. K.: Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern. Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bern: Hans Huber 20 (1992); S. 22-33

Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. K.: Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bern: Hans Huber 24 (1996); S. 67-81

Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. K.: Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung. Empirische Befunde, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bern: Hans Huber 26 (1998); S. 6-20

Ludwig-Körner, Christiane: Therapie und Beratung mit Eltern und Säuglingen, In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 2 (1999); Nr. 1
www.liga-kind.de/pages 4.htm

Melchers, P./Lehmkuhl, G.: Vorsorgeuntersuchungen. Entwicklungspsychologische und neurologische Ergänzungen zur Vorsorgeuntersuchung im Kindesalter, www.uni-koeln.de/med-fak/kjp/fo/fo26.html

Papoušek, Mechthild: Frühe Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen im Säuglingsalter. Ein präventiver Ansatz zur Früherkennung und Behandlung, In: Schneider, H. (Hrsg.): Die frühe Kindheit, Heidelberg: Mattes (1995), S. 1-21

Schlack, G./Schlack, U.: Sozialpädiatrische Gesundheitsstrukturen, In: Sozialpädiatrie, Stuttgart: Gustav Fischer 17 (1995), S. 119

Thyen, Ute: Frühererkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in der kinderärztlichen Praxis, In: Sozialpädiatrie, Stuttgart: Gustav Fischer 20 (1998), Nr. 5/6, S. 122-159

Weindrich, D./Löffler, W.: Auswirkungen von Frühformen der Kindesmisshandlung auf die kindliche Entwicklung vom 3. zum 24. Lebensmonat, In: Martinius, J./Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung, Bern: Huber (1990); S. 49-55

Werner, E. E./Smith, R. S.: Vulnerable but invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth, New York: Adams, Bannister and Cox (1989)

Ziegenhain, Ute: Prävention im frühen Kindesalter. Pädagogische und entwicklungspsychologische Einflussfaktoren, In: Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1999); S. 9-19

Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus Sicht des Jugendamtes

UTA VON PIRANI

Leiterin des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg

I. Grundannahmen zu Fehlentwicklungen und Aufgabe der Jugendhilfe

Die Vielfältigkeit der Symptomatik körperlicher, geistiger oder psychischer Auffälligkeiten bei Kindern in ihren unterschiedlichen Ausprägungen, die oft mit Risikofaktoren sozialer Art verbunden sind, Möglichkeiten der Diagnostik und die „Fenster“, durch die die Mediziner Kinder zu sehen bekommen, sind uns bereits sehr anschaulich und systematisch präsentiert worden.

Wenn auch bei körperlichen und geistigen Behinderungen sowie drohenden Behinderungen dieser Art Hilfen nach dem BSHG den Vorrang haben, so hat sich mit Inkrafttreten des SGB VIII und der damit gegebenen Zuständigkeit der Jugendhilfe für seelische sowie drohende seelische Behinderung das Aufgabenspektrum der Jugendhilfe erweitert.

Darüber hinaus gilt es natürlich im Sinne einer Leitnorm, insbesondere für die öffentliche Jugendhilfe - ergänzend zu anderen Trägern und Institutionen -, das Recht des Kindes auf Erziehung, Förderung, Bildung und eben auf Jugendhilfe zu verwirklichen. Daraus ergibt sich auch die Verpflichtung des Jugendamtes, bei jeglicher Art von Gefährdungen des Kindeswohls - zum Beispiel bei Vernachlässigung - tätig zu werden.

Prognosen von Fehlentwicklungen sind allerdings gerade in der frühen Kindheit meist nur sehr begrenzt möglich. Leichter möglich ist es, Einflussfaktoren biologischer, psychosozialer oder materieller Art für Fehlentwicklungen zu erkennen und zu benennen, die sich möglicherweise belastend auf die Entwicklung eines Kindes auswirken können. Diesen gegenüber gilt es, Schutzfaktoren zu entwickeln.

Als **maßgeblicher Risikofaktor** haben sich **sehr frühe Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung** herausgestellt, der sich verstärkt, wenn die Störungen in Kumulation und Wechselwirkung mit anderen Risikofaktoren auftreten, wie beispielsweise Armut, Arbeitslosigkeit, jugendliches Alter der Mütter, soziale Isolation, negative Kindheitserfahrungen der Eltern, geringer Bildungsgrad, Ein-Eltern-Familien, Früh- oder Mehrlingsgeburten oder Behinderung des Kindes. Ich beziehe mich hier auf Untersuchungen und Veröffentlichungen von Ute Ziegenhain, Bärbel Derksen und andere.

Meines Erachtens sollte die Unterstützung von Schutzfaktoren zu einem wesentlichen Teil in der **Förderung der Eltern-Kind-Beziehung** bestehen. Diese Förderung entspricht als präventive Hilfe in besonderem Maße dem Auftrag der Jugendhilfe, indem sie wenig in der Familie interveniert, dafür eigene Ressourcen der Familie

mobilisiert. Gefährdungen und daraus folgend gegebenenfalls notwendig werdende pädagogische oder therapeutische Erziehungshilfen könnten dadurch unter Umständen vermieden werden. Eine solche Hilfe erspart im Übrigen auch hohe gesellschaftliche Folgekosten.

In Anlehnung an die UN-Kinderrechtskonvention haben Suess und Fegert **sechs große Bedürfnisbereiche von Kindern** beschrieben: Das Bedürfnis

- nach Liebe, Akzeptanz, Zuwendung,
- nach stabilen Bindungen,
- nach Ernährung und Versorgung,
- nach Gesundheit,
- nach Schutz vor Gefahren durch materielle und sexuelle Ausbeutung,
- nach Wissen, Bildung und Vermittlung hinreichender Erfahrung.

Es gilt, die Bedingungen für die ausreichende Befriedigung dieser Bedürfnisse zu fördern beziehungsweise zu schaffen, und genau dies ist Aufgabe der Jugendhilfe: nämlich beizutragen zur Verwirklichung des Rechts junger Menschen auf **Förderung der Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit durch**

- individuelle Hilfen,
- Beratung und Unterstützung der Eltern,
- Schutz vor Gefahren und
- Erhaltung/Schaffung positiver Lebensbedingungen.

II. Aufgabenwahrnehmung im Jugendamt bei (möglichen) Fehlentwicklungen

Zunächst einmal ist festzuhalten, das Jugendamt kennt nicht alle Kinder. Damit stellt sich als erstes die Frage, wem fallen Fehlentwicklungen bei Kindern auf? Wer kommt möglicherweise mit Kindern, die Fehlentwicklungen aufweisen oder von solchen bedroht sind, in Kontakt? Wie erfährt das Jugendamt von solchen gefährdeten Kindern, die der Hilfe bedürfen?

- Es kann sein, dass sich Eltern selbst an das Jugendamt wenden, wenn sie Auffälligkeiten bei ihren Kindern beobachten oder von Dritten darauf aufmerksam gemacht werden und selbst Rat, Entlastung oder Hilfe für ihr Kind und sich suchen.
- Niedergelassene Kinderärzte und Kliniken wenden sich an das Jugendamt, wenn sie generell Hilfemöglichkeiten des Jugendamtes klären oder Eltern weitervermitteln wollen oder bei Gefährdung von Kindern das Jugendamt informieren, was jedoch erfahrungsgemäß eher selten der Fall ist.
- In Kindertagesstätten fallen Entwicklungsstörungen bei Kindern auf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen selbst Beratung in Anspruch und/oder em-

pfehlen Eltern, sich bezüglich der Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes beraten zu lassen.

- Die gesundheitlichen Dienste für junge Menschen und ihre Familien als Teil des Gesundheitsamtes (oder zum Beispiel in Berlin-Charlottenburg als Teil des Jugendamtes) vermitteln Familien erforderlichenfalls an den Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst als den zentralen Kinderschutzdienst des Jugendamtes.
- Das Jugendamt selbst - im engeren Sinn ist hier der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst gemeint - nimmt im Rahmen der eigenen Beratungstätigkeit Auffälligkeiten bei Kindern im Sinne von Fehlentwicklungen oder drohenden Fehlentwicklungen wahr.

Daran knüpft die **Frage nach der Arbeitsweise des Jugendamtes** an. Was macht das Jugendamt - speziell der Sozialpädagogische Dienst - mit den Anliegen der Eltern, den Vermittlungen Dritter, Informationen und Erkenntnissen im Einzelfall?

Am Anfang wird immer eine möglichst genaue Analyse der Fragestellung, des Anlasses oder des Problems stehen. Information und Beratung der Eltern über die Aufgaben des Jugendamtes, über ihre Rechte, über mögliche öffentliche Hilfen, über vorhandene Einrichtungen, über unter Umständen bestehende Initiativen im Stadtteil. Gegebenenfalls werden Kontakte und Hilfen vermittelt, Unterstützung und Entlastung organisiert.

Hier liegt auch die koordinierende Funktion des Sozialpädagogischen Dienstes, wenn es erforderlich ist, Fachkräfte und andere zu beteiligende Stellen hinzuzuziehen. Dies ist - wie bekannt - immer dann der Fall, wenn das Jugendamt Hilfe zur Erziehung leistet, der **eine sorgfältige Hilfeplanung** vorauszugehen hat. Entsprechend der Lage des Einzelfalls kann als Grundlage der Hilfeleistung eine qualifizierte Diagnostik von Spezialfachkräften, zum Beispiel eines Kinderpsychiaters, notwendig sein oder auch die Einbeziehung von denjenigen Menschen, die das Kind besser und länger kennen. Zu diesem Personenkreis können Erzieherinnen, Kinderärzte, vielleicht Angehörige oder auch Vertrauenspersonen gehören, deren Begleitung sich die Eltern versichern wollen.

Es werden eine möglichst einvernehmliche Definition der Ausgangslage hergestellt, Art und Ziel der Hilfe sowie Verantwortlichkeiten für den Verlauf festgelegt und verbindlich verabredet, zu einem bestimmten Zeitpunkt zu überprüfen, ob die Hilfen den gewünschten Erfolg haben.

Wenn eine Verständigung und Kooperation mit den Eltern nicht zustande kommt und eine Gefährdung des Kindes - beispielsweise durch Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuelle Gewalt - nicht anders ausgeschlossen werden kann, ist es Aufgabe des Jugendamtes, eine familiengerichtliche Entscheidung herbeizuführen. Das Jugendamt ist befugt, in akuten Krisensituationen ein Kind zu dessen Schutz in Obhut zu nehmen. An dieser Stelle möchte ich aber auch betonen, dass es nicht zu den Aufgaben des Ju-

gendantes gehört, in diesen oder ähnlich gelagerten Fällen Strafverfolgungsbehörden einzuschalten.

Die geschilderte Arbeitsweise dürfte in allen Jugendämtern ähnlich sein. Eine Besonderheit der Jugendämter in Berlin ist die Zuständigkeit auch für Leistungen nach dem BSHG - eine meines Erachtens richtige Entscheidung.

Zur Verdeutlichung der Situation im Bereich des Kinderschutzes und der Krisenhilfe möchte ich aus dem Jugendamt Berlin-Charlottenburg beispielhaft einige statistische Daten anführen. Der Bezirk Charlottenburg hatte im Jahr 1998 175.522 Einwohner, wovon 23.677 minderjährig waren. In 144 Familien waren Kriseninterventionen notwendig, zehn Kinder mussten kurzfristig in Obhut genommen werden, für 33 Kinder musste eine Lösung außerhalb der Familie gesucht werden, in zehn Fällen war es erforderlich, ein familiengerichtliches Verfahren mit dem Ziel der Einschränkung des elterlichen Sorgerechts einzuleiten.

An ambulanten/teilstationären Hilfen wurden 1998 gewährt:

■ Erziehungshilfen, Erziehungsbeistandschaften gemäß § 30 KJHG	78
■ sozialpädagogische Familienhilfen gemäß § 31 KJHG	140
■ sozialpädagogische Gruppenarbeit gemäß § 29 KJHG	144
■ Hilfen für behinderte Kinder gemäß § 39/40 BSHG	79
■ psychologische Therapien gemäß § 27,3 KJHG	114
■ teilstationäre Hilfen gemäß § 32 KJHG	10

Von den stationär untergebrachten jungen Menschen (319) waren fünf Prozent unter sechs Jahre alt; von den in Pflegefamilien untergebrachten jungen Menschen waren 20 Prozent unter sechs Jahre. Bei den vorläufigen Schutzmaßnahmen betrug der Anteil 30 Prozent.

Ich möchte nun über die Angebote und Einrichtungen des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg sprechen, die über den eben beschriebenen Arbeitsansatz hinaus in besonderer Weise zum rechtzeitigen Erkennen von Fehlentwicklungen beitragen können:

1. Das Haus des Säuglings: Es ist ein spezielles Angebot der gesundheitlichen Dienste im Jugendamt für Eltern/Mütter rund um die Geburt. In den Sozialarbeiter- oder Kinderarztsprechstunden oder bei Hausbesuchen wird eine relativ große Zahl von Säuglingen gesehen. Die aufsuchende Arbeit - auf Wunsch und mit Zustimmung der Eltern - hat eine besondere Bedeutung, denn dabei kann das Kind in seinem familiären Kontext erlebt und soziale, wirtschaftliche und gesundheitliche Risikofaktoren können unmittelbar wahrgenommen werden.

Ein Verdacht auf Fehlentwicklungen besteht immer dann, wenn Kinder

- wegen mangelhafter Pflege ständig wund sind,
- wegen mangelhafter Ernährung nicht richtig gedeihen,

- wegen unangemessener Kleidung häufig krank sind,
- wegen mangelnder gesundheitlicher Versorgung - zum Beispiel bei Nichtwahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder bei zu geringer ärztlicher Hilfe bei akuten Erkrankungen - zu Schaden kommen,
- wegen mangelhafter Bindung, Zuwendung, Kommunikation und Förderung emotional vernachlässigt wirken.

Darüber hinaus werden im Haus des Säuglings Stillgruppen, Gruppen für Eltern mit Mehrlings- oder Frühgeburten, Eltern-Kind-Bewegungs- und Kontaktgruppen angeboten sowie zweimal jährlich ein Basar mit Säuglings- und Kindersachen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bemühen sich, durch solche positiven Angebote sowie durch eine vertrauensvolle Beziehung eine Grundlage für eine Förderung des Kindeswohls zu schaffen.

Bei Verdacht auf körperliche oder psychosoziale Fehlentwicklung eines Kindes wird zunächst **im Team unter Einbeziehung von Fachkräften verschiedener Professionen nach angemessenen Hilfen gesucht**. Dabei spielen **Fragen** eine Rolle wie:

- Was behindert das Kind, was behindert die Familie?
- Welche Lösungen haben sich in der Praxis bewährt?
- Welche Art von Hilfe/Unterstützung ist realistisch?
- Wo sind Grenzen?
- Wer kann noch einbezogen werden?

Darüber hinaus erfolgt erforderlichenfalls die **Weiterleitung an andere Institutionen** wie

- an den Therapeutischen Dienst,
- den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst,
- die Erziehungs- und Familienberatung,
- den Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst.

Vielleicht auch hierzu einige Zahlen: In Berlin-Charlottenburg gibt es rund 1.600 Geburten im Jahr. In 20 bis 25 Prozent der Fälle wird ein Hausbesuch durchgeführt; das sind etwa 360 Hausbesuche. In 40 bis 50 Fällen - 2,5 bis 3 Prozent - werden Risikofaktoren von Kindesgefährdungen festgestellt, die eine weitere Betreuung erforderlich erscheinen lassen und in denen eine Weiterleitung im oben genannten Sinn erfolgt.

2. **Das Haus der Familie:** Es versteht sich vorrangig als **Begegnungs- und Kontaktstätte für junge Eltern**, allein erziehende Mütter und Väter, ausländische Familien und Pflegefamilien mit kleinen Kindern; es unterstützt Selbsthilfeporhaben und bietet auch pädagogische Beratung und themenorientierte Gruppenarbeit an. Diese Einrichtung wird gut angenommen und könnte ihr Angebot bei vorhandenen Ressourcen ausweiten.

3. Die Erzieherinnen in den Kindertagesstätten haben die Möglichkeit, sich bei vermuteten Auffälligkeiten oder Fehlentwicklungen von Kindern **von den Mitarbeiterinnen des Kita-Beratungsteams beraten** zu lassen, die gegebenenfalls auch den Eltern zur Verfügung stehen. In den Kitas wird bei den Kindern eine Zunahme von Störungen wie Aggressivität, Ängstlichkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Isolierung und auch der Verdacht auf Teilleistungsstörungen beobachtet.

In den Sonder- oder Integrationseinrichtungen sind die Ärztinnen der Beratungsstelle für behinderte oder entwicklungsgefährdete Kinder beziehungsweise die Therapeutinnen regelmäßig eingebunden.

4. Die **Erziehungs- und Familienberatungsstelle** des Jugendamtes bietet einen **Gesprächskreis für allein erziehende Mütter mit Kinderbetreuung** an. In die Anmeldesprechstunde kommen zunehmend meist junge, allein erziehende Mütter mit kleinen, bis zu einem Jahr alten Kindern, die verunsichert sind über die - aus ihrer Sicht - vielleicht nicht ganz normale Entwicklung ihrer Kinder. In der Beratung stellt sich dann oft heraus, dass sie nicht wissen, welche Bandbreite Normalität hat und wie sie selbst die Entwicklung ihrer Kinder „richtig“ fördern können.
5. Seit drei Jahren sind **die kinder- und jugendmedizinischen Dienste organisatorisch in das Jugendamt eingebunden**; zugegebenermaßen gegen eine Reihe von Widerständen. Inzwischen ist eine gewisse Beruhigung eingetreten. Es konnten eine Reihe positiver Erfahrungen durch die engere Zusammenarbeit und durch ein besseres Kennenlernen gemacht werden, wodurch Synergieeffekte erzielt wurden.
6. Modellhaft wurde vom Jugendamt Berlin-Charlottenburg im Jahr 1999 ein kleines Projekt initiiert, das als **aufsuchende Elternhilfe für werdende Mütter in besonders belastenden Situationen** bezeichnet werden könnte. Es handelt sich hierbei um eine Begleitung der Mütter vom etwa fünften Schwangerschaftsmonat bis zum fünften Monat nach der Geburt. Wir versprechen uns von diesem Hilfeangebot eine Reduzierung von Risikofaktoren und vor allem eine Förderung der Eltern-Kind-Beziehung.

Diese Art von Angeboten unterliegt gegenwärtig aber permanent der Gefahr, von den erheblichen Kürzungen im Personal- und Sachmittelbereich betroffen zu werden. Dies hätte wiederum erhebliche negative Auswirkungen auf die präventiven Angebote des Jugendamtes. Die aktuelle Lage birgt die Gefahr in sich, dass das Jugendamt seinem Anspruch, sozialpädagogische Fachbehörde zu sein, kaum mehr gerecht werden kann und auf die Rolle als zentraler Kostenträger und „Maßnahmebehörde“ reduziert wird.

III. Was ist unter Rechtzeitigkeit zu verstehen?

Kurz und knapp möchte ich die Frage so beantworten: **zur rechten Zeit das richtige Angebot an das Kind beziehungsweise seine Eltern bringen zu können.** Dazu könnte nach meiner Vorstellung Folgendes beitragen:

1. Eine öffentliche, breit gestreute, jeweils **aktuelle Information über die Dienste und Einrichtungen des Jugendamtes** mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Erreichbarkeit. Es könnten eine Broschüre herausgegeben sowie die Möglichkeiten des Internets genutzt werden.
2. **Fachöffentliche Informationen über Angebote und Leistungen des Jugendamtes, über Hilfeeinrichtungen und Hilfesysteme für Multiplikatoren.** Zweckmäßig erscheinen Faltblätter mit speziellen Angeboten für bestimmte Zielgruppen oder Situationen, die beispielsweise auch niedergelassenen Ärzten zur Verfügung gestellt werden können. Beides, sowohl die allgemeine als auch die fachöffentliche Information, wäre noch ausbaufähig und vielerorts überhaupt erst zu beginnen.
3. **Erhalt und Ausbau von Präventionsangeboten zur Vermeidung von Fehlentwicklungen,** das heißt Erhalt und Ausbau einer stabilen, niedrighschwelligen, entlastenden sozialen Infrastruktur.
4. **Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vor allem der Kindertagesstätten, zur Erkennung von möglichen Beziehungs- oder Entwicklungsstörungen und zur Gesundheitsförderung.** Dabei würden sich gute Möglichkeiten zur Zusammenarbeit beider Professionen ergeben.
5. **Das Jugendamt ist federführend bei der Vernetzung und Koordinierung von Trägern, Institutionen, Hilfen, unterschiedlichen Hilfesystemen, Personen.** Dabei kommt es meines Erachtens darauf an, dass das Jugendamt diese Rolle bewusster für sich annimmt, auch ausfüllt und die anderen Beteiligten dieses Angebot nutzen oder gegebenenfalls einfordern. Zu den Formen gehören Arbeitsgemeinschaften gemäß § 78 SGB VIII (aufgaben- oder sozialraumbezogen), Hilfekonferenzen, Informationsaustausch sowie regelmäßige Gesprächsrunden mit niedergelassenen Kinderärzten und Klinikärzten.
6. **Gegenseitiges Wissen um Aufgaben, Arbeitsweise, Möglichkeiten und Grenzen sowie über die unterschiedliche Logik beider Berufsfelder ist unerlässlich.** Aus einem Mehr an Informationen könnte und sollte ein Abbau gegenseitiger Vorurteile und damit eine selbstverständlichere Zusammenarbeit resultieren. Es sind eine gemeinsame Sprache und ein gleichberechtigter Umgang zu entwickeln.
7. **Öffentliche Vorurteile gegenüber dem Jugendamt, die eine (rechtzeitige) Inanspruchnahme der Angebote erschweren, sollten reduziert werden.** Das kann beispielsweise dadurch geschehen, dass Kinderärzte bei den Eltern für die Möglichkeiten und Angebote des Jugendamtes werben, den Eltern Ängste nehmen statt mit dem Jugendamt zu drohen. Ich will aber auch nicht verhehlen, dass ich mich manchmal frage, inwieweit das Jugendamt selbst zu diesen Vorurteilen beiträgt, indem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst ihre Grenzen nicht erkennen und sich gewissermaßen allmächtig und allzuständig fühlen. Das erfordert **Klarheit über das Verhältnis von Beratung und Kontrolle.**

8. Die Schweigepflicht kann nicht Vorrang haben zu Lasten von Gesundheit und Leben von Kindern. Allerdings verpflichtet dies alle zu größtmöglicher Transparenz im Umgang mit den Familien. Dies ist manchmal mühsam und stellt hohe Anforderungen an Gesprächsführungskompetenzen sowie an Klarheit bezüglich der eigenen Rolle und Aufgabe. **Konsensfähige Standards für die Zusammenarbeit können meines Erachtens Datenschutzprobleme weitgehend reduzieren.**

Diese Auflistung erhebt selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird Aufgabe der Arbeitsgruppen sein, diese zu ergänzen, vor allem aber konkrete Vorstellungen zu entwickeln, Voraussetzungen und Bedingungen zu benennen, wie die Erfordernisse praktisch umgesetzt und mit Leben erfüllt werden können.

Fehlentwicklung im frühen Kindesalter als normative Kategorie - angemessenes Reagieren unter dem Blickwinkel von Rechtzeitigkeit und Ressourcenorientierung

DR. INGE COBUS-SCHWERTNER

Leiterin der Abteilung „Junge Menschen“

im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes Bremen

1. Sicherung des Kindeswohl als Aufgabe der Jugendhilfe

Fehlentwicklungen in der frühen Kindheit sind Fehlentwicklungen der Bedingungen, unter denen Kinder in unserer Gesellschaft aufwachsen. Die Familie, in die das Kind hineingeboren wird, ist immer eine ganz bestimmte. Sie ist eine Familie mit Stärken und Schwächen, mit Möglichkeiten und mit Risiken. Materielle, soziale und psychische Bedingungen können sehr stark voneinander abweichen. Damit das Kind einen guten Start ins Leben erhält, hat der Staat die Familie unter einen besonderen Schutz gestellt. Die **Stellung des Elternrechts im Grundgesetz wird in Artikel 6, Absätze 1 bis 3** beschrieben.

Der Absatz 1 sagt: *„Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung.“* Absatz 2 bestimmt: *„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“* Und in Absatz 3 heißt es: *„Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur aufgrund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.“*

Diese Verfassungsnormen garantieren den Vorrang der Eltern, ihre Eigenständigkeit und Selbstverantwortung bei der Pflege und Erziehung der Kinder, sie bestellen aber gleichzeitig die staatliche Gemeinschaft zum Wächter.

Die Ausübung des Wächteramtes ist gesetzlich geregelt und muss sich ebenfalls an der Förderung und Entwicklung der Kinder orientieren. Das bedeutet, dass nicht jedes Versagen oder jede Nachlässigkeit der Eltern in der Pflege und Erziehung den Staat berechtigt, das Elternrecht einzuschränken oder die Pflege und Erziehung selbst in die Hand zu nehmen. Nur wenn die Gefahr für das Wohl des Kindes nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, abgewendet werden kann, ist eine Trennung des Kindes von seinen Eltern gerechtfertigt.

Das staatliche Wächteramt hat seinen subsidiären Charakter im Verhältnis zum Erziehungsrecht und zur Erziehungsverantwortung der Eltern. Damit ist es der grundgesetzliche Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe, die Eltern bei den Aufgaben der Versorgung und Erziehung zu unterstützen und das Wohl der Kinder präventiv zu schützen. Beide

Aufträge stehen gleichberechtigt nebeneinander und der Schutz der Kinder muss vorrangig durch die Entlastung, Unterstützung und Hilfe für die Kinder geleistet werden.¹

Die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche heute aufwachsen, sind von zunehmender Ungleichheit charakterisiert, Armut droht sich lokal zu verfestigen und wohlfahrtsstaatliche Sicherungssysteme werden immer häufiger zur Disposition gestellt. Insofern hat das Thema „Vernachlässigung im frühen Kindesalter“ auch strukturelle Dimensionen.

Kalscheuer² hat **fünf Risikofaktoren für die Gefährdung des Kindeswohls/für Vernachlässigungsrisiken** benannt:

finanzielle/materielle Situation:

- Einkommensarmut,
- Arbeitslosigkeit,
- unzureichende Wohnverhältnisse.

soziale Situation:

- soziale Isolation der Familie im Wohnumfeld,
- Schwellenängste der Eltern gegenüber externen Institutionen.

familiale Situation:

- soziale Desintegration der Eltern in der eigenen Familie,
- alleinerziehend,
- Familienkonflikt, Trennung/Scheidung.

persönliche Situation der Erziehungspersonen:

- eigene Deprivationserfahrungen der Eltern,
- unerwünschte Schwangerschaft,
- mangelnde Leistungsfähigkeit der Eltern aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit,
- Sucht (Tabletten, harte Drogen, Alkohol).

Situation des Kindes:

- Krankheitsanfälligkeit des Kindes,
- „schwieriges Kind“ aufgrund der frühen Erfahrung von Mangelversorgung.

¹ vgl. Schrapper, Christian: Elternrecht, Kindeswohl und staatliches Wächteramt, In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum 3 (1997), Nr. 1

² siehe Kalscheuer, Mareile: Hilfemanagement und Abstimmung zwischen den beteiligten Institutionen und den Familien als eine Aufgabe des Jugendamtes, In: Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe, Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1999), S. 103 ff.

1. 1. Wodurch kann die Jugendhilfe die Schutzfunktion für die Kinder wahrnehmen?

Rechtsansprüche auf Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27 ff. SGB VIII regeln, mit welchen Hilfen zur Erziehung Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl geschützt werden können. Diese Hilfen zur Erziehung stellen ein breites Spektrum ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen. Sie werden durch das Recht zur Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII erweitert.

In § 42 Absatz 3 SGB VIII räumt der Gesetzgeber bei Gefahr im Verzuge dem Jugendamt die Inobhutnahme ein. So heißt es: *„Das Jugendamt ist verpflichtet, ein Kind in seine Obhut zu nehmen, wenn eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert.“*

Der § 1666 BGB ergänzt die Kompetenz der Jugendhilfe, indem das Vormundschaftsgericht bei Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes durch Missbrauch der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder Dritter in die elterlichen Rechte eingreifen kann, wenn die Eltern keine Zustimmung zu den erforderlichen Maßnahmen der Gefahrenabwehr geben wollen oder dies nicht können.

Dies kann, so stellt der Gesetzgeber klar, ausschließlich zur Sicherstellung des Kindeswohles bei akuter Gefährdung geschehen. Wenn ein Kind oder Jugendlicher in Obhut genommen wurde, müssen die Eltern hierüber informiert werden, ihr geäußelter oder mutmaßlicher Wille ist angemessen zu berücksichtigen und es müssen allen Beteiligten Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufgezeigt werden.¹

Bis zur Schwelle der Kriterien der Gefährdung des Kindes nach § 1666 BGB liegt die Verantwortung für das Kind bei den Eltern. Das Jugendamt kann nur Hilfe anbieten und die Eltern müssen unterhalb dieser Schwelle entscheiden, ob sie diese annehmen wollen. Qualifizierte Sozialarbeit zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass durch ambulante Hilfen für die Familien eine Herausnahme der Kinder soweit wie möglich vermieden wird.

In vielen Fällen hat das Jugendamt zu den Familien in Vernachlässigungssituationen schon einen längeren, häufig aber eher sporadischen Kontakt. Ein Anlass für das Bekanntwerden der Familie kann die Gewährung materieller Hilfen durch das Sozialamt sein oder eine zurückliegende Trennung und Scheidung hat zur Mitwirkung des Jugendamtes im Familiengerichtsverfahren geführt; manchmal hatten Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft Kontakt zur Familie wegen einer nicht ehelichen Geburt oder die jungen Eltern wurden bereits selber früher vom Jugendamt betreut. Doch resultiert aus diesen Kontakten nicht zwingend, dass dem Amt die Vernachlässigungssituation automatisch damit frühzeitig bekannt wird.

¹ vgl. Münder, Johannes u.a.: Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG/SGB VIII, 2. Aufl., Münster: Votum (1993), S. 322 f.

In der Praxis ist es viel häufiger so, dass das Jugendamt über eine problematische Lebenssituation auf Initiative von Nachbarn, Kindergärten, Sozialdiensten an Krankenhäusern, manchmal auch durch die Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens oder niedergelassene Kinderärzte oder auch durch die Polizei etwas erfährt.

Lebensbedingungen, die gekennzeichnet sind von Deprivation und Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Gewalt, den Folgen von Trennung und Scheidung oder dem Aufwachsen in einem dissozialen und delinquenten Milieu können zur Gefährdung des Kindeswohls führen. Die Lebensbedingungen können aber nicht für sich genommen werden und zum staatlichen Eingriff in Familien führen, sondern sie müssen dahingehend bewertet werden, ob die Bedingungen für das Kind noch ausreichen. **Erst in der Bilanz der Ressourcen der Familie ist zu entscheiden, ob von einer Gefährdung auszugehen ist, die zum staatlichen Eingriff in die Familie führen muss.**

Wann in Familien unterschiedlichster Formen die Lebenssituation so nachhaltig unbefriedigend für die kindliche Bedürfniserfüllung ist, dass mit einschneidenden negativen Folgen für die gesundheitliche Situation des Kindes und dessen Persönlichkeitsentwicklung zu rechnen ist, bleibt schwierig zu beantworten.

Eine Hilfe bei der Bewertung ist meines Erachtens das Konzept der Basisfürsorge, welches unter anderem im Zusammenhang sozialer Arbeit mit drogenabhängigen Eltern und ihren Kindern entwickelt wurde. Es beschreibt als Mindestanforderungen an die familiäre Situation für den Verbleib des Kindes in der Familie beziehungsweise bei der Mutter: „... *die Familie soll in einem normalen Haus - mit Scheiben, mit Heizung und warmen Wasser - wohnen, und die Eltern sollen ein Einkommen - normale Finanzen, Sozialhilfe o.ä. haben. (...) Die Kinder müssen feste Bezugspersonen haben, müssen versorgt werden, also Essen, Trinken, Kleidung als Grundvoraussetzung. Sie müssen einen Tag- und Nachtrhythmus haben können, also nicht nachts bei anderen Leuten abgegeben werden. Die Eltern/die Mutter müssen ein regelmäßiges Leben führen können und sind zur medizinischen Kontrolle für das Kind verpflichtet.*“¹

Aber auch für das Konzept der Basisfürsorge gibt es keine verbindliche und operationalisierbare Definition, die universell angewendet werden kann. Deshalb bleiben wir auf der Aushandlungsebene zwischen Eltern und Jugendamt darüber, was gut und über das, was fraglich, weil gefährlich für das Kind ist.

1. 2. Welche Rechtsgrundlage ermöglicht und beschränkt den Schutz des Kindes durch Gericht und Jugendamt?

Vormundschaftsgericht und Jugendamt sind bei der Entscheidungsfindung, der Aufhellung des Sachverhaltes und bei der Festlegung der notwendigen Hilfe/Maßnahme

¹ Baller, A./Le Grand, N.: De basiszorg-Bureau Kinderen van drugverslaafde Ouders. Amsterdam 1988, zitiert In: Schone, Reinhold: Was braucht ein Kind? Kriterien der Basisfürsorge und Folgen der Vernachlässigung von Kindern, In: Familien in Krisen, Münster: Institut für Soziale Arbeit e. V. (1997)

eng aufeinander bezogen. **Eine gerichtliche Beschränkung oder der Entzug des elterlichen Sorgerechtes ist nur dann möglich, wenn vier Tatbestandsvoraussetzungen¹ gegeben sind:**

- Die Gefährdung des geistigen, körperlichen oder seelischen Kindeswohls muss konkret erkennbar sein oder unmittelbar bevorstehen;
- ursächlich dafür muss ein aktiver Missbrauch des Personensorgerechts oder eine Vernachlässigung des Kindes oder ein unverschuldetes Versagen der Eltern sein;
- die Eltern müssen nicht gewillt oder in der Lage sein, die bestehende oder bevorstehende Gefährdung des Kindeswohls selbst abzuwenden und es
- müssen konkrete Maßnahmen geeignet oder notwendig und im Eingriff verhältnismäßig sein, um die Gefährdung abzuwenden.

Die Leitlinie des SGB VIII ist die Prävention und das präventive Selbstverständnis der Jugendhilfe behält auch in extremen Krisenfällen seine Gültigkeit. Dies zeigt der § 50 Absatz 3 SGB VIII auf, der festlegt, dass auch in Fällen, in denen eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwehren ist (also regelmäßig solche Fälle, wie sie in § 1666 BGB angesprochen sind), das Angebot von Leistungen an die Eltern zur kooperativen Lösung von Konflikten und Problemen Vorrang hat.

Das Jugendamt soll zur Abwehr einer Gefährdung des Kindeswohls das Gericht nur dann anrufen, wenn ein Tätigwerden des Gerichtes erforderlich ist. Würde Jugendhilfe hier von vornherein anders, zum Beispiel hoheitlich kontrollierend eingreifen oder reagieren, würden Möglichkeiten nachsorgender Arbeit erschwert beziehungsweise unmöglich.²

Jugendhilfe, soweit sie sich konkret im Einzelfall auf die Familie richtet, tut dies überwiegend auf Anforderung, das heißt durch die Betroffenen selbst oder durch Dritte. Das Grundgesetz bestimmt den Schutz des Intimraumes der Familie vor staatlichen Eingriffen. Der Gesetzgeber hat den Begriff des Kindeswohls weder positiv noch negativ definiert. Es ist *„einzig Sache der Eltern (...), sich um die Einzelheiten der Verwirklichung des Kindeswohls zu sorgen und positiv zu entscheiden, wie der Kindeswohlbegriff auszufüllen ist“*.³

Der Eingriff des Staates in das Elternrecht muss sich an einer abwägenden Gesamtbewertung orientieren. Ist ein Kind misshandelt worden oder wird eine Gefährdungssituation bekannt, wird deshalb danach gefragt, ob die Misshandlung eine einmalige

¹ siehe auch Bauer, Jost/Schimke, Hans-Jürgen/Dohmel, Wolfgang: Recht und Familie, Neuwied: Luchterhand (1995), S. 236 ff.

² vgl. Proksch, Roland: Prävention als Leitlinie des neuen Kinder- und Jugendhilferechts, In: Zentralblatt für Jugendrecht (ZfJ), Köln: Carl Heymanns 82(1995), Nr. 3, S. 92

³ Erichsen, Uwe: Elternrecht-Kindeswohl-Staatsgewalt, Berlin (1985), S. 53

Entgleisung im Zustand starker und ungewöhnlicher Überforderung war oder ob es sich um ein immer wiederkehrendes Handlungs- und Einstellungsmuster bei den Eltern handelte. Zusätzlich muss auch das Jugendamt durch eine Reflexion der Helferperson auf deren eigene Anteile in der Wahrnehmung und Gewichtung der problematischen Situation zwischen Eltern und Säugling die Notwendigkeit der Maßnahme überprüfen.

2. Zugänge der Jugendhilfe zu Informationen über eine Gefährdung von Kleinkindern/Säuglingen

Säuglinge und Kleinkinder sind eine besondere Risikogruppe für Kindesmisshandlung. Bei ihnen geht es im wahrsten Sinne oft um Leben und Tod. Deshalb ist von besonderer Bedeutung, wer wann von der Gefährdung erfährt und was die entsprechenden Institutionen oder Personen mit diesem Wissen machen.

Den häufigsten Zugang zu sehr kleinen Kindern/Säuglingen haben die Entbindungskliniken und danach die niedergelassenen Kinderärzte durch die Vorsorgeuntersuchungen. Bei kleinen Kindern sind es auch die Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens über die Mütterberatungsstellen und später bei Reihenuntersuchungen in den Kindertageseinrichtungen. Aber viele, auch neuere empirische Untersuchungen zeigen, dass medizinische Einrichtungen einer Zusammenarbeit mit dem Jugendamt häufig skeptisch eingestellt sind.¹

In zwei Richtungen geht die Bewertung der Tätigkeit des Jugendamtes. Manchmal setzen Mediziner ihre Information an das Jugendamt der Meldung einer Strafanzeige gleich. Sie erwarten vom Jugendamt, dass es strafrechtlich gegen die Eltern vorgeht, beziehungsweise den Eltern wird vom Arzt mit einer strafrechtlichen Konsequenz durch das Jugendamt gedroht. Andererseits bestehen Vorbehalte bei den niedergelassenen Ärzten gegenüber dem Jugendamt, weil sie befürchten, durch die aktive und einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit dem Jugendamt einen Teil ihrer Patienten zu verschrecken.

Dies schadet aus der Sicht der Ärzte den betroffenen Kindern insoweit, als sie damit der häufig einzigen Stelle, an der sie noch gesehen und behandelt werden, nicht mehr vorgestellt werden. Grundsätzlich kann man auch heute noch feststellen, dass im medizinischen Bereich die rechtlichen Grundlagen der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wenig bekannt sind und dass die fehlende Kooperation auch auf Unkenntnis über die Hilfemöglichkeiten des Jugendamtes zurückgeht. Zwischen strafrechtlichen und familiengerichtlichen beziehungsweise vormundschaftsgerichtlichen Verfahren und

¹ vgl. Fegert, Jörg M.: Kindeswohlgefährdung, In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum 3 (1997), Nr. 1, S.14 f.; siehe auch Cobus-Schwertner, Inge: Einbeziehung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe - Last oder neue Herausforderung für die Jugendämter? In: Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendliche in die Jugendhilfe, Dokumentation der Fachtagung am 30. und 31. März 1995 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1995), S. 91 ff.

Hilfsmöglichkeiten des Jugendamtes wird oft nicht getrennt.¹ Nicht zuletzt verzichten Ärzte auf eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, um ihre Patientenzahlen zu halten, damit sie in ihrer Praxis nicht existenziell gefährdet werden.

3. Schweigegebot und Anzeigepflicht

Häufig wird gerade den Berufsgruppen die Vernachlässigung und Fehlentwicklung bei sehr kleinen Kindern bekannt, die sich selbst nicht für zuständig halten für die Veranlassung oder Organisation weitergehender Hilfen für die Familien. Die Weitergabe der gewonnenen Informationen scheint zudem an dem mit strafrechtlichen Sanktionen verknüpften Schweigegebot zu scheitern. Aber bei Gewalttaten an Kindern gibt es keine Schweigepflicht der Ärzte gegenüber dem Jugendamt.²

Die in § 203 StGB festgelegte Schweigepflicht verbietet zwar dem Arzt, seine Befunde an das Jugendamt weiterzureichen, aber in der Bewertung muss dieses Schweigegebot mit dem Gebot der nicht anders abzuwendende Gefahr für Leib und Leben (auch: Freiheit, Ehre, Eigentum oder anderes Rechtsgut), so wie es in § 34 StGB definiert ist, abgewogen werden. Die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt in diesem Sinn ist kein rechtswidriges Verhalten. Allerdings müssen tatsächliche Gefährdungsgründe vorliegen, damit der Arzt die Informationen, die er aus seinem ärztlichen Handeln gewinnt, an das Jugendamt weitergeben kann. **Tatsächliche Gefährdungsgründe** sind nach Dickmeis:³

- **„Nahrungsverweigerung bei Säuglingen und Kleinkindern, bei welchen auch ein deutlicher Pflegemangel und Entwicklungsverzögerungen auffällig sind:** Hier besteht der Verdacht auf eine anhaltende Vernachlässigung, so dass von einer auch anhaltenden, akuten Lebens- und Gesundheitsgefahr auszugehen ist.
- **Untypische Hämatome im Gesichts-, Brust- oder Bauchbereich sowie ferner am Gesäß oder Oberschenkeln; desgleichen Hämatome in verschiedenen Abheilungsstadien:** Solche Verletzungen weisen auf gezielte Schlageinwirkungen hin beziehungsweise schmerzhaftes Festhalten, mit dem unnachsichtig auf Folgsamkeit eines Kindes hingewirkt werden soll; hier besteht Wiederholungsvermutung, das heißt das erneute Drohen von dauerhaften Körperverletzungen.
- **Kreisförmige Verbrennungen, insbesondere auf der Handoberfläche oder unter der Fußsohle:** Sie sind Anzeichen für das Ausdrücken von Zigaretten; zu diesem Verletzungsbereich zählen auch Striemenhinweise als Folge von Schlägen mit Gegenständen wie Peitschen und Stöcken.
- **Ungewöhnliche Formen von Schädel- oder Skelettverletzungen;** sie entstehen für gewöhnlich durch harte und mit Wucht geführte Schläge mit der Hand oder stockähnlichen Gegenständen (...)

¹ vgl. Fegert, Jörg M.: Kindeswohlgefährdung, In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum 3 (1997), Nr. 1, S.17 f.

² vgl. Dickmeis, Franz, Keine Schweigepflicht der Ärzteschaft bei Gewalttaten an Frauen und Kindern, In: Zentralblatt für Jugendrecht (ZfJ), Köln: Carl Heymanns, 82 (1995), Nr. 11; S. .474 ff.

³ ebenda S. 479

- *Symptome von Darmverletzungen gehen oftmals einher mit Stoßen, Werfen oder Fallenlassen.*
- *Verletzungen der äußeren Genitale oder des Anus, Geschlechtskrankheiten bei kleinen Mädchen sowie direkter Nachweis von Spermien sind unüberhörbare Alarmzeichen für sexuellen Missbrauch schwerwiegender Art.“*

Beim gravierenden Misshandlungsverdacht ist nicht nur die ärztliche Schweigepflicht gegenüber der Gefährdung des Kindes ein geringeres Rechtsgut, sondern ein Schweigen des Arztes kann möglicherweise als strafrechtliches Unterlassen gewertet und sogar berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.¹ Es ist somit von jedem Arzt zu erwarten, dass er Informationen über eine erhebliche Gefährdung eines Kindes an das Jugendamt weiterleitet.

4. Der schwierige Bewertungsprozess der erheblichen Gefährdung des Kleinkindes/Säuglings

In der Bewertung einer gravierenden Gefährdung eines Kindes im Säuglingsalter gibt es bei allen helfenden Berufsgruppen immer wieder Unsicherheiten, soweit sie nicht durch Ärzte feststellbar sind. 1994 hat sich in Hannover eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft mit dem Ziel konstituiert, Kriterien zur Hilfeplanung für vernachlässigte und misshandelte Kinder zu entwickeln.²

Die Übersetzung des Grundrechtes auf körperliche Unversehrtheit und auf eine Umsorgung, die den Säugling befähigt, sich zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu entfalten, versteht sich so als das **Recht des Kindes auf:**

- ausreichende Körperpflege,
- einen geeigneten Wach- und Schlafplatz,
- schützende Kleidung,
- altersgemäße Ernährung,
- sachgemäße Behandlung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen,
- Schutz vor Gefahren,
- Zärtlichkeit, Anerkennung und Bestätigung,
- Sicherheit und Geborgenheit,
- Achtung vor Individualität und entwicklungsgemäße Selbstbestimmung,
- Ansprache und
- auf die langandauernde Bindung an den Menschen, der hierfür sorgt.

¹ vgl. Kleinknecht, Theodor/Meyer, Karlheinz: Strafprozessordnung, 38. Aufl., München: Beck (1987), Einleitung Rn, S. 1 ff.

² vgl. Informationsdienst Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Köln: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (1999), Nr. 4

Diese Rechte des kleinen Kindes müssen in die Bewertung seiner konkreten Lebenssituation, auf seinen Alltag einfließen. **Konkret bedeutet die Umsetzung anhand von zwei Beispielen:**

Recht auf ausreichende Körperpflege:

- Wird das Kind wiederkehrend gewickelt oder trifft man es ständig in durchnässten, herabhängenden Windeln an?
- Sind größere Teile der Hautoberfläche entzündet?
- Finden sich größere Dreck- und Kotreste in den Hautfalten (Genital- und Gesäßbereich)?

Recht auf altersgemäße Ernährung:

- Gibt es eine stete Gewichtszunahme (Gewichtskurve im Vorsorgeheft)?
- Bekommt der Säugling überalterte oder verdorbene Nahrung? Reicht die Flüssigkeitsmenge?
- Sind hygienische Mindeststandards (Reinigung der Flasche) gewahrt?¹

Fehlentwicklungsrisiken sind, anders als in der vorherigen Betrachtung die Gefährdung des Kindes im Zusammenhang mit Gewalteinwirkungen und gravierender Vernachlässigung mit körperlich feststellbaren Verletzungen, in der Bewertung ein weitgehend normatives Konzept. Konzepte von als normal verstandenen Entwicklungsverläufen von Kindern hat jeder, ob Fachkraft oder nicht, in seinem Kopf. Bei den Fachkräften im pädagogischen, sozialarbeiterischen und medizinischen Bereichen bilden sich die Kriterien für das berufliche Handeln auf der Basis dieses individuellen Verständnisses in Verbindung mit den erlernten beruflichen Bewertungsschemata kindlicher Entwicklungsverläufe ab.

Unterhalb der Vernachlässigung mit der Folge der Kindeswohlgefährdung steht der **Begriff der Fehlentwicklung**, der sich auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes bezieht. Was dabei ein altersgerechter Entwicklungsstand sein kann, ist abhängig vom Ort, der jeweiligen Zeitepoche, in der das Kind aufwächst, den kulturellen Gegebenheiten und den Erziehungsnormen, die die Lebensumstände aller Kinder prägen.

Erst in der öffentlichen, fachlichen Auseinandersetzung mit den Kriterien für normale Entwicklung und ihre Bedingungen im biologischen und sozialen Zusammenhang können wir uns über entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Lebensbedingungen bei Kindern verständigen. Das Verständnis von Fehlentwicklung ist in diesem Sinne eine Verhaltensabweichung.

Die **soziologische Kategorie der Verhaltensabweichung** fußt auf der Grundannahme, dass Verhalten normativ in jeder Gesellschaft, Zeitepoche und sozialem Bezugs-

¹ vgl. Informationsdienst Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Köln: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (1999), Nr. 4

system als normal und abnorm definiert wird. Wann Kinder welche Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln, welches Verhalten als gewünscht oder unerwünscht bezeichnet wird, hängt also davon ab, in welcher Gesellschaft und in welcher Zeitepoche ein Kind aufwächst, welcher sozialen Schicht und welchem Kulturkreis es angehört.

Unter der soziologischen Perspektive des normalen und abweichenden Verhaltens wird ein Zugang zu Problemen von Kindern und deren Familien eröffnet, der es erlaubt, die sozialen Rahmenbedingungen in den Vordergrund der Betrachtung zu stellen und in dieser Perspektive Hilfen zu entwickeln, die nicht nur das Kind und seine Eltern in den Blick nehmen, sondern auch sein Umfeld, das heißt Nachbarschaft, Kindergarten, Freundeskreis, Schule usw. So lässt sich erkennen, wann ein und dasselbe Verhalten sinnvoll, wann es problematisch ist. Lebensbedingungen und Perspektiven der Kinder und ihrer Eltern sind unauflösbarer Bestandteil von Verhaltensweisen; Verhalten ist zu verstehen als ein Resultat von Lebensbedingungen. Damit ist das Verhalten eines Kindes weniger eine Charakterfrage als das Resultat seiner Erfahrungen und der daraus gezogenen Schlüsse. Deshalb eignen sich Diagnoseschemata und Kennziffern nicht für Fragen von Prävention, wohl aber sozialpolitische Fragen und Kenntnisse über Armut und Arbeitslosigkeit, zur Verbesserung von Lebensbedingungen und Lernbedingungen von Kindern und zur Stärkung von Eltern, damit sie gute Eltern sein können.

Das heißt, ein wesentliches Merkmal von Entwicklungsförderung ist die Pflege, Aufzucht und Erziehung, die gesellschaftlichen und schichtspezifischen Bedingungen unterliegt und professionell wie auch persönlich verschieden als „normal“ bewertet werden kann. Entsprechend unterschiedlich können die Ansichten sein, wieviel Aufmerksamkeit, Anregung, Zuwendung und Beziehungsangebote für ein Kind optimal, ausreichend, defizitär oder gefährdend sind, wieviel davon ein angemessenes oder gar optimales Aufwachsen bedingen.

5. Seelische Behinderung als Gefährdungskategorie im Kleinkindalter oder kann man von einer drohenden seelischen Behinderung bei dieser Altersgruppe als Gefährdungsmoment sprechen?

Die Definition der seelischen Behinderung als diagnostische Zuordnung bei Kleinkindern ist sehr kritisch zu betrachten, weil die scheinbar objektive Feststellung der Behinderung eine willkürliche Setzung ist. Die Behinderung im Kindesalter lässt sich nicht ausschließlich auf einen Funktionsbereich festlegen und zudem entzieht sich gerade der Begriff der seelischen Behinderung jeder abgrenzenden Definition, wie die in den letzten Jahren zum Teil sehr lebhaft geführte Debatte belegt.

Der Begriff der seelischen Behinderung als diagnostische Zuordnung ist an der Definition der Eingliederungshilfeverordnung ausgerichtet. Aber bei Minderjährigen haben Entwicklungs- und Erziehungsaspekte eine zentrale Bedeutung und von der Verfestigung eines Zustandes als Voraussetzung für die Feststellung einer Behinderung, wie es in der Rehabilitationsgesetzgebung vorgesehen ist, kann bei Kindern nicht ausgegangen werden.

Da die Diagnose oder Definition einer Gefährdung bei Kindern unter dem Aspekt der Erschließung von Hilfen und deren Finanzierung erfolgt, ist zu beachten, dass pädagogische Maßnahmen zur Hilfe bei der Erziehung sich nicht von rehabilitativen Maßnahmen unterscheiden und nicht voneinander abgetrennt betrachtet werden können. Trotzdem oder gerade deshalb ist die Zielvorstellung, die mit dem Rehabilitationsprinzip verbunden ist, sensibel und selbstkritisch bei der Gestaltung von Hilfen für Kinder und Jugendliche einzusetzen. Selbstkritisch deshalb, weil durch die Rehabilitationsperspektive tendenziell die Defizite und Einschränkungen und damit die veränderungsbedürftigen Seiten der Persönlichkeit betont. Es besteht die Gefahr, dass die gesunden Anteile der Persönlichkeit in der Konzipierung der Hilfen für das behinderte Kind vernachlässigt werden.

Vor dem Hintergrund der hohen Stigmatisierungswirkung des § 35 a SGB VIII erscheint die explizite Zuordnung zum Personenkreis der seelisch Behinderten verzichtbar, zumal die §§ 27 ff. SGB VIII eine hinreichende und das Jugendamt verpflichtende Rechtsgrundlage auch für therapeutische und heilpädagogische Hilfen darstellen. In diesem Rahmen werden dann auch fachlich richtige und notwendige Hilfen für seelische behinderte Minderjährige unter Einbeziehung der Eltern, des sozialen Umfeldes und der Verpflichtung zur Erstellung eines Hilfeplanes vorzunehmen sein.

Der § 35 a SGB VIII hat kein klares Adressatenbild. In einigen Bundesländern werden die Kinder mit einer Lese- und Rechtschreibschwäche zum Personenkreis der seelisch Behinderten gezählt; in anderen Bundesländern hat man die Zuordnung bereits für Kinder mit Frühförderbedarf dem § 35 a SGB VIII zugeordnet. So ist heute noch festzustellen, dass es mehr oder weniger zufällige Konstellationen sind, die eine Zielgruppe bestimmen, für deren Hilfebedarf der § 35 a SGB VIII angewendet wird.

Was sich hieran abbildet, ist auch die Frage danach, wie sich das Jugendamt in Bezug auf Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit positioniert. Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit sind im herrschenden Verständnis weitgehend die Domäne der Mütterberatung des Gesundheitsamtes. Aus dem SGB VIII jedoch ist es nicht ableitbar, warum das Jugendamt erst bei gefährdeten Kindern ab einem bestimmten Lebensalter der Kinder sich als zuständig versteht und vorher nur über den § 1666 BGB tätig wird.

Die Fachkompetenz der Jugendhilfe für Probleme, die aus ungünstigen Lebensbedingungen für Kleinkinder entstehen, müssen deshalb auch unter Nutzung des medizinischen Wissens weiterentwickelt werden. Dafür bedarf es keiner Zuordnung zum § 35 a SGB VIII und zur seelischen Behinderung, die bei kleinen Kindern sowie so nicht diagnostizierbar ist.

6. Schutz des kleinen Kindes als interdisziplinäre Aufgabe

Kinder, die sterben, weil Eltern sich nicht ausreichend um ihre elementaren Bedürfnisse der Ernährung und Pflege kümmern, und Kindestod durch äußere Gewaltanwen-

dung rufen heute mehr denn je Betroffenheit und Wut auf die realen oder vermuteten Täterinnen und Täter hervor. Jede Kindesvernachlässigung oder Kindesmisshandlung mit Todesfolge führt nicht nur zu einem intensiven Medienspektakel, sondern auch zu krisenhaften Arbeitssituationen in den sozialen Diensten.

Viele Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter betreuen Familien, in denen immer wieder krisenhafte Alltagssituationen Risiken für das Wohl der Kinder bedeuten und durch die sozialpädagogische Beratung Hilfe und zum Teil auch Kontrolle soweit wie möglich lebensbedrohende Situationen ausgeschlossen werden müssen.

Die zum Teil spektakulären, in den Medien dokumentierten Fälle von Kindesvernachlässigung mit tödlichem Ausgang zeigen, dass Sozialarbeit nicht grundsätzlich und immer dramatische Ereignisse verhindern kann. Die Zuständigkeit der Sozialarbeit für Familien mit minderjährigen Kindern besteht regional für alle Familien.

Der sozialpädagogische Handlungsauftrag der Jugendhilfe ist in den Rahmen von Früherkennung und Prävention zu betten:

- Über das Kindeswohl wachen und Hilfestrukturen entwickeln, die sich an den Interessen der Kinder und Jugendlichen und ihren Familien orientieren,
- Vernetzung und kooperative Förderstrukturen und Trägerspektrum anstelle Kontrolle und Eingriffsverwaltung (Vernetzung und Interdisziplinarität),
- Probleme frühzeitig erkennen,
- leistungsfähige Hilfen vorhalten und deren Wirksamkeit immer wieder überprüfen,
- nicht erst eingreifen, wenn Vernachlässigung vorliegt.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen sozialen und materiellen Lebensumständen von Familien und deren Teilhabe an der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind in erheblich höherem Maße gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Dies zeigt sich auch in schulärztlichen Untersuchungen, die bei diesen Kindern häufiger verschleppte, behandlungsbedürftige Krankheiten feststellen.

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst kommt eine besondere Rolle bei Impulsen und Initiativen zur Milderung dieser Situation zu, denn die Fachkräfte des Gesundheitswesens haben im Regelfall über Vorsorgeuntersuchungen und Reihenuntersuchungen Zugang zu sehr vielen Familien. Vorsorgeuntersuchungen sind zum Beispiel eine Möglichkeit, Kindesmisshandlungen zu erkennen. Über die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt können Unterstützungsleistungen organisiert werden.

Die Kooperation mit der Jugendhilfe ist besonders dann notwendig, wenn Erziehungshilfen die medizinischen Hilfen ergänzen müssen. Insofern ist die Zusammenarbeit

zwischen der Jugendhilfe und der Medizin zwar kein neues Thema, aber eines, das eine neue Aktualität gewonnen hat angesichts geringer gewordener Ressourcen. Knappe Ressourcen haben häufig eher zur Abgrenzung der einzelnen Fachdienste und Einrichtungen denn zur besseren Abstimmung der Hilfen geführt.

Für Familien mit dem Risiko der Vernachlässigung und Gefährdung ihrer Kinder brauchen wir aufeinander abgestimmte Hilfen durch den Erziehungs- und Gesundheitsbereich, mit dem Ziel, die Familien zu stabilisieren und die Eltern-Kind-Beziehungen tragfähiger zu machen.

Die Kooperation mit dem Gesundheitswesen wird bei Problemen der Kindesvernachlässigung unabdingbar. Der ambulante Dienst des Jugendamtes, der Gesundheitsdienst, Familienhebammen und sozialpädagogische Einrichtungen wie Häuser der Familie und Frühförderstellen müssen besonders bei sogenannten Risikofamilien ihre Interventionen abstimmen, die sozialen, psychologischen und medizinischen Sichtweisen abwägen und geeignete soziale und gegebenenfalls therapeutische Unterstützung absprechen.

Soziale Maßnahmen müssen verbunden werden mit städtebaulichen und wohnumfeldbezogenen Verbesserungen in Kooperation mit Eigentümern und Mietern. Angebote und Förderungsaktivitäten in den Bereichen der beruflichen Orientierung, Qualifizierung und Ausbildung müssen nicht nur gebündelt, sondern auch stärker auf den Bedarf der Wohngebiete konzentriert werden. Durch den Ausbau und die Herstellung von sozialen Netzen in Alltagssituationen muss nachbarschaftliches Engagement und Eigeninitiative gefördert werden.¹

¹ Ein Beispiel für ressortübergreifende vernetzte Strategien und für die Förderung kleiner sozialer Netze ist das Handlungsprogramm „Wohnen in Nachbarschaften“ (WIN) des Senats vom 8. Dezember 1998 in Bremen.

Datenschutz und Schweigepflicht als Hinderungsgrund für rechtzeitige Hilfen?

THOMAS MÖRSBERGER

Landeswohlfahrtsverband Baden, Leiter des Landesjugendamtes, Karlsruhe

Das Thema meines Referates ist provozierend formuliert: „Datenschutz und Schweigepflicht - ein Hinderungsgrund für rechtzeitige Hilfen?“ Ein jeder wird erwarten, dass die Antwort „Nein“ lautet. Und doch weiß auch ein jeder, dass vielerorts genau so gedacht wird, was auf den ersten Blick tatsächlich nahe zu liegen scheint, nämlich dass Datenschutz und Schweigepflicht doch daran hindern könnten, rechtzeitig zu helfen. Wirklich?

Es nützt nichts, wenn wir regelmäßig Postulate formulieren, an die nicht wirklich geglaubt wird. Wie die tatsächlichen Einschätzungen vor Ort sind, müssen wir zur Kenntnis nehmen. Aber das soll kein Zeichen von Resignation sein. Meine Erfahrung ist nämlich die, dass wirklich verstandener Datenschutz eben kein Hinderungsgrund für rechtzeitige Hilfen ist. Im Gegenteil. Allerdings setzt das voraus, dass Datenschutz nicht als Paragraphenhuberei verstanden wird, insbesondere nicht als Vorwand, sich nicht in die Karten gucken lassen zu wollen, sondern dass Datenschutz, wie dies auch vom Gesetzgeber beabsichtigt war, als integraler Bestandteil modernen und effektiven Helfens verstanden wird. Das aber verlangt, etwas genauer hinzuschauen, um was es jeweils geht. Und unter welchen Bedingungen.

Ungleichzeitigkeit der Entwicklung

Zunächst eine Einschätzung zum Stellenwert des Themas. Wir haben es in diesem Zusammenhang mit erstaunlichen Ungleichzeitigkeiten zu tun. Im Kontext des Kinderschutzes ist die Diskussion von erheblicher Verunsicherung geprägt. Obwohl es so scheint, dass viele Dinge in diesem Bereich doch seit langem und ausführlich diskutiert worden sind, stehen wir vor neuen Debatten und Kontroversen ums Grundsätzliche. Scharfmacherei ist an der Tagesordnung, in den Medien wie in der Politik. Zugleich haben wir - und das hebe ich immer wieder hervor - im Bereich der Methodik des Helfens längst einen hochdifferenzierten und hochprofessionalisierten Entwicklungsstand, der auch in der Politik gesehen wird. Das alles steht zum Teil unvermittelt nebeneinander, macht die Diskussionen oft sehr schwierig.

Aber in der „Jugendhilfeszene“ selbst sieht es mitunter nicht anders aus. Da geht man in Einzelheiten, spricht die Probleme und Anforderungen differenziert an und ein erfahrener Kollege aus der Praxis des Kinderschutzes steht auf und erklärt lapidar: „*Das kann doch nicht sein, die Kinder müssen geschützt werden. Das hat Vorrang, da müssen alle anderen Erwägungen zurückstehen.*“ Na prima.

Der Verein für Kommunalwissenschaften e. V. hatte diese Reaktionsweisen im Jahr 1998 mit dem sarkastischen Titel einer Veranstaltung auf den Punkt gebracht: „... und

schuld ist im Ernstfall das Jugendamt“. Ungleichzeitigkeit der Entwicklung, die nicht nur uns eigen sein mag, sondern auch in anderen Bereichen, tritt hier in dramatischer Weise zutage. Denn wenn Probleme nicht geklärt sind, hat das unter Umständen für betroffene Kinder auch schlimme Folgen. Ich behaupte, dass gerade aus dieser Ungeklärtheit heraus viele dramatische Folgen abzuleiten sind.

Die Frage ist bei alledem, wie diese Ungleichzeitigkeit zu erklären ist. Ist es ein Professionalitätsdefizit oder ist es auch die Folge von Selbstüberschätzung? Inwieweit spielt Wunschdenken eine Rolle? Oder existiert ein Mangel an Grenzsetzung beziehungsweise Grenzbewusstsein?

Zu den Prinzipien des Datenschutzes

Das mir gesetzte Thema setzt an Schweigepflicht und Datenschutz an. Ich halte es nicht für sinnvoll, Ihnen jetzt Grundlegendes über den Datenschutz mitzuteilen. Ich möchte vielmehr aufgreifen, was ich in Diskussionen immer wieder erlebe. So halte ich es für falsch, wenn der Begriff „Datenschutz“ im Sinne von ja oder nein verwendet wird. Meines Erachtens ist auch die kürzlich bei einer Fachtagung vernommene Aussage eines habilitierten Juristen grundfalsch und zudem gefährlich (aber leider typisch), der jüngst verkündete: *„Kinderschutz geht vor Datenschutz.“*

Das ist eine Gegenüberstellung, die zeigt, dass man offenbar nicht verstanden hat, um was es geht. Da wird etwas gegeneinander ausgespielt, was zusammengehört. Zur Verdeutlichung spreche ich zunächst die Systematik des Datenschutzrechtes an. Datenschutz heißt nämlich nichts anderes, als dass das Umgehen mit personenbezogenen Informationen, das Verhalten in dieser Hinsicht stetig legitimierbar sein muss. Das heißt, man muss prüfen, ob man eine Information für sich behalten muss und sogar, ob man sie überhaupt erfragen darf.

Nun zum Kinderschutz. Ist es per se hinderlich, wenn ich auch in solchem Zusammenhang mein Verhalten legitimieren muss? Datenschutz ist nicht irgendein rechtsstaatlicher Luxus, der im Ernstfall nicht mehr gilt. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass für die Akzeptanz des Datenschutzes der Gesetzgeber sich beziehungsweise „der Sache“ einen Bärenienst erwiesen hat, indem er die entsprechenden Regelungswerke unnötig kompliziert und unübersichtlich gestaltet hat, also all denen in die Hände gearbeitet hat, die von vornherein dem Datenschutz den Nimbus des Hinderlichen, des Unmodernen und Bürokratischen anhängen. Das ist äußerst ärgerlich. Ich werde hoffentlich nicht der Paranoia geziehen, wenn ich sarkastisch behaupte, dass die aktuellen Gesetzesformulierungen ein politischer Beitrag sind, den Datenschutz zu unterlaufen. Noch böser formuliert: Wenn man ein Gesetz schon nicht verhindern kann, so ist es die beste Blockierungsstrategie, es systematisch unüberschaubar und irritierend zu gestalten.

In Wirklichkeit ist das Datenschutzrecht nämlich vom Regelungsgehalt her und in der Systematik einfach und klar, jenseits der Einzelformulierungen. Wenn man sich das Gesetz genauer ansieht, ergeben sich überschaubare Kriterien.

Die erste zentrale Frage, die nicht nur eine formale ist, ist die, ob es überhaupt um eine **personenbezogene Information** geht. Wer sich mit anderen zusammensetzt und austauscht, hat nicht schon automatisch ein Datenschutzproblem, muss sich also nicht wie ein „Schimanski“ gegen den Datenschutz fühlen, der meint, bereits im Augenblick der Kooperation schon zum Wohle von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien Gesetze übertreten zu müssen.

Die zweite zentrale Frage ist die nach der **Aufgabenorientierung**. Jedenfalls zielen fast alle Legitimationskriterien des Datenschutzes auf die strenge Definition der jeweiligen Aufgabe und auf die darauf bezogene Frage der Erforderlichkeit. Definition heißt ja auf deutsch nichts anderes als Abgrenzung. Die Beschreibung der Grenze bedeutet eben, dass man klar machen muss, was Sache ist und was nicht. Gerade in diesem Zusammenhang gibt es aber in der Jugendhilfe eine chronische Krankheit: Vielfach halten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern - überspitzt gesagt - für fast alles zuständig. Aus gutem Grund sind sie es in Wirklichkeit aber gar nicht, könnten dem auch nicht entsprechen. Das SGB VIII hat eine sehr klare, gesetzlich systematische Grundlage, das war früher mit dem Jugendwohlfahrtsgesetz etwas anders. Es hat also weniger etwas mit juristischen Vorgaben zu tun, eher mit psychologischen Dingen. Ich will jetzt nicht über das Helfersyndrom sprechen, aber es hat etwas davon.

Ich erwähne als einen aktuellen Beleg dazu die verbreitete Reaktion von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Jugendämtern zu den Strafprozessen gegen Berufskolleginnen und -kollegen wegen der vermeintlichen Verletzung von Garantenpflichten. Ich kenne keinen Berufsstand, der so schnell bereit wäre, wenn irgendwelche Vorwürfe kommen, sofort mit pauschalen Selbstbeschuldigungen zu reagieren, wie dies in Jugendämtern geschehen ist. Wenn bei einem anderen Berufsstand solch pauschale Angriffe kommen - wie in Osnabrück und Stuttgart geschehen -, dann gesteht man doch nicht gleich ein, „*irgendetwas ist da sicher falsch gemacht worden*“, man bietet sich als Projektionsfläche öffentlicher Empörung geradezu an.

Das hat Gründe. Wer nämlich vorher die Grenzen so weit setzt, dass er gar nicht mehr an sie herankommt, das Feld nicht bis zur Grenze ausfüllt, oder in einem anderen Bild: die Latte so hoch legt, dass er selbst sie nicht mehr erreichen kann, der braucht sich nicht zu wundern, dass ihm das vorgehalten wird. Die Frage ist also, inwieweit man nicht selbst schuld an falschen Erwartungen ist, sich also über Enttäuschungen nicht beschweren darf.

Zurück zum Datenschutz. Ich rede über die Legitimation im Umgang mit personenbezogenen Informationen und habe gesagt: **Eines der wichtigsten Kriterien** - ohne jetzt Paragraphen zu benennen - **ist die Bestimmung der Aufgabe und die Ableitung aus dem, was Aufgabe ist**. Diese Aufgaben sind im Gesetz sehr viel enger beschrieben, als das allgemein immer wieder angenommen wird beziehungsweise wie diese zur eigenen Arbeitsentlastung zugeschoben werden. Man signalisiert unnötigerweise, dass man eigentlich auch für alles zuständig sei und ist überrascht, wenn das von anderen Stellen je nach Problemlage gerne genutzt wird.

Nun genügt aber im Datenschutzrecht nicht etwa die Legitimation durch die Aufgabenstellung ganz allgemein, sondern es bedarf konkretisierend der **Erforderlichkeit**. Die Prüffrage lautet also: Inwieweit ist die Erhebung von Informationen oder deren Weitergabe beziehungsweise deren Speicherung zur Erfüllung der jeweiligen und aktuellen Aufgabe auch tatsächlich erforderlich?

Nun komme ich zu einem Kriterium, das in manchen Datenschutzdiskussionen in den Vordergrund gestellt wird, auf den ersten Blick verständlicherweise, nach genauerer Betrachtung aber zu Unrecht: **die Legitimation durch Einwilligung des Betroffenen**. Ich behaupte, dass die Betonung des Rechtsinstituts der Einwilligung die beste Strategie ist, den Datenschutz ins falsche Licht zu rücken. Wenn sich zum Beispiel Behörden permanent Formulare unterschreiben lassen - früher musste man Formulare nur einmal unterschreiben, neuerdings zweimal -, dann fühlt sich der Bürger nicht gerade ernst genommen. Oder: Da wird man mit der Trage halbtot ins Krankenhaus gefahren und darf auf dem Weg in den OP gerade noch einmal einige ausführliche Einwilligungsformulare unterschreiben. Freiwillig, versteht sich. Mit solchen Methoden wird der Datenschutz ad absurdum geführt, geradezu lächerlich gemacht.

Ich bin mit den Landesbeauftragten für den Datenschutz jedenfalls darin einig, dass die Mehrheit aller Einwilligungserklärungen, die unterschrieben werden, rechtsungültig sind. Denn man kann nur rechtswirksam in etwas einwilligen, was man überhaupt beurteilen kann. Das kennen wir aus dem Arzthaftungsrecht. Hat der Arzt nicht adäquat über die gesundheitlichen Risiken einer Behandlungsmethode informiert, gilt die Einwilligung für einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit als unwirksam. Hat der Arzt aber keine Rechtfertigung mehr für seine Behandlung, ist sie in vielen Fällen tatbestandlich eine Körperverletzung. Ähnliches gilt für den Datenschutz: Wer nicht adäquat weiß, in was er eigentlich einwilligt, dessen Einwilligung ist unwirksam.

Warum dieser Umstand nicht längst zu massenhaften Prozessen geführt hat, liegt wohl daran, dass solche eigentlich unwirksamen Einwilligungserklärungen ohnehin entbehrlich gewesen wären, nämlich zum Beispiel über § 69 SGB X, wenn also die Erforderlichkeit der Aufgabenerfüllung als gegeben angesehen wird.

Eine letzte Kategorie: **der rechtfertigende Notstand**. Da aber ist Vorsicht geboten. Der rechtfertigende Notstand ist kein rechtfertigender Notstand mehr, wenn er sozusagen als Generalklausel für all die Fälle herangezogen wird, die für uns Grenzfälle sind. Das sagt die Rechtsprechung sehr klar, aber wenn man politisch irgendwo nachfragt und irgendwelche Rechtsabteilungen den Politikern die Vorlage machen, wie das denn sei, dann heißt es in der Regel: In all den Fällen, bei denen Gefahr im Verzuge ist, gilt grundsätzlich der rechtfertigende Notstand. Das steht dann leider da, ist so aber mit Sicherheit missverständlich. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich bei den Beratungen zum SGB X, das übrigens gerade in diesen Monaten zwanzig Jahre alt wird, kundgetan, dass die sehr differenzierten Kriterien dieses Gesetzes dazu dienen sollten, „*die bislang übliche allgemeine Güterabwägung*“ zu ersetzen. Die Abwägung verbleibt nur noch für den Rahmen des rechtfertigenden Notstands im Strafrecht, also die Schweigepflicht nach § 203 Absatz 1 StGB, für die dort genannten Berufsgruppen wie Sozialarbeiter,

Ärzte, Rechtsanwälte usw., über § 76 SGB X beziehungsweise § 65 SGB VIII/KJHG, indirekt auch im BGB.

Datenschutz als Verhinderung rechtzeitiger Hilfe?

Ich soll in meinem Referat zu der immer wieder zu hörenden Behauptung Stellung nehmen, dass der Datenschutz mehr oder weniger oft rechtzeitige Hilfe verhindere. Auf den ersten Blick scheint die Behauptung ja auch – wie eingangs schon angesprochen – schlüssig zu sein. Unbestreitbar bremst der Datenschutz Informationsströme. Liegt da die Schlussfolgerung nicht nahe, dass durch weniger Information nicht gehandelt wird, wo mit mehr Information früher hätte reagiert werden können?

Aber Reaktion beziehungsweise Frühzeitigkeit als solche bedeuten noch keineswegs, dass da auch wirklich geholfen wird. Prüfe ich dies aber, muss ich den Zusammenhang des Informierens und die Rahmenbedingungen des Helfenwollens beschreiben, muss die Fragen erweitern. So frage ich: Wie ist das Verhältnis von Helfen und Information? Wie ist das Verhältnis von Wissen und Handeln? Und in der Zuspitzung: **Bedeutet die Beachtung des Datenschutzes Schweigen wider besseres Wissen?**

Ich unterstreiche die Bedeutung dieser Fragen, indem ich die These aufstelle: Meines Erachtens beruhen die großen und gewissermaßen traditionellen Missverständnisse zwischen den Bereichen Medizin und Justiz einerseits und den Bereichen Jugendhilfe andererseits sehr stark auf einem - bislang nicht ausdiskutierten - unterschiedlichen Verständnis des Verhältnisses von Wissen und Handeln.

Konkreter: Wenn ich mit Experten aus dem psychiatrischen oder psychologischen Bereich spreche, hält man der Jugendhilfe einen Mangel hinsichtlich präziser Diagnostik vor. Dahinter steht die richtige Erkenntnis, dass eine richtige Behandlung eine entsprechende Diagnose voraussetzt. Und dass dieses Prinzip auch für die Jugendhilfe gelten müsse. Stimmt das? Jein. Zunächst ist nämlich die Frage zu klären, aus welchen Anlässen und nach welchen Maßstäben in der Jugendhilfe Diagnosen zu erstellen sind. So ist sicher, dass zum Beispiel die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD eine andere Diagnostik haben müssen als Mediziner, aber auch die Bedeutung der Diagnose im Hilfeprozess eine andere ist beziehungsweise sein muss.

Auch die Justiz hat - systemgerecht - ein anderes Verhältnis zum Thema „Wissen und Handeln“. In der Justiz ist es klar: Erst sammelt man Wissen, man ermittelt, um zu wissen. Dann hat man in der Justiz einen sehr präzise beschriebenen Ablauf, was aufgrund irgendwelcher Informationen irgendwelche Folgen hat.

Eine kleine Zwischenbemerkung: Unsere Strafjustiz dient unter anderem dazu, dass Täter resozialisiert werden. Jetzt schauen Sie einmal in der Strafprozessordnung nach, wie geeignet die ist, Täter zu resozialisieren. Ich sage bewusst, dass es dabei Widersprüche sowie Ungereimtheiten gibt. Nur gesteht man das der Justiz zu. Die Frage ist, ob das nicht auch für Jugendhilfe eine legitime Unterscheidung ist, nämlich dass wir

Ziele verfolgen, aber unsere Instrumentarien nicht zwingend dazu führen, dass wir diese Ziele auch erreichen. Die Strafjustiz ist das beste Beispiel dafür.

Zurück zum Thema „Diagnostik, Wissen und Handeln“. In der Jugendhilfe bedeutet Helfen nicht nur, dass wir uns um die Fälle kümmern müssen, die gewissermaßen „auf dem Tisch liegen“. Im Gegenteil: Gerade in den Fällen von Gefährdung geht es maßgeblich darum, (wirksamen) Hilfen überhaupt erst einmal den Weg zu ebnen. Aktionismus nützt da selten etwas, abwarten bis zur ausführlichen Diagnose auch nicht, insbesondere aber kann es sein, dass mit einer vorschnellen, eventuell Misstrauen schaffenden Art der Informationssammlung der Zugang zu weiteren Informationen und Handlungsmöglichkeiten verbaut wird! Und das heißt in Sachen „Rechtzeitige Hilfe“: Wenn der Zugang zu den Hilfebedürftigen nicht konsequent im Blick bleibt, dann ist die Gefahr noch größer als ohnehin, nämlich dass Hilfe – wenn überhaupt – zu spät kommt.

Zu den Begriffen „Geheimnis“ und „Verantwortung“

Kurz und gut. Ich frage an zum Verhältnis von Wissen und Handeln: **Welche Bedeutung hat die Daten- beziehungsweise Informationsweitergabe?**¹ Letztlich geht es damit also auch und immer noch um das „Geheimnis“, ein Begriff, der rechtlich und kulturhistorisch noch andere Dimensionen anklingen lässt.

Insbesondere ist mit dieser Begrifflichkeit die Chance gegeben, die Kriterien des Datenschutzes aus seiner reinen juristischen Orientierung herauszuholen, bietet sich ein interdisziplinärer Dialog an. Es gibt bislang leider nur wenig historisch-systematische Literatur über das Phänomen „Geheimnis“.² Nicht zuletzt die Begriffselemente „-heim“ und die begriffliche Nähe zu „Heimat“ deuten auf elementare psychodynamische Faktoren hin. In der Beziehung zwischen Menschen kommt hinzu, dass jegliche Kommunikation in wesentlichen Aspekten eine immer neue Entscheidung zwischen Preisgabe/Öffnung und Geheimhaltung voraussetzt. Geheimnisse haben insofern eine ganz wesentliche Bedeutung für die Selbststeuerung des Menschen und für seine sozialen Bezüge.

Ich will das hier pointiert auf Sozialarbeit beziehen. Da wird oftmals Offenheit überbewertet. Es darf bezweifelt werden, ob eine unkontrollierte Offenheit bei Klienten wirklich immer ein Zeichen von Stärke und Gesundheit ist. Im Gegenteil: Wer keine Geheimnisse mehr hat, weil er sich auch in seiner Selbstverantwortung an Institutio-

¹ Ich spreche lieber von „Informations“-weitergabe, denn der Begriff „Daten“ ist irritierend. Er ist leider vom Gesetzgeber aus - heute nicht mehr relevanten - rechtssystematischen Gründen übernommen worden. Gemeint sind mit „Daten“ im Bereich des Datenschutzrechts nämlich „Informationen“ im umfassenden Sinne, also nicht nur - wie im früheren Sprachgebrauch - Fakten oder - wie in der Sprache der Informatik - nur die Symbole für Informationen.

² Ausnahme: die Studien des Gießener Psychologen Albert Spitznagel; zuletzt „Geheimnis und Geheimhaltung“, Göttingen (1998), der unter Bezugnahme auf amerikanische Studien zum Phänomen der „Selbstenthüllung“ (self-disclosure) wichtige Hinweise auf solche Zusammenhänge gibt

nen übergeben hat, ist nach meiner Auffassung tendenziell eher krank. Er hat kein Reservoir mehr, um seine Beziehungen differenziert zu steuern.

Es gibt demgegenüber die verbreitete Auffassung, die besagt, dass es ein gutes Zeichen sei, wenn Leute über sich alles erzählen. Es kann aber sein, dass damit auch Schwäche und nicht Stärke demonstriert wird. Es ist zum Beispiel kein Zufall, dass (gesunde) Kinder ihre Beziehungen stark über Geheimnisse steuern. („*Ich habe ein Geheimnis. Das verrate ich Dir aber nur, wenn ich heute nachmittag auch dieses oder jenes machen darf.*“ Oder noch grundsätzlicher: „*Das verrate ich Dir, weil Du mein Freund bist.*“) Kinder haben also noch ein natürliches Gespür für die Bedeutung von Geheimnissen. Erwachsene verlieren oftmals den gezielten Umgang mit Geheimnissen. Wenn ich mir manche Talkshow im Fernsehen anschau und erlebe, was da erzählt wird, so ist das für mich kein Zeichen von Stärke, sondern von Defizit, ja Krankheit - und ansonsten moderner Spießbürgerlichkeit.

Natürlich kann es im therapeutischen Prozess ganz wichtig sein, dass jemand dazu gebracht wird, etwas über sich zu erzählen. Aber eine differenzierte Betrachtungsweise empfiehlt sich. Jedenfalls sollte mit Geheimnissen auch in der helfenden Beziehungsarbeit sehr vorsichtig umgegangen werden. Das aber entspricht exakt dem, was der Gesetzgeber fordert: Ich muss mich im Umgang mit anvertrauten persönlichen Informationen immer wieder legitimieren (können).

Jedenfalls wünsche ich mir für die soziale Arbeit eine verstärkte Reflexion über Geheimnisse und ihre Bedeutung, nicht nur in rechtlicher, sondern auch in methodischer Hinsicht. Die Frage, ob man eine Information weitergibt oder nicht, ist nämlich immer auch die Frage, inwieweit man bei dieser Gelegenheit auch Verantwortung abgibt, für einen selbst, persönlich oder für andere. Das aber hat nicht nur Bedeutung für die interpersonale Beziehung zwischen Helfer und Klient, sondern auch zwischen Institutionen.

Damit schließt sich der Kreis. So einfach, wie es auf den ersten Blick erscheint, ist es eben nicht. Der ungehinderte Informationsfluss garantiert keineswegs rechtzeitige Hilfe. Es muss schon differenzierter mit dem Thema umgegangen werden. Deshalb begrüße ich auch sehr die Initiative des Vereins für Kommunalwissenschaften, zu diesen Fragen einzuladen.

Die Sache mit der Garantenpflicht

Zum Schwur kommt es nämlich seit einiger Zeit auch hinsichtlich der Frage nach dem Datenschutz im Zusammenhang mit Strafprozessen gegen Sozialarbeiter wegen ihrer vermeintlichen Verletzung einer sogenannten Garantenpflicht.

Wir haben insbesondere zwei Ausgangsfälle. Wir haben es einerseits immer noch zu tun mit der Verfahrenseinstellung in Osnabrück, die bei einer differenzierten Bewertung des Prozesses einem Freispruch gleichgesetzt werden darf, und dem „Fall Jenny“

in Stuttgart beziehungsweise Lüneburg. Ich gehe davon aus, dass Sie die genannten Fälle im Wesentlichen kennen. Im „Fall Jenny“ wurde - was Hilfeinstanzen betraf - ein Angeklagter freigesprochen, der zweite Angeklagte, ein Sozialarbeiter in einem Jugendamt, wegen fahrlässiger Körperverletzung (durch Unterlassen) verurteilt. Ich halte die Verurteilung für ein krasses Fehlurteil und bedaure, dass der Angeklagte nicht in die Revision (zum Bundesgerichtshof) gegangen ist.

Man muss sich das Verfahren und die Entscheidungsgründe im Fall „Jenny“ vor Augen führen: Ursprünglich sollte das Hauptverfahren nicht eröffnet werden. In dem durch die Staatsanwaltschaft betriebenen Beschwerdeverfahren meinte das Oberlandesgericht, es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Verurteilung beider Angeklagten wegen fahrlässiger Tötung zu rechnen. Das Ergebnis im dann vor dem Landgericht laufenden Verfahren: Nur ein Angeklagter wird verurteilt, und auch er nicht wegen fahrlässiger Tötung, sondern wegen fahrlässiger Körperverletzung. Das heißt, der Vorgang, der zugrunde gelegt wurde, war ein anderer.

Ferner: Das Oberlandesgericht hatte seinen Beschluss zur Eröffnung des Hauptverfahrens fast ausschließlich auf den Vorwurf gegründet, der Sozialarbeiter des Jugendamtes Lüneburg hätte das Vormundschaftsgericht anrufen müssen. Das Landgericht stellte demgegenüber in einem relativ kurzen Absatz fest, dass eine Anrufung des Vormundschaftsgerichtes in diesem Fall keine Aussicht auf Erfolg hätte haben können (da die Mutter ja einverstanden gewesen sei mit den Leistungsangeboten des Jugendbeziehungsweise des Sozialamtes).

Und dann die Urteilsbegründung des Landgerichtes Stuttgart. Es ging unstrittig um eine Leistung im Sinne des BSHG, nicht des SGB VIII/KJHG. Die Jugendhilfe in Lüneburg war lediglich beteiligt. Der Vorwurf lautet: Hätte der Sozialarbeiter des Jugendamtes in Lüneburg lückenlos alle Informationen dem Jugendamt in Stuttgart - das im Hinblick auf die Leistung gar nicht zuständig war - informiert, wäre es nicht zu den schlimmen Folgen der „Misshandlung durch die Mutter gekommen“. Man muss kein Jugendhilfeexperte sein, um hier erhebliche Zweifel zu entwickeln, inwieweit es sich um eine im Sinne des Strafrechts zurechenbare Kausalität handelt. Fragezeichen sind auch erlaubt hinsichtlich der Bewertung der im Verfahren hinzugezogenen ärztlichen Gutachten, die nämlich jeweils in einem ganz anderen Zweckzusammenhang erstellt worden waren. Wer sich bei diesen Gutachten auskennt, der weiß, dass es eher um Hinweise zur gesetzlichen Zuständigkeit geht, oftmals nur am Rande um medizinisch für alle Gegebenheiten anwendbare Aussagen (also beispielsweise bei der Frage nach der „Lernfähigkeit“ der Mutter).

Es wird dann insbesondere zum Vorwurf gemacht, dass das Jugendamt in Lüneburg das Jugendamt in Stuttgart darüber hätte informieren müssen, dass die Mutter, wenn sie aus dieser Einrichtung herauskommt, wahrscheinlich überfordert sei. Das hätte man schließen können aus den Erfahrungen in Lüneburg. Dazu muss man wissen, dass die Einrichtung in Lüneburg, die den maßgeblichen Erfahrungshintergrund der Behörden in Lüneburg darstellte, sich selbst so eingeschätzt hatte, sie sei für „solche Fälle“ ungeeignet. Und was die allgemeine Pflichtenstellung des Sozialarbeiters angeht, so

wird an den wichtigsten Stellen darauf hingewiesen, „*der Angeklagte habe selbst eingeräumt, dass dies eigentlich seine Pflicht gewesen sei ...*“

Was aber bedeutet solch ein Urteil zu der Frage, ob beziehungsweise inwieweit der Datenschutz rechtzeitige Hilfe verhindere? Ich meine: Es lässt uns hilflos „im Regen stehen“. Die Wirkung solcher Hilflosigkeit aber wird sein, so fürchte ich, dass man sich weniger um die Rechtzeitigkeit von Hilfe für die Betroffenen kümmert, sondern vielmehr sich „rechtzeitig“ dadurch absichert, dass man den Datenschutz und im Übrigen fachliche Prinzipien missachtet.

Es gilt in der Rechtslehre das Prinzip der „Einheit der Rechtsordnung“. Konkret: Es kann nicht sein, dass verwaltungsrechtlich korrektes Verhalten strafrechtlich auf einmal zum Unrecht wird. Bemüht wird dann zuletzt das staatliche Wächteramt in Sonderheit von Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 Grundgesetz, aber so, als stünde es neben dem SGB VIII/KJHG, das in Wirklichkeit nichts anderes ist als eine der Konkretisierungen dieses erwähnten Verfassungsgebots.

Checklisten zur Qualitätssicherung?

Es ist aber richtig und gut, wenn die Diskussion um die genannten Strafverfahren dazu führt, dass man sich verstärkt um eine weitere Qualitätsentwicklung im Bereich des Kinderschutzes bemüht. Nur ist insofern auch Vorsicht geboten, als solche Checklisten nicht so gefasst werden sollten, dass sich Vorgesetzte jederzeit exculpieren können, indem sie darauf verweisen, was sie ihren Mitarbeitern alles auferlegt haben, wenn der Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung besteht. Diese „Sicherungen“ können zum Bumerang werden, wenn man der Neigung erliegt, in solche Papiere alles hineinzuschreiben, was man sich wünscht, was von Dritten aber als Minimalstandard interpretiert wird. Immer wieder muss ich daran erinnern, dass im Strafrecht nicht die Institution angeklagt werden kann, sondern immer nur der einzelne Mitarbeiter.

Doch nun zurück zur Kernfrage meines Referates.

Inwieweit hindert der Datenschutz rechtzeitige Hilfe?

Meine Hinweise zur Thematik sind naturgemäß in wesentlichen Teilen etwas abstrakt formuliert. Nun viele Beispiele aufzulisten, ginge zu weit. Ich will also abschließend die **Kernaussagen in einigen Thesen** zusammenfassen:

- 1. Die Behauptung, der Datenschutz verhindere die notwendige Kooperation, stimmt in aller Regel nicht. In der Wirklichkeit gibt es gegebenenfalls praktische Handlungsalternativen, die ohne Verletzung des Datenschutzes rechtzeitige Hilfen ermöglichen oder sichern.** Nur bemüht man sich meist nicht darum, sondern lamentiert über den Datenschutz. Das ist bequemer.

Ich spiele auf die Möglichkeit an, dass man meist gemeinsam mit den Betroffenen Wege finden kann, auf andere zuzugehen. Aber darum will man sich oft nicht bemühen. Es folgt die Begründung: „Geht nicht, Datenschutz!“ Das Pochen auf Datenschutz ist für mich regelmäßig ein Signal dafür, dass der Datenschutz in der Praxis nicht verstanden wird. Es stimmt jedenfalls nicht, dass der Datenschutz notwendige Hilfe praktisch behindern würde.

2. Der Datenschutz ist oft nur ein Vorwand, um Kritik abzuwehren.

Sie merken, bei den Thesen gehe ich plötzlich von der anderen Seite heran. Das heißt, die ständige Berufung auf den Datenschutz macht mich leider genauso stutzig wie die Ignoranz gegenüber dem Datenschutz. Ich erlebe oft einen Pakt von Datenschutzzfanatikern mit Bürokraten (und denjenigen, die den Datenschutz von vornherein ohnehin ignorieren).

Wenn dann auch noch Verwaltung und Politik im Bildzeitungsstil Hand in Hand gehen, haben wir mit dem Hinweis auf datenschutzgerechtes Vorgehen oft einen schweren Stand. Hinter dem Rücken der Betroffenen zu agieren, ist nun einmal traditionell der Presse und der Politik liebstes Spiel, im Namen der Transparenz, versteht sich ...

3. Datenschutz ist Voraussetzung für qualifiziertes Helfen und Handeln, nicht Begrenzung oder Verhinderung.

Hier verweise ich auf meine oben gemachten Ausführungen. Die Angriffe der Kritiker knüpfen immer nur an den Informationen an, die schon vorliegen. Derjenige, der sie hat, muss sich überlegen, wie er sie auch in Zukunft bekommen kann, um seine Aufgabe erfüllen zu können. In den Geheimdiensten ist dies eine Selbstverständlichkeit, ebenso bei den Medien, nämlich unter dem Stichwort „Quellenschutz“. Wenn hier höherrangige Güter Berücksichtigung finden dürfen, dann doch wohl erst recht dann, wenn sich jemand freiwillig um Hilfe bemüht und dazu Geheimnisse preisgegeben hat. Und im Übrigen gilt für alle seriösen Helfer, dass man ihre Ausstrahlung von Sorgfalt und Diskretion zu schätzen weiß, eben Zutrauen entwickelt. Für das Helfen etwas höchst Hilfreiches.

4. Datenschutz behindert den Fluss von Einzelfallwissen, aber fördert professionelle Kommunikation.

Natürlich soll mit all diesen Hinweisen nicht ignoriert werden, dass gewiss bei Beachtung des Datenschutzes weniger Einzelfallwissen bekannt wird, also vielleicht auch wichtige Details nicht. Anders als gerade in der modernen Informationseuphorie vorgespiegelt, stellt viel Einzelfallwissen aber keineswegs automatisch eine Förderung von Kommunikation dar. Anders formuliert: In einer schwatzhaften Umgebung kommen unter Umständen gerade die Informationen nicht zum Vorschein, auf die es ankommt. Und die wirkliche Kommunikation, also der beidseitige Informationsaustausch, wird auch nicht besser.

5. Kommunikation zwischen Professionals wird nicht dadurch gefördert, dass jeder seine Grenzen überschreitet, berufliche Prinzipien verrät und damit den seine Profession kennzeichnenden Qualitätsmerkmalen nicht entspricht.

In Tatort-Krimis - und auch sonst in TV-Serien - sind die Szenen gang und gäbe, dass der Kommissar - immerhin geht es in aller Regel um Mord! - einen Arzt nach Daten über Patienten fragt und dieser Arzt zunächst mehr oder minder heftig auf seine Schweigepflicht verweist, früher oder später aber mit den gewünschten Informationen herausrückt - es sei denn, er ist selbst der Mörder ... Aber auch in der Realität ist man erstaunt, was man durch Ärzte alles in Erfahrung bekommen kann über Patienten, nicht zuletzt bei den lauten Telefonaten der Sprechstundenhilfe, im Wartezimmer gut hörbar. Da ist ein Verlust an Professionalität erkennbar, der erschreckt, aber leider nicht weiter skandalisiert wird. Widerstand wird nur erkennbar, wenn die Krankenkassen die Verschreibungspraxis überprüfen wollen. Wo bleibt da die Glaubwürdigkeit, eben als ein Stück jener Professionalität, die schon Hippokrates als besonders wichtig eingeschätzt hat?!

Ganz aktuell: Gestern habe ich mit Vertretern des Landeskriminalamtes Baden-Württemberg in Stuttgart über die Frage der Kooperation debattiert. Dabei erhielt ich - zu meiner Überraschung - einhellige Zustimmung, als ich hervorhob: Wir sollten nicht so viel über den Datenschutz reden, denn zuverlässige Diskretion ist wichtig in den Versuchen, Jugendliche zu erreichen. Viel wichtiger als der Austausch von Daten ist der direkte und offene Meinungs-austausch, die Mitteilung, wie wir arbeiten, wo wir Probleme sehen, wo vielleicht falsche Erwartungen geweckt werden. Das bringt uns und den Betroffenen im Ergebnis mehr als die Verletzung professioneller Prinzipien!

6. Die Weitergabe personenbezogener Informationen wird oftmals genutzt, um Verantwortung abzuschieben.

Damit komme ich zu einem besonderen Effekt der Informationsweitergabe im Zusammenhang von Kooperation. Nicht selten bedeutet die alleinige Inhaberschaft anvertrauter Informationen, dass auch besondere Verantwortlichkeit damit verbunden ist. Gebe ich die Informationen weiter, gebe ich auch ein Stück Verantwortung ab, oder auch die ganze. Die Frage aber ist, ob dies jeweils die richtige Vorgehensweise ist, ob die mangelnde Einbeziehung des Betroffenen nicht auch als eine verpasste Chance gesehen werden kann.

7. Datenschutz verlangt Klarheit und verbietet Diffusitäten.

Der Datenschutz ist insofern auch ein Prüfstein für die richtige Methodik in der Arbeit mit Klienten, als die Legitimationskriterien - wie oben dargelegt - nur geprüft werden können, wenn geklärt ist, um was es eigentlich geht, was für wen Aufgabe, was das Ziel ist, wenn geprüft wurde, ob nicht doch der Betroffene einbezogen werden kann, wo es ja ohnehin um ihn geht, gehen sollte. Ich spreche damit das Transparenzgebot an, das letztlich den Kern des modernen Datenschutzrechts ausmacht.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zum Volkszählungsgesetz von 1983 nicht umsonst dieses Postulat in den Vordergrund seiner Konstituierung des „Rechts auf informationelle Selbstbestimmung“ bestellt, für uns Deutsche die Charta des Datenschutzrechts schlechthin.

Ich darf daran erinnern, dass das Gericht seine Entscheidung eben nicht nur auf Artikel 1 Grundgesetz (Schutz der Menschenwürde) gegründet hat, sondern auch und insbesondere auf Artikel 2 Grundgesetz, also auf die allgemeine Handlungsfreiheit. Es geht darum, dass der Bürger beurteilen können muss, wie voraussichtlich mit den von ihm preisgegebenen Informationen umgegangen wird. Seine Freiheit kann er nur leben, wenn er den möglichen Verlauf kennt, wie seine Informationen weiterverarbeitet werden.

Diesem Aspekt kommt in der Sozialarbeit besonders hohe Bedeutung zu. Soll Hilfe wirksam werden, muss sie zumindest als fair erlebt werden, das Prozedere überschaubar sein. Gerade im Kinderschutz, bei dem wir in besonderer Weise auf die Mitwirkung der Nächststehenden angewiesen sind, ist das eine ganz wichtige Sache! Was geschieht mit den vielen Kindern, wenn deren überforderte Schutzpersonen keinerlei Akzeptanz gegenüber Hilfeansätzen entwickeln, sie „abtauchen“, sich verweigern? Dann mögen irgendwann einmal rigorose Vorgehensweisen angebracht sein, aber erst, wenn es fast zu spät ist. Von wegen Rechtzeitigkeit!

Ein Beispiel: Ich wurde einmal - außerhalb des Bereichs Jugendhilfe - mit der Frage konfrontiert, ob man es verantworten könne, Menschen in einem Gebäude arbeiten zu lassen, in dem möglicherweise die aktuellen Brandschutzstandards nicht eingehalten werden. Wen hätte man als Experten fragen können? Es wurde dringend abgeraten, die Feuerwehr zu holen, weil es nämlich hätte sein können, dass dann das Haus sofort geschlossen worden wäre. Ergebnis: Die Feuerwehr wurde nicht informiert, mittlerweile konnten die Gefahrenquellen allerdings auch beseitigt werden. Mich hatte damals diese Situation nachdenklich gemacht, da ich als Leiter eines Landesjugendamtes selbst Aufsichtsfunktionen habe.

Ich will das Thema hier nicht weiter vertiefen. Nur will ich die Kernfrage nochmals hervorheben: Ist es besser, man reagiert immer konsequent und rigoros, wenn man von Gefahren hört, riskiert aber, dass man gar nicht mehr eingeschaltet wird? In der konkreten Situation ist die Rigorosität sicher die befriedigendste „Lösung“ des aktuellen Problems. Aber was bedeutet solches Vorgehen langfristig? In der Wirkung auf andere?

Was macht das Jugendamt, wenn man auf mögliche Gefahren hingewiesen wird, darauf, dass es da oder dort bald „brennen“ könnte? Baut man erst Kontakte auf, ohne die Ordnungsbehörde einzuschalten? Die Polizei müsste gegebenenfalls die Staatsanwaltschaft einschalten, das ist die gesetzliche Pflicht. Aber es hat gute Gründe, warum die Polizei diese Pflicht hat, das Jugendamt aber nicht. Ich denke, ich brauche das nicht weiter auszuführen. Über eine moderne Jugendhilfe, wie sie im SGB VIII/KJHG beschrieben ist, wird eben mehr Zugang zu Familien ermög-

licht, als es früher möglich war, weil früher im Bewusstsein der Betroffenen die Eingriffsorientierung des Jugendamtes stark ausgeprägt war.

8. Das Bild von „Behörde“ in der Öffentlichkeit muss endlich verändert werden.

Dieser Aspekt des Zugangs passt nicht in die deutsche Behördentradition, ist aber für die Praxis von höchster Bedeutung. In gewisser Weise geht es auch um Marketing. Schauen wir uns also um bei den klassischen Unternehmungen. Wie aber bekommt man dort den Zugang zu den Käufern, was übertragen auf die Jugendhilfe heißen wird: Wie bekommt die Jugendhilfe Zugang zu den Familien? Eine wichtige Frage, eine moderne Frage.

Aber in der politischen Realität sieht das alles anders aus. Da hat man ohnehin das alte Bild von Behörde, die ohnehin nur reagiert, wenn sie aufgestört wird, die nicht von sich aus Initiativen ergreift.

Vielleicht ist das überhaupt der Schlüssel des Problems: Die Erwartung der Öffentlichkeit an Behörden ist immer noch, dass insbesondere reagiert wird auf das, was von außen an sie herangetragen wird. Also kommt es auf viel Information an, egal woher und egal, was die Weitergabe von Information bewirkt. Mit Fachlichkeit und Professionalität hat das aber nicht allzuviel zu tun. Hier ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Rechtzeitig. Damit auch Kindern rechtzeitig und richtig geholfen werden kann.

Zum Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht aus juristischer Perspektive

DAGMAR FREUDENBERG

Staatsanwältin, Leiterin eines Sonderdezernates
„Sexuelle Gewalt“ der Staatsanwaltschaft Göttingen

Wenn der Klient, also im vorgegebenen Rahmen das Kleinkind, nicht ansprechbar ist oder wenn die dazugehörigen Erziehungsberechtigten nicht ansprechbar sind, die Behandlungsbedürftigkeit nicht erkennen können oder wollen und Hilfe nicht annehmen, obwohl dringender Handlungsbedarf aus der professionellen Sicht zugunsten des Kindes besteht, ergibt sich **ein doppeltes Dilemma**:

Kooperative Jugendhilfe und auch das Arzt-Patienten-Verhältnis setzen Vertrauen und damit Schweigepflicht beziehungsweise Schweigerecht voraus. Die Behandlungsbedürftigkeit andererseits erfordert zugunsten des wehrlosen Kindes in letzter Konsequenz den Bruch dieses Vertrauensverhältnisses, wenn die Erziehungsberechtigten - aus welchen Gründen auch immer - nicht zur Zustimmung hinsichtlich der Weitergabe von Daten an andere, professionelle Stellen zu bewegen sind. Denn jede Weitergabe von Informationen in einem solchen Fall stellt einen Bruch des Vertrauensverhältnisses dar, wenn die Erziehungsberechtigten nicht zugestimmt haben. Ist das unter Datenschutzgesichtspunkten und im Hinblick auf die Schweigepflicht zulässig oder sogar erforderlich?

Zwei Perspektiven müssen in diesem Zusammenhang betrachtet werden:

- Jugendamtsmitarbeiter erkennen die Erforderlichkeit medizinischer Behandlung, zum Beispiel Frühförderung oder Hinweise auf Misshandlungen; die Eltern blockieren jedoch die notwendige Behandlung oder zeigen sich unzugänglich und unkooperativ.
- Personen aus dem Kreis der in § 203 StGB genannten, zum Beispiel Kinderärzte, erkennen Handlungsbedarf des Jugendamtes oder die Notwendigkeit des Einschreitens der Strafverfolgungsbehörden.

Für beide Gruppen ergibt sich als Problem die Frage: **Was darf man weitergeben, ohne sich neben dem Vertrauensverlust zum Klienten oder Patienten zudem selbst der Strafverfolgung gemäß § 203 StGB auszusetzen?** Für die Beurteilung sollen im Folgenden die Fragen hinsichtlich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes einerseits und der Ärzte andererseits getrennt erörtert werden.

1. Aus der Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes

§ 203 StGB setzt als Tatbestandsmerkmal die **unbefugte** Weitergabe persönlicher Daten voraus.

1. 1. Grundsätzliche Befugnis zur Weitergabe persönlicher Daten

Eine Befugnis zur Weitergabe der persönlichen Daten, in diesem Zusammenhang in der Regel die Sozialdaten gemäß § 67 Absatz 1 SGB X, liegt stets vor, wenn der Berechtigte die Weiterleitung der Daten gestattet hat, § 65 Absatz 1 Nr.1 SGB VIII. Wenn also die Erziehungsberechtigten in der eingangs beschriebenen Situation der Weitergabe der Informationen durch das Jugendamt an Dritte, beispielsweise Ärzte oder Strafverfolgungsbehörden, zustimmen, entfällt bereits die Strafbarkeit der Mitarbeiter des Jugendamtes. Bei Jugendlichen ab Vollendung des 15. Lebensjahres lässt sich aus § 36 Absatz 1 SGB I ein selbständiges Zustimmungsrecht zur Weitergabe der Sozialdaten herleiten.

1. 2. Weitergabe zur Erfüllung der Aufgaben im Jugendhilferecht

Eine Befugnis zur Weitergabe ergibt sich auch dann, wenn ohne die Weitergabe der Sozialdaten dem Vormundschafts- oder Familiengericht die Erfüllung der Aufgaben gemäß § 50 Absatz 3 SGB VIII nicht möglich wäre. Diese Vorschrift bestimmt, dass das Jugendamt zur Abwendung einer Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen das Gericht „anrufen“, also die Sozialdaten auch ohne die in 1. 1. aufgeführte Befugnis weitergeben darf. Dies kommt stets in den Fällen in Betracht, in denen ein (Teil-)Entzug des Sorgerechts zum Schutz des Wohls des Kindes gemäß §§ 1666, 1666 a BGB geprüft werden muss.

1. 3. Weitergabe zur Durchführung eines Strafverfahrens

Allerdings umfasst die Befugnis gemäß § 50 Absatz 3 SGB VIII nicht auch automatisch die Weitergabe der Sozialdaten an die Strafverfolgungsbehörden zur Durchführung eines Strafverfahrens. Insoweit gilt die Regelung gemäß § 73 Absatz 1 und 3 SGB X:

Gemäß § 73 Absatz 1 SGB X ist diese Übermittlung der Sozialdaten grundsätzlich zur Durchführung eines Strafverfahrens wegen eines Verbrechens oder wegen einer Straftat von erheblicher Bedeutung zulässig. In den eingangs erwähnten Fallkonstellationen kommen in diesem Zusammenhang in erster Linie Vergehen und Verbrechen gemäß §§ 171 ff. Strafgesetzbuch (StGB) in Betracht: so § 171 (Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht), § 174 (sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen), § 176 (sexueller Missbrauch von Kindern), § 176 a (schwerer sexueller Missbrauch von Kindern), § 179 (sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen), § 180 (Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger), § 182 (sexueller Missbrauch von Jugendlichen), § 184 Absatz 3 (Verbreitung pornographischer Schriften, die den sexuellen Missbrauch von Kindern zum Gegenstand haben), § 223 (Körperverletzung), § 224 (Gefährliche Körperverletzung), § 225 (Misshandlung von Schutzbefohlenen), § 226 (Schwere Körperverletzung).

Straftaten gemäß § 176 a StGB (zum Beispiel jegliche Form der Penetration im Zusammenhang mit sexuellen Handlungen) und gemäß § 225 Absatz 3 (ein Schutzbefoh-

lener wird in die Gefahr des Todes, einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen und geistigen Entwicklung gebracht) sind dabei stets Verbrechen. Aber auch bei den übrigen in Betracht kommenden Taten dürften zumeist die unter 1. 2. beschriebenen Maßnahmen, also ein (Teil-)Entzug des Sorgerechts in Betracht kommen, so dass schon deshalb von einer Straftat von erheblicher Bedeutung auszugehen sein dürfte.

Da im Zweifelsfall die Rechtsprechung den Begriff einer Straftat von erheblicher Bedeutung auslegen muss, ist insofern aber keine verlässliche Rechtssicherheit gegeben. Eine Klarstellung durch den Gesetzgeber wäre unter diesem Gesichtspunkt nicht nur wünschenswert, sondern dringend geboten, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendämter eine verlässliche Beurteilungsgrundlage zur Hand zu geben.

Darüber hinaus ergibt sich noch eine gesetzliche Grundlage für die Weitergabe der Sozialdaten aus § 69 Absatz 1 Nr. 2 SGB X: Ist die Weitergabe der Sozialdaten erforderlich, um ein gerichtliches Verfahren, auch ein Strafverfahren durchzuführen, damit dann die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle - in der Ausgangslage des Jugendamtes - möglich wird, so ist diese Weitergabe der Sozialdaten im oben genannten Sinne befugt. Da dem Jugendamt gemäß § 1 Absatz 3 Nr. 3 SGB VIII obliegt, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, dürfen die in diesem Zusammenhang in Erfahrung gebrachten Sozialdaten gemäß oben genannter Vorschrift dann weitergegeben werden, wenn die Aufgabe, das Kind vor Gefahren für sein Wohl zu schützen, dies erfordert. Da auch dies ein auslegungsfähiger und auslegungsbedürftiger Begriff ist, wäre auch an dieser Stelle **eine Klarstellung durch den Gesetzgeber zur Erhöhung der Rechtssicherheit erforderlich.**

2. Aus Sicht der Ärzte und Psychologen

Für Ärzte und Psychologen ergibt sich deshalb eine teilweise andere Situation, weil die unter 1. 2. bis 1. 4. genannten Regelungen jedenfalls nicht unmittelbar gelten.

2. 1. Weitergabe von Sozialdaten im Fall ausdrücklicher Zustimmung

Wenn eine Zustimmung zur Weitergabe der Sozialdaten seitens der Erziehungsberechtigten in der eingangs erwähnten Fallkonstellation vorliegt, gilt das oben zu 1. 1. Gesagte entsprechend. Ein Vergehen gemäß § 203 StGB liegt im Ergebnis nicht vor.

2. 2. Situation bei fehlender Zustimmung zur Weitergabe

Für die Situation des Fehlens einer Zustimmung des oder der Berechtigten ist eine klare gesetzliche Grundlage nicht vorhanden. Die Tatbestandsmäßigkeit des § 203 StGB ist zunächst nicht zu verneinen.

Jedoch greift in diesen Fällen in aller Regel der Rechtfertigungsgrund des § 34 (rechtfertigender Notstand) des Strafgesetzbuchs. Danach muss der Arzt im Rahmen einer Rechtsgüterabwägung die Interessen der körperlichen und geistigen Unversehrtheit des Kindes auf der einen Seite und den Vertrauensschutz der Erziehungsberechtigten auf der anderen Seite gegeneinander prüfen und entscheiden. Diese Rechtsgüterabwägung muss jeder Arzt individuell für sich vornehmen. Das Strafverfolgungsinteresse rechtfertigt in diesem Zusammenhang die Weitergabe jedenfalls bei hochgradiger Gefährlichkeit des Täters oder bei konkreter Wiederholungsgefahr. Das sich daraus ergebende Restrisiko, einem Verfahren wegen Vergehens gemäß § 203 StGB ausgesetzt zu sein, ist nur durch eine klarstellende Gesetzesregelung zu minimieren.

2. 3. Verpflichtung zur Weitergabe der Sozialdaten

Eine Offenbarungsverpflichtung ergibt sich für den Arzt aus dem Gesetz nicht, es sei denn, der oder die Berechtigte haben der Weitergabe der Sozialdaten ausdrücklich zugestimmt. In diesem Fall kann der Arzt die erforderlichen Angaben nicht unter Berufung auf § 53 StGB verweigern.

3. Erfordernisse für die Kooperation der Professionen

Um das infolge Rechtsauslegung und Rechtsgüterabwägung verbleibende Restrisiko weiter zu vermindern, empfiehlt sich auf regionaler Ebene der Aufbau eines Netzwerkes oder eines Arbeitskreises, in dem die maßgeblichen Stellen, also auch die Strafverfolgungsbehörden, vertreten sind. In diesem Arbeitskreis kann auf kurzem Weg eine anonym-abstrakte Problemkonstellation fachkundig und bei gegenseitigem Vertrauen beraten werden. Zu der Ausgestaltung derartiger Netzwerke oder Arbeitskreise sind bereits verschiedene Grundsätze und Leitlinien erarbeitet worden.¹

¹ siehe Die Verantwortung der Jugendhilfe für den Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt. Was muss Jugendhilfe leisten, wie kann sie helfen? Mit wem soll sie wie kooperieren? Thesen und Leitlinien des Workshops am 15. und 16. Juni 1998 in Potsdam, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1998), 32 S.; siehe auch Freudenberg, Dagmar: Sexuelle Gewalt gegen Kinder aus Sicht der Strafverfolgungsbehörden - Was tun im Spannungsfeld zwischen Opferschutz und Prävention, Tataufklärung und Unschuldsvermutung, Kooperation und Konfrontation der beteiligten Institutionen? In: Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe bei der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt gegen Kinder. Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Juni 1997, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1998), S. 44-68

Begriffsklärungen und Differenzierungen - Chancen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit?

RENATE BLUM-MAURICE

Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Köln

Im folgenden werde ich die wichtigsten Gesichtspunkte der im Abschlussplenum vorgetragenen Arbeitsgruppenergebnisse, meiner eigenen Anmerkungen während des Workshops und der abschließenden Diskussion im Plenum darstellen.

1. Zum grundlegenden Verständnis von Hilfeorientierung, Prävention und Zusammenarbeit

Das Thema des Workshops war vor allem die Frage der Hilfe, das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin zwischen Erkennen und Datenschutz:

- Wie können wir das Erkennen von bedrohlichen Situationen für Kinder und von schwierigen Situationen für Familien gerade in der frühen Kindheit durch Kooperation verbessern?
- Wie können wir dabei trotzdem berücksichtigen, dass wir auch mit sensiblen Informationen über unsere Patienten beziehungsweise Klienten umgehen?
- Wie können wir diese Zusammenarbeit so nutzen, dass guter und verbesserter Hilfezugang möglich wird?

Das heißt, es geht nicht um eine Perfektionierung des diagnostischen Erkennens als solchem, auch nicht darum, dass Medizin und Jugendhilfe über verstärkte Zusammenarbeit ihre Eingriffsmöglichkeiten besser nutzen.

Auch im Verlauf des Workshops wurde deutlich, dass sich immer wieder etwas zwischen ein solches hilfeorientiertes Kooperationsverständnis schiebt, was ich die „**Dynamik des schlimmsten Falles**“ nenne, also die schwierigen Fälle, zu denen Helfer keinen guten Zugang finden, mit denen sie nicht gut zurechtkommen und bei denen es vielleicht auch zu Einbrüchen kommt, zu Übergriffen, zu Verletzungen oder sogar zum Tod von Kindern.

Diese Fälle ziehen besonders viel Aufmerksamkeit auf sich, in jüngster Zeit gerade angesichts von Gerichtsverfahren, in denen vor allem die Verantwortlichkeit von Jugendamtsmitarbeitern strafrechtlich bewertet wurde. **Solche Verfahren führen zu Beunruhigung und zu dem Gefühl, dass keine Risiken, auch keine fachlich begründeten, eingegangen werden sollten.** Letztlich prägt ein solches Gefühl heutzutage die Einstellung von Helfern, an erster Stelle von Jugendamtsmitarbeitern, die den Eindruck haben müssen, dass sie am Ende allein verantwortlich sind und allein die Konsequenzen tragen müssen. **Gegenüber der immer wieder unsicheren Kalkulierbar-**

keit der Entwicklungen in diesen Familien gewinnt deshalb die Hoffnung auf klare medizinisch-diagnostische Kriterien eine besondere Bedeutung.

Die Fälle von besonders bedrohlichen Situationen machen vielleicht zehn Prozent der Fälle aus, je nach Institution weniger oder mehr. Aber ihre Dynamik bestimmt bei Fortbildungsveranstaltungen sowie bei Fallbesprechungen fast 90 Prozent der Zeit. Natürlich muss die Kindeswohlgefährdung in solchen Situationen sehr ernst genommen werden und sicher muss gute Kooperation und manchmal schnellere Intervention unbedingt stattfinden. Es besteht allerdings die Gefahr, dass sich diese bedrohliche Dynamik immer wieder so auswirkt, dass sie letztlich die Umsetzung fachlicher Erkenntnisse und Kreativität behindert. Zum Teil war das auch bei den Diskussionen zu beobachten.

Dem möchte ich entgegenhalten: **Auch in schwierigen Situationen müssen wir Professionalität in den jeweiligen Professionen vertreten.** Für die Jugendhilfe geht es darum, immer wieder danach zu schauen, wie mit Familien gesprochen werden kann, wie Zugänge zu Familien hergestellt und wie Ressourcen genutzt werden können. Dazu gehört auch die Berücksichtigung des Datenschutzes, der Vertraulichkeit in der Beratung; dazu gehört weiterhin die Möglichkeit, über andere Angebote die Schwelle zu senken, sich zugänglich zu machen für Familien, denen es schwerfällt, die offiziell vorgesehenen Angebote zu nutzen. Dieses Verständnis von Hilfeorientierung hat sich in den vergangenen Jahren vielfach als vertrauensbildende Zugangsmöglichkeit auch in schwierigen Situationen herausgestellt.

Letztlich geht es hier um die Frage der Konzeption von Prävention und Zusammenarbeit. Wenn die „Dynamik des schlimmsten Falls“ zu großen Einfluss gewinnt, besteht das Risiko, dass die Grundhaltung der Hilfeorientierung, die im KJHG deutlich formuliert ist, verlorengeht und dass Zusammenarbeit und Prävention eine andere Bedeutung bekommen. Während einer Fachtagung des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. im Jahr 1999 mit dem Titel „Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe“ hatte Prof. Dr. Reinhart Wolff in seinem Schlussreferat hervorgehoben:

„Es gibt Präventionskonzepte, die vor allem von Naturwissenschaftlern immer wieder vertreten werden, welche - was für humane Dienstleistungen von besonderer Bedeutung ist - die gläserne, totalitäre Gesellschaft zur Konsequenz haben. Es wird nämlich in dieser Perspektive davon ausgegangen, dass man bei Verstärkung einer permanenten diagnostischen Beobachtung dessen, was die Menschen in ihrem Leben machen, in die Lage kommen müsste, jeden möglichen Konflikt vorherzusehen und auszuschalten. Das ist das manipulative Phantasma, dass in der Diskussion über Prävention immer wieder eine Rolle spielt. Insofern läuft Prävention auf eine Schreckensvision hinaus“,¹ und zwar die Vision, die Kontrolle des Verhaltens, die in unserer Gesellschaft schon weit reicht, noch weiter vorzuverlegen.

¹ siehe Wolff, Reinhart: Die Entwicklung einer Vision - wie könnte eine hinreichende Unterstützung von Familien im Idealfall aussehen ? In: Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1999), S. 141

Ich verstehe es auch als unsere Aufgabe während des Workshops, miteinander zu überlegen, wie wir Zusammenarbeit und Prävention umsetzen wollen. Wenn sich zum Beispiel Medizin, Jugendhilfe und Justiz engagieren, um möglichst genau Risikofaktoren herauszufinden, teilen wir damit die „Welt“ in Risikokinder und andere ein oder wollen wir mit diesem Wissen danach schauen, wie Angebote so gemacht werden können, dass sie auch von Menschen genutzt werden, die sie sonst nicht so selbstverständlich nutzen? Dabei spielt das Thema „Grenzen“ eine große Rolle. **Mit der Hilfeorientierung der Jugendhilfe und der Medizin sind wir gefordert, der Versuchung zu widerstehen, unsere Klienten möglichst durchschaubar machen zu wollen und ihnen ihre Geheimnisse, damit aber auch ihre Anerkennung als verantwortliche Erwachsene zu nehmen.**

Dabei könnte auch die in einer Arbeitsgruppe erörterte Frage der Nutzbarkeit und der Nützlichkeit von **Checklisten** für die Zusammenarbeit Bedeutung gewinnen. Es gab einzelne Äußerungen, nach denen Checklisten zur Diagnose nicht ausreichen würden, zu oberflächlich seien. Andere Diskussionspartner hoben hervor, solche Checklisten seien ein Beginn, um interdisziplinär arbeiten zu können, um Risikofaktoren herauszubekommen, im Bereich der Hebammenbetreuung genauso wie beim Arzt oder der Jugendhilfe. Natürlich brauchen Helfer jeweils **Kriterien zur Risikoabwägung** und sie müssen sich auch darüber abstimmen, im Prozess mit der Familie und mit anderen Helfern. **Ich frage mich aber, ob die Hoffnung auf eine Vereinheitlichung von Diagnosekriterien nicht etwas mit der erwähnten Hoffnung auf klare Einschätzungen und Risikoabwägungen zu tun hat und einer Illusion der Kalkulierbarkeit Vorschub leistet, die aber die gerade gewünschte Vielfalt einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit ihren unterschiedlichen Sichtweisen, Schwerpunkten und Professionalitäten an der Entfaltung hindert.**

Wie Thomas Mörsberger bereits hervorhob, **geht es bei der Kooperation statt dessen darum, uns leichter und weniger beängstigend zugänglich zu machen für Klienten, das heißt auch, unsere „eigenen Gelüste des Zugriffs“ auf das, was wir meinen, unter Kontrolle haben zu müssen, zu zügeln. Dafür ist der Datenschutz eine gute Herausforderung.** Man kann sogar sagen, dass, indem wir diese Grenzen berücksichtigen müssen, wir uns besser zugänglich machen können - auch wenn, das sei hier um Missverständnissen vorzubeugen noch einmal unterstrichen, die Berücksichtigung des Kindeswohls unter Umständen erfordert, das Prinzip der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Hilfen nicht einzuhalten.

2. Frühe Hilfen als Brückenschlag

Warum ist bei der Frage der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Medizin gerade die frühe Kindheit in den Vordergrund gerückt worden? Das ist ja nicht das einzige Thema, bei dem wir über Zusammenarbeit nachdenken müssen. Wir haben am ersten Beratungstag gehört, dass die höhere Aufmerksamkeit für die frühe Kindheit auch auf neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen über deren Bedeutung beruht. Hinzu kommt, dass der ärztliche Bereich in dieser Phase eine besonders große Rolle spielt.

Was die Prävention von Fehlentwicklungen betrifft, so sollte diese Phase auch in der Jugendhilfe weit mehr Aufmerksamkeit erfahren als bisher. Schone u.a. haben in ihrem Forschungsbericht zur Kindesvernachlässigung und zu Hilfeangeboten darauf hingewiesen, dass die frühe Kindheit für die Jugendhilfe bisher eine untergeordnete Rolle spielt.¹ Ähnliches wurde auch in einer Arbeitsgruppe festgestellt: „*Die Frage, was Jugendhilfe in der frühen Kindheit eigentlich leistet, ist nicht so leicht zu beantworten. Wo sind eigentlich die präventiven Angebote, wenn es um die frühe Kindheit geht? Da haben wir Probleme, uns zu äußern.*“

In der frühen Kindheit liegt eine besondere Chance des Hilfezugangs, denn gerade am Anfang des Lebens eines Kindes und in der Frühzeit der Elternschaft geht es meist um das Stellen positiver Weichen und nicht um eine Änderung eingefahrener Verhaltensmuster. Hinzu kommt, dass Eltern zu dieser Zeit oft hochmotiviert sind und dass das Familiensystem relativ offen ist für Fragen, die sich stellen, und für Hilfen, die man ihnen anbieten kann. Am Anfang von Elternschaft, die auch einen Übergang in eine neue Lebensphase darstellt, geht es im Hinblick auf Hilfen besonders um Zugänge und nicht so sehr um Vorwürfe, Verfolgung oder Angst vor Eingriffen. Angebotene Hilfen können deshalb eher und in kürzerer Zeit zum Erfolg führen.

Dr. Ute Ziegenhain hatte in ihrem Referat² während der bereits erwähnten Fachtagung des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V. darauf hingewiesen, dass Übergänge in unserer Arbeit eine ganz besondere Rolle spielen, weil sie Familien gleichzeitig verunsichern und offen machen. In solchen Zeiten ist es gut, andere Menschen zu haben, mit denen man vertrauensvoll sprechen kann. Reinhart Wolff hat das noch weitgehend ausgedrückt, dass Sozialarbeiter „**fachliche Übergangsspezialisten**“ seien. Nach seiner Meinung sind wir nicht nur „**Brückenwächter**“, sondern auch „**Brückenbauer**“.

Die Frage ist also nicht nur, wie wir aufpassen können, dass nichts passiert, sondern wie wir mitbauen können, damit sich die Brücke tatsächlich über den Fluss spannt und Verbindungen herstellt. Bei diesem Verständnis erscheint es sinnvoll, gerade für das frühe Kindesalter Fragen der Kooperation zu stellen und gemeinsam zu überlegen. Denn es bauen nicht nur Erwachsene in Familien einige neue Brücken, weil ein Kind geboren wurde, sondern als Helfer bauen wir auch neue Brücken mit und für Menschen, die vielleicht zuvor mit der Jugendhilfe und oft auch mit anderen Angeboten nichts zu tun hatten.

Nach diesem Verständnis könnte man eher von Promotion statt von Prävention sprechen,³ denn es geht nicht darum, angstvoll auf vorhandene Risiken zu schauen,

¹ Schone, Reinhold/Gintzel, Ullrich./Jordan, Erwin/Kalscheuer, Mareile/Münder, Johannes: Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster: Votum (1997)

² siehe Ziegenhain, Ute: Prävention im frühen Kindesalter: Pädagogische und entwicklungspsychologische Einflussfaktoren, In: Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin, Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (1999), S. 9-19

³ siehe Wolff, Reinhart: Die Entwicklung einer Vision - wie könnte eine hinreichende Unterstützung von Familien im Idealfall aussehen? a. a. O.

und nicht nur darum, Kinder und Familien zu schützen, sondern vielmehr auch darum, sie zu fördern, ihnen Informationen und die Neugier nahezubringen, neue Beziehungen und neue Hoffnungen zu finden. In diesem Promotionsbegriff liegt eine wesentliche Erweiterung des alten Kinderschutzbegriffes.

3. Profilschärfung der Professionen und Bedingungen der Zusammenarbeit - Plädoyer für eine selbstbewusste Jugendhilfe

Wir haben von Dr. Wilfried Kratzsch gehört, dass die Annahme nicht stimmt, dass die besonders belasteten Familien bei medizinischen Angeboten keine Rolle spielen würden. Er hat festgestellt, dass sie durchaus in verschiedenen „Fenstern“ auftauchen, nur eben in verschiedenen „Fenstern“. Wie können wir das ändern? Die Herausforderung scheint darin zu bestehen, dass in und zwischen diesen „Fenstern“ etwas Gemeinsames stattfindet.

Ein wesentlicher Grund für die doch recht wenig entwickelte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Medizin scheint in einer unterschiedlichen Berufspraxis und einem sehr unterschiedlichen Selbstverständnis der Professionen zu liegen. Aus einer multiprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe war sogar die zwischenzeitliche Sorge zu hören, kein gemeinsames Ergebnis präsentieren zu können, weil es sich zunächst als wirklich schwierig erwies, eine gemeinsame Basis der Diskussion zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe und Ärzten zu finden. Schließlich wurden folgende **Bedingungen für eine fruchtbare Zusammenarbeit formuliert: Es ist zunächst wichtig, dass jeder seine eigene Fachlichkeit einbringt, keiner sich ein Urteil über die Fähigkeiten des anderen erlaubt, sondern aus seinem Blickwinkel heraus festlegt, zu welchem Zeitpunkt Kooperation einsetzen muss.**

Viele Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit scheinen auch von einem trotz aller Professionalisierung noch mangelnden Selbstbewusstsein in der Jugendhilfe herzu-rühren; nach meinem Eindruck ist das bei der öffentlichen Jugendhilfe noch ausgeprägter aufgrund des Gefühls von (zu) viel Verantwortung und eines entsprechenden Gefühls der Überforderung.

Von Sozialwissenschaftlern ist untersucht worden, wie die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitern und Medizinern funktioniert. Dabei wurde festgestellt, dass sich diese Zusammenarbeit aufgrund der Unterschiede im Verständnis der beruflichen Rolle und des „Standes“ häufig schwierig gestaltet, und zwar regelmäßig in der Weise, dass Ärzte in die „Up-Position“ gehen und dabei im Umgang mit anderen Professionen gegebenenfalls auch die Grenzen ihrer Kompetenz überschreiten und dass komplementär dazu die Sozialarbeiter eher in die „Down-Position“ gehen und Mühe haben, ihre eigenständige Rolle und Aufgabe deutlich zu machen und sich als gleichberechtigte Partner mit anderer Funktion zu behaupten. **Diese Kooperationsprozesse klar, gleichberechtigt und respektvoll zu gestalten, das ist und bleibt eine wichtige Aufgabe für die Aus- und Weiterbildung aller beteiligten Berufe und für die fallunabhängige Kooperationsplanung in der Praxis.**

Vielleicht können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe von den Medizinerinnen lernen. Diese haben eine klarere Aufgabenbeschreibung, auch klarere Eingangsbedingungen und sie haben ein klares Bewusstsein von ihrer Verantwortung und davon, wofür sie keine Verantwortung tragen. Wenn alle, Mediziner, Mitarbeiter der öffentlichen und der freien Jugendhilfe sowie Angehörige anderer Berufsgruppen um ihre jeweiligen Aufgaben, die Verantwortung, Erwartungen und Grenzen wissen, dann sind auch symmetrische und komplementäre Kooperationsbeziehungen möglich.

Es ist eine Herausforderung für die Jugendhilfe, selbst aktiv zu werden und intensiv darüber zu informieren, was sie kann, welche Erfahrungen sie besitzt und welche Angebote sie macht. Jugendhilfe muss sich auch selbst attraktiv machen, damit zum Beispiel auch mancher Mediziner das Bedürfnis verspürt, mit der Jugendhilfe bei bestimmten Problemen von sich aus zusammenarbeiten zu wollen. **Ich plädiere mit Nachdruck für eine selbstbewusste Jugendhilfe, sowohl im Kontakt zwischen freier und öffentlicher Jugendhilfe als auch in der Kooperation mit anderen.** Die Sozialarbeit hat eigene Erfahrungen und Methoden, gerade im besonderen Bereich der Jugend- und Familienhilfe, zum Beispiel hinsichtlich der Flexibilität, um einen oft schwierigen Zugang zu finden, in der Gesprächsführung bei schwierigen Themen; Jugend- und Familienhilfe besitzt auch Kreativität beim situationsgerechten „Schnüren von Hilfspaketen“.

In einer Arbeitsgruppe wurde darauf hingewiesen, dass es aufgrund der öffentlichen und medialen Darstellung für Mediziner einfacher sei, selbstbewusst in der Öffentlichkeit aufzutreten, als für die Mitarbeiter der Jugendhilfe, auch weil aggressive Medien die Jugendhilfe häufiger angreifen. Jugendhilmefmitarbeiter haben wenig Lobby in der Öffentlichkeit. Aber gerade die öffentliche Jugendhilfe scheut sich oftmals auch vor einer offensiven Selbstdarstellung und Öffentlichkeitsarbeit. **Meines Erachtens ist es notwendig, die Jugendhilfeangebote stärker als bisher in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und zu versuchen, mit Medien zu kooperieren.** Ich habe in Köln die Erfahrung gemacht, dass sich seriöse Medienvertreter gern dabei engagieren.

4. Standards der Kooperation

In Fällen von Gewalt gegen Kinder erweist es sich bei der Kooperation häufig als schwierig, über die Betroffenheit aller hinaus, gemeinsame Vorgehensweisen und eine klare Aufgaben- und Verantwortungsverteilung zu entwickeln. Bei der Kooperation geht es darum, die gerade bei Kindesmisshandlung so typische und dann gegeneinander gerichtete Aufspaltung von Schutz, Behandlung und Vertreten des Entwicklungsinteresses des betroffenen Kindes einerseits und der Aufmerksamkeit für den Beziehungskonflikt in der Familie andererseits zu vermeiden.

Auch wenn ich dafür plädiere, dass vieles bei der Kooperation nicht so sehr vom Einzelfall ausgehen und auf ihn bezogen sein sollte, ist das trotzdem oft der erste Berzug, in dem Medizin und Jugendhilfe miteinander zu tun haben. **Wichtig ist in jedem Fall und an jedem Ort, Regeln für die Zusammenarbeit aufzustellen und diese im**

Einzelfall auch aktiv einzufordern. Es hat sich als hilfreich erwiesen, wenn Personen oder Institutionen für die Koordination und Absprachen im Helfersystem, für die Einladung zu Helferkonferenzen und für die Einhaltung von vereinbarten Regeln zuständig sind.

Die Information oder die Hinzuziehung eines anderen Helfers bedeutet nach diesem Verständnis nicht, die Verantwortung an andere abzugeben, sondern sorgfältig Aufgaben und Aufträge abzuklären. Wenn beispielsweise ein Arzt eine Beratungsstelle informiert und empfiehlt, einen Zugang zu einer Familie zu suchen, so können die Berater ihre Professionalität dahingehend einsetzen, die Situation auf ihre psychosozialen Ressourcen hin zu überprüfen und mit den Eltern zugleich klar und zugewandt so zu sprechen, dass sie diese Hilfe eher als Hoffnung denn als Bedrohung erleben können. Trotzdem bleibt es Sache des Mediziners, seine Beobachtungen zu vertreten und seine Sorgen bezüglich der Entwicklung eines Kindes, insbesondere der körperlichen, zu äußern. Wenn es notwendig erscheint, sollte er den medizinischen Teil des Prozesses weiter mit verfolgen, so dass sich der Berater bei seiner Arbeit auf ihn beziehen kann.

Wir wissen aus Erfahrung, dass multidisziplinär-kombinierte Hilfen eine erheblich höhere Wirksamkeit als Einzelhilfen haben. Deshalb ist es meist kein gutes Prinzip der Kooperation im Einzelfall, die „heiße Kartoffel“ immer weiterzureichen. Es ist unerlässlich, die Klientin oder den Klienten selbst verlässlich zu begleiten und dies als Ausdruck von Professionalität zu begreifen. Zugleich ist davon auszugehen, dass andere hinzugezogene Helfer auch weiterhin in Kontakt mit dem Klienten bleiben und verlässlich kooperieren.

Man kann vereinbaren, dass die erste Kontaktperson für diese Koordination zuständig ist. Wenn - wie in dem geschilderten Beispiel ein Arzt den ersten Kontakt hatte und jemanden hinzuzieht, dann wäre die Koordination auch weiterhin seine Sache. Man kann es aber auch anders sehen, was dem KJHG entspräche und in den meisten Fällen aufgabenadäquater zu sein scheint: Aufgrund seines Auftrages sollte das Jugendamt für die Koordination zuständig sein, vor allem dafür, dass die Beteiligten in Kontakt miteinander bleiben und dass dabei klar gemacht wird, wer welche Aufgabe und welche Verantwortung zu tragen hat.

Diese Koordination oder dieses „Hilfeprozessmanagement“ - wie es das Stuttgarter Jugendamt nennt - ist eine andere Aufgabe, als alles selbst zu übernehmen. So würde ein Jugendamtsmitarbeiter nicht einer Familie gegenüber eine medizinische Diagnose vertreten, was auch nicht seiner Professionalität entspräche. Vielmehr könnte ein Jugendamtsmitarbeiter zum Beispiel zu dem Arzt sagen: *„Gut, dass Sie angerufen haben, ich komme zu Ihnen und Sie kündigen der Familie an, dass wir gemeinsam mit ihr sprechen werden, aber nicht ich an Ihrer Stelle.“* Das wäre ein Ziel der Zusammenarbeit.

Man muss in jeder Stadt und in jedem Stadtteil miteinander überlegen, wie man das unter Berücksichtigung der Arbeitsbedingungen der Beteiligten organisieren kann. Dazu müssen sich aber die verschiedenen Professionen und Institutionen zunächst vorgestellt und kennengelernt haben. **Kooperation heißt für alle beteiligten Institu-**

tionen in einer Stadt: sich übereinander informieren, klare Kooperationsabsprachen treffen und in einem kontinuierlichen Kontakt bleiben, gemeinsame Verantwortung übernehmen, in der jeder klar für seinen Teil zuständig ist.

Wie stellt sich das im **Einzelfall** dar? **Unter allen Beteiligten (Helfern und Klienten) sollten Verantwortlichkeiten und Verbindlichkeiten festgelegt und dokumentiert werden.** Eine gemeinsame Konferenz, wo es um Hilfen im Einzelfall geht, kann nur dann effektiv sein, wenn Verantwortlichkeiten festgelegt wurden und überprüft werden können. Das gilt natürlich auch für die Zusammenarbeit bei präventiven Angeboten oder sozialraumorientierten Hilfen, die sich beispielsweise an die Bevölkerung in einem Stadtteil oder an eine bestimmte Gruppe richten. Und wahrscheinlich fördern gerade solche Projekte die Zusammenarbeit, denn im Einzelfall macht die Gefährdung eines Kindes und die eigene Sorge der Helfer die Kooperation oft störanfällig.

Thomas Mörsberger hob in seinem Referat hervor, die Einschränkung der Einzelfallinformation führe zu einer besseren Kommunikation unter den Helfern. Und dafür ist noch viel zu tun. Es ist immer wieder erschreckend, wie wenig mitunter die Berufsgruppen voneinander wissen. **Es ist eine gemeinsame Verantwortung, diese Kommunikation zu organisieren, die gegenseitige Sprache zu lernen** (was nicht heißt, dass man seine Sprache dafür aufgeben muss), **die unterschiedliche Logik zu verstehen, zu wissen, was man dem anderen zumuten kann, was man von ihm erwarten kann und was nicht.**

Die fallunabhängige Zusammenarbeit und Abstimmung kann nicht nur dazu genutzt werden, sich gegenseitig zu informieren, Themen und Beobachtungen auszutauschen, sondern auch dazu, gemeinsam Projekte zu entwickeln und zugleich den Zeit-, Finanz- und Organisationsrahmen der Beteiligten zu berücksichtigen. Wenn zum Beispiel ein Projekt „Frühe Kindheit“ in einem Stadtteil gemeinsam initiiert oder zumindest getragen wird, könnte ein Kinderarzt, der ohnehin viel zu tun hat, Patientinnen für ein von anderen durchgeführtes Gruppenangebot für junge Mütter von Säuglingen und Kleinkindern interessieren. Er bekäme Entlastung durch die Sicherheit, dass den Müttern eine aktivierende verbindliche Hilfe angeboten wird, die er selber kennt, und dass er mit den Müttern im Austausch bleibt. Der Arzt könnte später von der Gruppe eingeladen werden, mit ihr gemeinsam Fragen der Gesundheitsfürsorge zu besprechen.

5. Bedingungen der Kooperation - Finanzierung

Das Problem der durch die Krankenkassen nicht gewährleisteten Bezahlung der niedergelassenen Ärzte für Kooperationsleistungen spielte in verschiedenen Diskussionen immer wieder eine Rolle, da das die Möglichkeiten der Zusammenarbeit doch erheblich einschränke. Bei Klinikärzten sei das insofern anders als bei frei praktizierenden, weil Klinikärzte häufig Kooperationsgespräche im Rahmen ihrer Tätigkeit durchführen können. Zwar wurde dem entgegengehalten, dass hier das Selbstverständnis von Ärzten gleichgesetzt werde mit Vorgaben hinsichtlich der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Eine solcherart eingeschränkte Sicht der Verant-

wotlichkeit des Arztes wäre so problematisch wie die Auffassung, die Verantwortung eines Mitarbeiters des Jugendamtes beschränke sich auf seine offiziellen Dienstzeiten. Viele Sozialarbeiter und Ärzte gehen in ihrem Selbstverständnis und in ihrer Praxis bei akuter Gefahr über einen solch eng gefassten Rahmen hinaus. Aber dass sie zur Durchführung von Helferkonferenzen regelmäßig über die eigene Arbeitszeit beziehungsweise den Rahmen bezahlter Leistungen hinausgehen, kann und darf nicht erwartet werden.

Ob eine Kooperation stattfinden kann, hängt deshalb nicht nur davon ab, für wie wichtig diese Art von Kooperation vom einzelnen Arzt erachtet wird, sondern auch von denjenigen, die für die Organisation des Gesundheitswesens (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Verbände und auch Ministerien) zuständig sind. Deshalb bestand unter den Diskussionspartnern **große Einigkeit darüber, dass es wichtig oder gar notwendig ist, dass die Kassen in diesem Bereich ihre Kostenübernahme erweitern, dass ein Arzt für die Kooperationstermine bei Vernachlässigung und Misshandlung bezahlt werden muss, da eine Vernetzung in den meisten dieser Fälle ein wesentliches Qualitätsmerkmal darstellt.**

Bei der Überlegung, wie realistisch eine solche Forderung ist und was für deren Durchsetzung nötig ist, wurde auf die Aktion der Techniker Krankenkasse in verschiedenen Städten hingewiesen, die den Ordner „Gewalt gegen Kinder. Ein Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation“ herausgibt und dafür sorgt, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Jugendhilfe und anderen Diensten besser organisiert wird. Wenn sich allerdings eine Krankenkasse dankenswerterweise dafür einsetzt, sollte sie auch ein Ansprechpartner für Überlegungen sein, wie man die Beteiligung der Ärzte in der Realität auch finanziell sichern kann.

6. Ideen und Vorschläge zur Förderung der Kooperation und zu Hilfeangeboten

Die Arbeitsgruppen des Workshops waren multiprofessionell und multidisziplinär zusammengesetzt. Deshalb sind es die dort entwickelten einzelnen Ideen und Berichte zur konkreten Zusammenarbeit und zu konkreten Angeboten besonders wert, als Anregungen zur weiteren fachlichen Diskussion zusammengefasst zu werden. Zum Teil handelt es sich auch um gemeinsam erarbeitete Visionen, Forderungen und Wünsche.

- Eine Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit der Frage von **Automatismen in der Vorsorge**. Es waren Diskussionspartner dabei, die in der DDR aufgewachsen waren und erlebt haben, dass es eine gute Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe gab sowie sehr viele Automatismen. Zu DDR-Zeiten war es eine Selbstverständlichkeit, dass jemand zu Hause vorbeikam, wenn ein Kind geboren wurde. In der Bundesrepublik gibt es zwar das Angebot eines Hausbesuchs durch eine Hebamme, der sogar von den Krankenkassen bezahlt wird, aber man muss die Hebamme selbst anfordern; es gibt keinen Automatismus.

Nun kann jeder Hausbesuch, jedes Eindringen in die persönliche Atmosphäre durch die Hebamme oder eine andere Person als „Kontrolle“ erlebt werden, auch wenn

man es als Hilfe anbietet. Ist es dann nicht besser, die Freiwilligkeit zu belassen? Allerdings enthebt der Automatismus der Vorsorge für alle sie des besonderen Stigmas, nur ein Angebot für Familien mit Problemen zu sein. Eine für das System der Bundesrepublik neue Herausforderung (wie sie in anderen westeuropäischen Ländern wie Holland und Belgien bereits umgesetzt wird) könnte sein, über ein „automatisches“ Angebot einen allgemeinen Zugang herzustellen und zugleich über die eindeutige Hilfe- und Ressourcenorientierung eine transparente Beziehung und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

- Zu der Frage, wie und wo denn die Medizin, insbesondere Haus- und Kinderärzte, und die Jugendhilfe zueinander finden können, entwickelte eine Arbeitsgruppe die Idee, **gemeinsame Fortbildungen** vor Ort zu Themen der Entwicklungspsychologie, der Säuglings- und Kleinkindforschung, der Bindungstheorie etc. zu organisieren. Gerade die neuesten Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung fehlen in der Ausbildung von Sozialarbeitern und Medizinerinnen. Es wurde deshalb der Wunsch zum Ausdruck gebracht, diese Inhalte in der Ausbildung und im Studium stärker zu verankern.

Mit Blick auf die Praxis wurde die Idee formuliert, gemeinsame Fortbildungen zu organisieren, was bereits eine Form der Kooperation ist und für die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der jeweils anderen Professionen sensibilisiert. Eine offene Frage wäre, wer diese Angebote organisiert. Die Jugendhilfe allein würde sicher nicht genügend Zugang zu den Ärzten finden. Deshalb sollten entsprechende Veranstaltungen bereits in Kooperation vorbereitet und durchgeführt werden.

- Eine weitere Idee waren gemeinsame Projekte unter dem Stichwort „**Elternschulung**“. Darin könnte ein Ansatz gemeinsamer Angebote und gemeinsamer Verständigung liegen, wenn die Institutionen Gesundheitsamt, Ärzte und Jugendhilfe Elternschulungen zum Thema der frühen Kindheit anbieten würden. Zunächst wäre eine solche Idee als gemeinsames Projekt sicher eher zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsamt zu verwirklichen.
- Weiterhin gab es die Überlegung, **dass sich der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes mit seinen Aufgaben und Grenzen als Partner für Ärzte in bestimmten Situationen vorstellen sollte**. So könnte sich beispielsweise der jeweils zuständige Bezirkssozialarbeiter bei einem Kinderarzt melden und dabei Informationen über Leistungsangebote der Jugendhilfe vermitteln sowie bestimmte Formen der Zusammenarbeit anbieten.
- Die Verbesserung der professionellen Kommunikation beruht im Wesentlichen auf persönlichen Kontakten. Ein guter Ort, um persönlich aufeinander zuzugehen, können **Kontaktbörsen** sein. Man trifft sich dort, diskutiert Fragen aus unterschiedlicher Sichtweise und weist auf konkrete Hilfeangebote hin. In verschiedenen Städten sind gute Erfahrungen damit gemacht worden, seitens der Jugendhilfe Briefe mit Informationsangeboten und Fragen an Kinderärzte zu verschicken. Im Anschluss wurden gemeinsame Treffen angeboten. Die Effektivität dieser Kontaktbör-

sen steigt, wenn man kleinräumig vorgeht, die Fachkräfte zusammenbringt, die in einem Sozialraum tätig sind. Zum Beispiel könnte man alle Einrichtungen und Berufsgruppen in einem Stadtteil, die von Familien mit Kleinkindern in Anspruch genommen werden, zusammen einladen und dabei zur Kooperation anregen. Weil es vor allem darum gehen soll, die elterliche Kompetenz zu stärken und weiterzuentwickeln, muss die Zusammenarbeit auf jeden Fall die betroffenen Familien mit einbeziehen.

Neben diesen Vorschlägen zur Kontaktverbesserung zwischen Medizin und Jugendhilfe gab es noch eine Reihe Überlegungen zu konkreten präventiven, vor allem niedrigschwelligen Angeboten, die nicht im Mittelpunkt der Diskussion standen.

- Für Mütter mit kleinen Kindern, die sich in einer sozial prekären Situation befinden oder sich mit einem Risikokind überfordert fühlen, gibt es zwar eine Reihe Angebote; diese Mütter sind aber häufig damit überfordert, von sich aus eine Institution anzusteuern und Hilfe sozusagen selbst mit zu organisieren. Sinnvoll ist eher, dass sie **eine Person zur Seite** haben, mit der sie mit der Zeit eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln können, sei das eine Psychologin, eine Kinderkrankenschwester, eine Hebamme oder eine Mitarbeiterin des Jugendamtes. Die Mutter sollte nicht einer Vielzahl von Personen ausgesetzt sein, die sich alle zuständig fühlen, sondern einem einzigen Ansprechpartner, der vermittelt und Hilfe koordiniert.
- Ähnlichen Überlegungen entspringen **Konzepte**, die „**Haus der Familie**“, „**Haus des Säuglings**“ oder „**Müttercafé**“ heißen, die Müttern oder Eltern mit kleinen Kindern offenstehen, ohne zu festen Zeiten oder zu festen Engagements zu verpflichten. Dort können Kinder betreut oder Fragen um Kind und Partnerschaft, Ernährung und Versorgung etc. besprochen werden. Dort kann auch dem Bedürfnis entsprochen werden, das Kind zeitweise abzugeben, um zum Arzt oder Einkaufen zu gehen. Insofern geht es nicht nur um die Entwicklung von Elternkompetenz, sondern darum, ernst zu nehmen, was junge Familien überhaupt brauchen. Sie wollen nicht immer ganz allein für ihr Kind zuständig sein, haben aber vielleicht niemanden, der sie entlasten kann.
- Es wurde darauf hingewiesen, dass auch Väter verstärkt mit einbezogen werden müssen. Angesichts der Realität von vielen allein erziehenden Müttern ist eine Tendenz zu beobachten, dass es bei einer Reihe von Mitarbeitern der Jugendhilfe die Meinung gibt, mit den getrennten Vätern sei ohnehin nicht zu rechnen oder mit einem Vater könne man nicht arbeiten. Die Frage für Hilfen muss jedoch in diesem Zusammenhang lauten: **Wie können die Angebote so attraktiv gemacht werden, dass sich auch Väter angesprochen fühlen?**
- Ein solches „Haus der Familie“ oder ein anderer Raum im Stadtteil können auch dazu dienen, **andere Hilfen, verschiedene Angebote sowie Informationen und Möglichkeiten zu Begegnungen in den Treff zu integrieren**. Dann werden junge Familien nicht mehr zu einer anderen Institution begleitet, sondern sie können diese am vertrauten Ort und in einer vertrauten Gruppe kennenlernen.

- Die Bedeutung solch niedrigschwelliger Angebote auf der Basis des § 16 SGB VIII/ KJHG (Familienförderung) wird besonders unterstrichen. In den vergangenen Jahren hatte es in der Jugendhilfe eine starke Konzentration auf die Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff.) gegeben. Diese zum Teil kostspieligen Hilfen erfordern intensive Hilfebedarfsklärungsprozesse und recht zeitaufwendige und eher hochschwellige Hilfeplanverfahren im Einzelfall. Daneben müssen verstärkt unkomplizierte Angebote - wie die oben erwähnten - stehen, in denen Hilfen ohne Hilfebedarfsklärung in Anspruch genommen werden können, so zum Beispiel Servicedienste jedweder Art, Babysitter, stundenweise Betreuung. Das alles wird vielfach noch nicht als Bedarf wahrgenommen.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie man freiwilliges Engagement sinnvoll einbinden kann? Gerade bei diesen Hilfen, auf die es keinen individuellen Rechtsanspruch gibt, haben die sozialen Dienste Rechtfertigungsdruck, denn sie müssen begründen, warum solche niedrigschwelligen, schlichten Hilfen organisiert werden sollen. Dabei müssen sich die sozialen Dienste zum Teil mehr rechtfertigen als bei den erheblich teureren Hilfen zur Erziehung. Allerdings ist hierbei anzumerken, dass die sich in fast allen Kommunen entwickelnde Sozialraumorientierung neue Schwerpunkte in diesem niedrigschwelligen Sinne setzt.

Als Fazit kann gesagt werden, dass der Prozess der Diskussion während des Workshops vom Bemühen um eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe geprägt war. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Diskussion empfiehlt es sich, die erörterten Inhalte und offenen Fragen künftig weiterhin intensiv zu diskutieren, insbesondere die konkrete Zusammenarbeit vor Ort.

Kindeswohlgefährdung im Säuglingsalter: Was behindert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und wie kann sie verbessert werden?

RUNHEIDE SCHULTZ

*Freiberufliche Dozentin und Leiterin der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft
„Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“, Hannover*

Einleitende Bemerkungen

In meinem Referat beziehe ich mich auf die Diskussionen der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“ Hannover.¹ Sie hat sich auf Säuglinge und ihre Familien konzentriert, weil diese Gruppe der besonderen Aufmerksamkeit bedarf. Im ersten Lebensjahr lernt das Kind in einem rasanten Tempo und zugleich ist es in dieser Zeit extrem abhängig von Mutter und Vater oder Ersatzeltern. Ein siebenjähriges Kind zum Beispiel kann seine Bedürfnisse und Nöte auf vielfältige Weise kundtun. Es wird bereits von einem außerfamilialen Netz getragen. Kurze Durststrecken kann es ausgleichen, ohne dass seine körperliche und seelische Entwicklung dauerhaften Schaden nimmt. Der Säugling kann wiederkehrende, auch kleinere Versorgungsmängel nicht kompensieren. Allerdings werden die Folgen oft erst Jahre später sichtbar.

Das Entwicklungstempo, die Versorgungsabhängigkeit und das ausgeprägte Bedürfnis des Säuglings nach einer sicheren Bindung als Schutzfaktor zur Erhaltung seiner körperlichen und seelisch-geistigen Gesundheit² müssen bei der Initiierung, Planung und Durchführung von Hilfen berücksichtigt werden. „Was für den Säugling eine Gefährdung darstellt, ist für ein älteres Kind vielleicht nur mangelnde Förderung.“³

Und noch etwas: Der Säugling kann keine Hilfe von außen holen. Deshalb ist er darauf angewiesen, dass die Menschen, die mit ihm in Kontakt sind, seine Signale entschlüsseln und ihm in Notsituationen beistehen. Während Erzieherinnen und Erzieher, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Lehrerinnen und Lehrer die Zusammenarbeit bereits erprobt haben, betreten zum Beispiel Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Kinderärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes in Bezug

¹ Die Bezeichnung lautete ursprünglich „Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Hannover: Hilfeplanung für vernachlässigte und misshandelte Kinder“. Im August 1999 wurde die Arbeitsgemeinschaft umbenannt, weil sie mit der Methode „Gemeinsam helfen“ die Familie erreichen möchte, bevor das Kind vernachlässigt, misshandelt oder missbraucht worden ist.

² vgl. Dornes, Martin: Beiträge zur Kleinkindforschung zum besseren Verständnis von Pathogenese und sinnvollen Präventionsangeboten, In: Suess, Gerhard J./Pfeifer, Walter-Karl (Hrsg.): Frühe Hilfen - Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung, Gießen: Psychosozial-Verlag (1999), S. 29

³ Friedrich, Ulrike: Leben mit Risiko bedeutet auch Helfen mit Risiko, In: ajs Informationen, Fachzeitschrift der „Aktion Jugendschutz“, Stuttgart: Aktion Jugendschutz (2000), Bezug über 0711/237-37-0

auf die Zusammenarbeit Neuland, ein Land, das es gemeinsam zu gestalten gilt, damit die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu einer Quelle für Wachstum wird: für den Säugling und seine Geschwister, für Mutter und Vater. Hierzu will die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“ Hannover mit der von ihr entwickelten Methode „Gemeinsam helfen, wenn das Kindeswohl des Säuglings gefährdet ist“ einen Beitrag leisten. Die Arbeitsgemeinschaft wurde 1994 gegründet.¹

Sechs Jahre interdisziplinäre Zusammenarbeit - lange Zeit waren 14 Berufsgruppen vertreten - gaben Gelegenheit, von dem Wissen und Können der jeweils anderen Berufsgruppe zu profitieren, Probleme aus einer anderen Perspektive zu betrachten, gemeinsam manchem Unmut nachzugehen, unterschiedliche Sichtweisen als Fragen zu formulieren und Antworten zu suchen.

1. Was behindert die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

1. 1. Ausgangssituation

Die Initiatorinnen und Initiatoren der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Hannover bewegten 1994 folgende Fragen:

- Ist es möglich, dass sich die Repräsentanten der staatlichen Gemeinschaft (Helferpersonen)² auf eine Beschreibung dessen einigen, was im Einzelfall als Kindeswohlgefährdung zu werten ist?
- Können die unterschiedlichen Berufsgruppenvertreter ihre Arbeit so gestalten, dass Hilfe zu dem Kind vordringt, bevor es vernachlässigt, misshandelt oder sexuell missbraucht worden ist?

Hintergrund der Fragen waren folgende Beobachtungen:

1. 2. Übersehen früher Signale

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch haben meist einen längeren Vorlauf. Sie kündigen sich durch Vorboten an. Vorboten sind vor allem ein wiederkehrendes Übersehen einzelner emotionaler Grundbedürfnisse des Kindes im Säuglingsalter.³ Während körperliche Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch zum Handeln herausfordern, bewegen ihre Vorboten Hebammen, Kinderärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie andere eher selten dazu, Hilfe zu initiieren.

¹ veröffentlicht wurde bisher nur der erste Teil der Methode „Gemeinsam helfen“, In: Informationsdienst Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Köln: (1999), Nr. 4, S. 29-38, ISSN 0948-1176; siehe auch Institut für Soziale Arbeit (Hrsg.): Prädikat wertvoll - Qualität sozialer Arbeit. Jugendhilfe im Kontext sozialer Konflikte und individueller Krisen, Materialien und Beiträge zum ISA-Kongress vom 27. bis 29. September 1999 in Dortmund, Münster (2000), S. 176-188, isa@muenster.de

² Repräsentanten der staatlichen Gemeinschaft sind zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Hebammen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

³ vgl. Schone, Reinhold u.a.: Kinder in Not, Münster: Votum (1997), S. 14-17; siehe auch Martinus, Joest/Frank, Reiner (Hrsg.): Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern, Bern: Hans Huber (1993), S. 22 ff.

Das Beispiel Mark und Tim: Mutter und Vater nehmen die Schwangerschaft erst mit Beginn der Wehen wahr. Nach der Geburt ihrer Zwillinge äußern sie zunächst die Absicht, die beiden zur Adoption freizugeben. Sie nehmen davon aber wieder Abstand. Wenige Wochen nach der Geburt werden die Kinder misshandelt. Die verdrängte Schwangerschaft und der zurückgezogene Adoptionsgedanke werden weder von der Entbindungsklinik noch von der Frühgeborenenstation als Signal einer Gefährdung erkannt.

1. 3. Unterbewertung früher Signale

Nur wenn die Diagnose „Kindeswohlgefährdung“ gestellt ist, sind zum Beispiel Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der freien Jugendhilfe berechtigt, das Geschehen zwischen Eltern und Säugling gegenüber dem Jugendamt offenzulegen und das Jugendamt - unter Umständen auch gegen den Willen der Eltern - in Hilfe initiiierende Überlegungen einzubeziehen. Leider werden Verbote selten als Kindeswohlgefährdung gewertet.

Nochmals Mark und Tim: Mark und Tim werden unmittelbar nach ihrer Geburt in die Kinderklinik überwiesen. Als die beiden acht Wochen alt sind, schaltet der Stationsarzt die Krankenhaussozialarbeiterin ein, weil die Eltern ihre Kinder bis dahin nur zweimal besucht haben. Als Begründung geben sie an, kein Geld für Fahrkarten zu haben. Obwohl sie daraufhin Fahrkarten erhalten, belassen sie es bei den beiden Besuchen. Während der Besuche nehmen Mutter und Vater von sich aus keinen Kontakt zu den Zwillingen auf. Gegenüber der Krankenhaussozialarbeiterin lehnen sie sowohl den Einsatz einer Familienhebamme als auch den einer sozialpädagogischen Familienhelferin ab. Die Unterstützung der Großmutter reiche aus, sagen die Eltern. Obwohl die Krankenhaussozialarbeiterin ein ungutes Gefühl hat, identifiziert sie das Geschehen zwischen Eltern und Kindern nicht als Kindeswohlgefährdung. Deshalb sieht sie sich nicht berechtigt, das Jugendamt gegen den Willen der Eltern in ihre Überlegungen einzubeziehen.

1. 4. Individuelle Bewertungsmaßstäbe

Jede einzelne Helferperson hat ihren individuellen Bewertungsmaßstab, wonach sie das Kindeswohl als gefährdet einstuft oder die Situation eines Säuglings für vertretbar hält. Dadurch wird auf der Helferebene nicht selten ein schwer zu überwindender Wertekonflikt entfacht.¹ Es fehlt eine Beschreibung dessen, was in unserer Gesellschaft auf einer überindividuellen Ebene als Kindeswohlgefährdung zu bewerten ist.

¹ Während zur Lösung von Bedürfniskonflikten Methoden zur Verfügung stehen, sind Wertekonflikte so gut wie unlösbar. vgl. Maringer, Eva/Steinweg, Reiner: Konstruktive Haltungen in institutionellen Konflikten und Verhaltensweisen, Berlin: Berghofforschungszentrum für konstruktive Konfliktbearbeitung, (1997), Nr. 3 S. 10; ISSN 0949-6858

Das Beispiel Martin: Martin, sechs Wochen alt, fünftes Kind, wird von der Mutter in Begleitung einer Sozialpädagogischen Familienhelferin (SPFH) mit Durchfall in die Kinderklinik gebracht. Während die SPFH die Erkrankung des Säuglings auf Vernachlässigung zurückführt, meint der Stationsarzt, dass es sich um einen ganz normalen Pflegefehler handele, der jeder Mutter unterlaufen könne. Die Jugendamtssozialarbeiterin führt die Erkrankung auf die Familiensituation zurück: die Arbeitslosigkeit des Vaters, die beengte Wohnung und die Beanspruchung durch die anderen Kinder. Die Deutungen der SPFH hält sie für überzogen. Als Martin zwölf Monate alt ist, hat er einen deutlichen Entwicklungsrückstand. Aus Sicht des Kinderarztes ist Martin lediglich ein Spätentwickler.

1. 5. Nichtbeachtung der eigenen Wahrnehmungen

Wir Helferpersonen überprüfen unsere Wahrnehmungen zum Geschehen zwischen Eltern und Säugling nicht. Das, was wir sehen, hören, riechen und spüren, schmilzt zu einem unpräzisen Eindruck zusammen. Es fehlt eine systematische Dokumentation und Auswertung der Wahrnehmungen sowie eine darauf aufbauende Hilfeplanung.¹

Nochmals Mark und Tim: Die Schwestern, der Stationsarzt und die Krankenhaussozialarbeiterin hatten zwar ein ungutes Gefühl. Sie dokumentierten ihre Wahrnehmungen zum Geschehen zwischen Eltern und Kindern jedoch nicht, so dass diese auch nicht systematisch ausgewertet werden konnten.

1. 6. Entscheiden und Handeln aufgrund ungeprüfter Annahmen

Manchmal wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine Hilfe für Säugling und Eltern verhindert, weil sich die Helferinnen und Helfer von Annahmen leiten lassen, ohne diese im Einzelfall kritisch zu prüfen.² Zum Beispiel:

- „Allen Kindern in diesem Stadtteil geht es nicht gut, wenn ich da erst anfangen ...“
- „So schlimm wie bei Familie X ist es noch nicht.“
- „Ich möchte das Vertrauen der Eltern nicht verlieren; wenn die Familie mir die Tür zumacht, kann ich gar nicht mehr helfen.“
- „Mutter und Vater machen so einen guten Eindruck, denen traue ich keine Miss-handlung zu.“
- „Die Eltern haben großes Vertrauen zu mir. Sie gehören auf keinen Fall zu der Gruppe, die ich mir als Versager gegenüber Kindern vorstelle.“
- „Das Jugendamt schalte ich nicht ein, weil ich nicht möchte, dass den Eltern das Kind weggenommen wird.“

¹ vgl. dazu Binschus, Wolfgang: Zur strafrechtlichen Garantenpflicht von Sozialarbeitern, In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, Hannover: Boorberg (2000) Nr. 3, S. 55 ff.

² vgl. dazu verschiedene Berichte über den Fall „Jenny“; siehe auch Binschus, Wolfgang: a. a. O. S. 55 ff.

- *„Die Eltern brauchen dieses Chaos als Bewältigungsstrategie, ich darf nichts von ihnen fordern.“*
- *„Wenn die Familie nur lange genug intensive Hilfen erhält, werden die Eltern irgendwann besser mit dem Kind umgehen.“*
- *„Ich muss die Familie um jeden Preis zusammenhalten.“*
- *„Das, was ich sehe, ist zwar schlimm, aber für eine Herausnahme reicht es nicht. Da macht der Richter sowieso nicht mit.“*
- *„Endlich ist das Jugendamt nicht mehr Eingriffsbehörde, sondern Dienstleistungsanbieter. Mit der Vergangenheit des Jugendamtes will ich als Jugendhelfemitarbeiterin nichts zu tun haben. Deshalb ist es mir unmöglich, die Anwendung des § 1666 BGB als Hilfekategorie mitzudenken.“*

So zum Beispiel auch im Fall „Jenny“: Der Sozialarbeiter *„kannte die Gefährdung des Kindes durch die Mutter, unterließ aber trotzdem eine umfassende Unterrichtung des Jugendamtes Stuttgart, weil er ‚sich den hiermit verbundenen Aufwand ersparen ... wollte‘. Die Darstellung des amtsinternen Zuständigkeitsgerangels konnte ihn nicht entlasten.“*¹

1. 7. Gesellschaftliche Tabus

Vor einer Hilfestellung muss das Jugendamt gemäß § 36 KJHG die Eltern beraten. Selten wird Eltern in diesem Beratungsprozess Raum gegeben, ambivalente Gefühle im Hinblick auf ihre Elternverantwortung zu klären. Vielmehr scheint es ein gesellschaftliches Tabu zu sein, Eltern zuzugestehen, sich gegen die Übernahme der Elternverantwortung zu entscheiden. Das führt unter Umständen dazu, dass Eltern zwar Hilfe annehmen, zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfe, die Kindeswohlgefährdung aber dennoch nicht abgewendet wird. Das wiederum veranlasst zum Beispiel Kinderärztinnen und Kinderärzte, sich resigniert aus der Verantwortung für das Kind zurückzuziehen.

Das Beispiel Frau M.: Frau M., allein erziehend, hat zwei Kinder im Grundschulalter, die sie vernachlässigt. Deshalb erhält sie Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). Diese wird nach zwei Jahren beendet. Etwa 16 Monate danach werden Zwillinge geboren. Es wird nochmals ein Jahr SPFH gewährt, weil sich die Mutter überfordert fühlt. Die älteren Kinder übernehmen zum großen Teil die Versorgung der Säuglinge. Zu ihrer Entlastung setzt die Mutter die Zwillinge häufig mal bei dieser und mal bei jener Bekannten ab. Immer wieder kreisen ihre Gedanken darum, wie es ihr gelingen könnte, ihrer Freundin den Partner „auszuspannen“. Diese Gedankengänge und das „Absetzen“ der Kinder bei Bekannten wird nicht mit ambivalenten Gefühlen in Bezug auf die Elternverantwortung in Zusammenhang gebracht und deshalb auch nicht thematisiert. Als die SPFH nach einem Jahr beendet wird, gelingt es den Zwillingen immer noch nicht, ihre körperlichen und emotionalen Grundbedürfnisse in der Beziehung zu ihrer Mutter zu befriedigen.

¹ Binschus, Wolfgang: a. a. O. S. 58

1. 8. Abgabe und Entzug der Verantwortung

Auf der einen Seite sind zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte bestrebt, die Verantwortung für einen gefährdeten Säugling an das Jugendamt abzugeben. Auf der anderen Seite ist das Jugendamt als Fachbehörde geneigt, die alleinige Verantwortung zu übernehmen. Auf diese Weise werden beispielsweise Ärztinnen und Ärzte zu „Meldern“ und nicht zu gleichberechtigten Kooperationspartnern. Damit geht dem Säugling und seinen Eltern eine wichtige Unterstützung verloren.¹

Das Beispiel Max: Max ist sechs Wochen alt. Er lebt mit seiner 21jährigen Mutter und seinem 28jährigen Vater zusammen. Der Vater ist als Facharbeiter erwerbstätig. Die Mutter ist seit einem Jahr bei einem Psychiater in Behandlung. Im Einverständnis mit seiner Patientin macht der Psychiater die ASD-Sozialarbeiterin darauf aufmerksam, dass die Mutter Hilfe brauche. Sie sei als Kind misshandelt und sexuell missbraucht worden. Jetzt leide sie an Kontaktstörungen. Mindestens einmal wöchentlich ritze sie sich die Arme auf. Die ASD-Sozialarbeiterin stellt durch zwei Hausbesuche fest, dass „Leib und Leben“ des Säuglings nicht gefährdet sind. Eine Unterstützung durch eine Sozialpädagogische Familienhelferin oder eine Tagespflegemutter lehnt die Mutter ab. Regelmäßige Helferkonferenzen sind aus Sicht der Sozialarbeiterin nicht erforderlich.

1. 9. Ungeklärte Beziehungskonflikte auf der Helferebene

Seit Einführung des KJHG sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes verpflichtet, Problemlösungen auszuhandeln. Eine für Helfer- und Familienkonferenzen geeignete Aushandlungsmethode hat sich jedoch nicht etabliert. So kommt es immer wieder vor, dass sich Helferpersonen und einzelne Familienmitglieder überfahren oder ausgebootet fühlen. Die Folge davon sind ungeklärte Beziehungskonflikte auf der Helferebene, die zu Lasten des Kindes gehen. *„So berichtet Frau S. davon, dass ihre Therapeutin zwar bei der Hilfeplanbesprechung anwesend gewesen sei, jedoch nach ihrem ersten Beitrag von den Amtspersonen ‚überfahren‘ worden sei; dies hat Frau S. als eine starke Beeinträchtigung ihrer eigenen Vertretungsmöglichkeiten empfunden.“*²

Das Beispiel einer allein erziehenden Mutter: Eine allein erziehende Mutter mit einem zweijährigen und einem acht Monate alten Kind (die Mutter steht in einem gerichtlich angeordneten Betreuungsverhältnis) erhält seit sieben Monaten SPFH, weil ihr die Haushaltsorganisation und die Versorgung der Kinder nicht gelingt. Außerdem wird die Mutter seit einem Monat zweimal wöchentlich für drei Stunden durch eine Haus- und Familienpflegerin entlastet. Aber auch das führt nicht zu einer Verbesserung der Situation. In einem Gespräch mit der ASD-Sozialarbeiterin

¹ vgl. Schützen - Helfen - Begleiten, München: Bayerisches Landesjugendamt (1998), S. 47-49

² siehe Schefold, Werner/Glinka, Hans-Jürgen/Neuberger, Christa/Tilemann, Friederike: Hilfeplanverfahren und Elternbeteiligung, Frankfurt/Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins Jahrgang (1998), Arbeitshilfen Heft 50, S. 206, ISBN 3-17-006803-2

schildert die Haus- und Familienpflegerin detailliert das Geschehen zwischen Mutter und Kindern. Die ASD-Sozialarbeiterin beendet das Gespräch mit der Begründung, die Haus- und Familienpflegerin habe mittelständische Ordnungs- und Sauberkeitsvorstellungen. Im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit wird das Thema „Kindeswohlgefährdung“ ausgeblendet.

2. Wie kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden?

2. 1. Ausgangssituation

Die Diskussionen der Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“ zeigten bald: Wenn die Hilfe zu dem Kind vordringen soll, bevor es vernachlässigt, misshandelt oder missbraucht worden ist, müssen die Helferpersonen ihren Blickwinkel ändern. Sie dürfen nicht fragen: Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die Eltern ihr Kind vernachlässigen, misshandeln oder missbrauchen? Sondern: Wie kann der Säugling seine Grundbedürfnisse in der Beziehung zu seinen Eltern befriedigen?¹

Aus der Perspektive dieser Frage und im Hinblick auf die aufgezeigten Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde die Methode „Gemeinsam helfen, wenn das Kindeswohl eines Säuglings gefährdet ist“ entwickelt. Die Methode basiert auf folgenden **Thesen**:

2. 2. Beachtung des Säuglings als Grundrechtsträger

Die Befriedigung der Grundbedürfnisse als Voraussetzung für die Wahrung der körperlichen Unversehrtheit und die freie Entfaltung der Persönlichkeit ist ein Grundrecht. Bereits 1968 hatte das Bundesverfassungsgericht hervorgehoben, dass auch das Kind eigenständiger Grundrechtsträger ist. Die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Hannover zählt zu den Grundbedürfnissen folgende: Pflege des Körpers, Wach- und Schlafplatz, Kleidung, Ernährung, Behandlung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen, Schutz vor Gefahren, Zärtlichkeit, Anerkennung, Bestätigung, Sicherheit, Geborgenheit, Achtung der Individualität, entwicklungsgemäße Selbstbestimmung, Ansprache und lang andauernde Bindung an die Person, die kontinuierlich für Bedürfnisbefriedigung sorgt.²

2. 3. Definition des Begriffs „Hilfe“

Alle Entscheidungen und Handlungen der Repräsentantinnen und Repräsentanten der staatlichen Gemeinschaft, die darauf gerichtet sind, dass Säugling, Mutter und Vater

¹ Obwohl der Säugling seine Grundbedürfnisse nicht selbst befriedigen kann, wurde die oben genannte Formulierung gewählt, um hervorzuheben, dass das Kind - und sei es noch so klein - eine eigenständige Person mit eigenen Bedürfnissen und Rechten ist.

² vgl. Schone, Reinhold u.a.: Kinder in Not, a. a. O. S. 24

ihre Grundbedürfnisse befriedigen können, sind als Hilfe zu bezeichnen. Das gilt auch für eine (vorübergehende) Einschränkung des Sorgerechtes gemäß § 1666 BGB. „*Das Jugendamt hilft durch Leistung und Eingriff (vor allem in Elternrechte). Auch Eingriffe sind Leistung und Hilfe in Richtung Kindeswohl.*“ Hervorzuheben ist, dass auch das Familiengericht „*eine Einrichtung zur Hilfe für Familien und deren Kinder in Notlagen*“ ist.¹

2. 4. Bestimmung des Bewertungsmaßstabes zur Identifizierung einer Kindeswohlgefährdung

Die Jugendhilfe ist aufgerufen, „*inhaltlich beschreibbare Dimensionen der Kindeswohlgefährdung herauszuarbeiten ...*“² Nach Auffassung der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Hannover ist das Kindeswohl im Säuglingsalter gefährdet, „*wenn der Säugling auch nur eines seiner Grundbedürfnisse in der Beziehung zu seinen Eltern (oder Ersatzeltern) immer wiederkehrend nicht befriedigen kann*“.³ Ein Handlungsauftrag für die staatliche Gemeinschaft ergibt sich nicht erst aus einer bereits eingetretenen Gefahr für das Wohl des Kindes, vielmehr reicht es, wenn diese nahe bevorsteht.⁴

2. 5. Überprüfung und Dokumentation der eigenen Wahrnehmungen

Um eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen zu können, bedarf es einer inneren Bereitschaft. Unsere Wahrnehmungen unterstehen einem Zensor, der von unserem Unterbewusstsein nach einem bestimmten Bewertungssystem gesteuert wird. Dieses Bewertungssystem ist uns weitgehend verborgen. Um zu realitätsbezogenen Einschätzungen zu kommen, müssen wir versuchen, diese unbewusst ablaufende Zensur soweit wie möglich zu kontrollieren.

Dazu ist es notwendig, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Helferpersonen ihre Wahrnehmungen zum Geschehen zwischen Eltern und Säugling mit Hilfe eines Rasters (zum Beispiel Auflistung der Grundbedürfnisse) überprüfen. Das kann unter anderem im Rahmen von Vorsorgeuntersuchun-

¹ siehe dazu Kron-Klees, Friedhelm: Von der Fremdmeldung zur Hilfe - Reflexionen aus der Praxis öffentlicher Jugendhilfe, In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa 21(1996), Nr. 7/8, S. 34 ff.

² siehe Münder, Johannes/Mutke, Barbara/Schone, Reinhold: Quantitative und qualitative Aspekte der Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz, In: Rechte der Jugend und des Bildungswesens, Neuwied: Luchterhand 46 (1998) Nr. 2, S. 20

³ siehe Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“ Hannover: Leitfaden: die Methode „Gemeinsam helfen, wenn das Kindeswohl eines Säuglings gefährdet ist“, Hannover: (2000), Nr. 3, S. 3; als Fotokopie erhältlich bei Runheide Schultz, Aachener Straße 1, 32657 Lemgo

⁴ vgl. Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Familienrecht II, München: Beck (1992), § 1666 Rdn. 25; siehe dazu auch Münder, Johannes/Mutke, Barbara/Schone, Reinhold: Quantitative und qualitative Aspekte der Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz, In: Rechte der Jugend und des Bildungswesens, Neuwied: Luchterhand 46 (1998) Nr. 2, S. 20 ff.

gen erfolgen, auch schon während der Schwangerschaft.¹ Wenn es Signale dafür gibt, dass der Säugling vor allem seine emotionalen Grundbedürfnisse in der Beziehung zu seinen Eltern nicht sicher befriedigen kann, ist es aus den genannten Gründen notwendig, dass die Wahrnehmungen eine Zeitlang tagebuchartig notiert werden.

2. 6. Auswertung der Dokumentation

Die Tagebuchaufzeichnungen bilden die Grundlage für eine Prognose im Hinblick auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse des Säuglings in der Beziehung zu seinen Eltern. Die Prognose zeigt an, welche Form der Hilfe die Familie benötigt. Dabei ist zu beachten: Solange der Säugling seine Grundbedürfnisse in der Beziehung zu seinen Eltern nur teilweise oder gar nicht befriedigen kann, muss ihn eine andere Person kontinuierlich umsorgen - unter Einbeziehung der Eltern. Eine Hilfeform, die auf die Eltern begrenzt ist, reicht dann nicht aus. Die Methode „Gemeinsam helfen“ unterteilt in drei Gruppen: Zu Gruppe II gehören die Säuglinge, die ihre Grundbedürfnisse in der Beziehung zu ihren Eltern nur teilweise oder gar nicht befriedigen können. Es besteht aber Hoffnung, dass die Eltern innerhalb eines angemessenen Zeitraumes entsprechende Fähigkeiten, zum Beispiel mit dem Families-First-Kriseninterventionsprogramm, entwickeln. Ein kleiner Prozentsatz dieser Kinder braucht Dauerpflegeeltern (Gruppe III). Der überwiegende Teil der Neugeborenen gehört zu Gruppe I. Das Wohl dieser Kinder ist nicht gefährdet, weil sie ihre Grundbedürfnisse in der Beziehung zu ihren Eltern sicher befriedigen können. Viele dieser Eltern brauchen aber entlastende und beratende Hilfen.

2. 7. Enttabuisierung der Inpflegegabe

Wenn es Signale dafür gibt, dass die Eltern in Bezug auf die Übernahme der Elternverantwortung ambivalente Gefühle haben, muss die Hilfeform „Tages-, Wochen- oder Dauerpflege“ als mögliche Hilfekategorie einkalkuliert werden. Eltern, die die Hilfeform „Inpflegegabe“ wählen, nehmen ihre Elternverantwortung auf besondere Art und Weise ernst. Sie sind weder Rabeneltern noch Versager.

2. 8. Einstufung der Kindeswohlgefährdung als Konflikt mit hohem Eskalationsrisiko für alle Beteiligten

Die Nichtbeachtung der Grundbedürfnisse des Säuglings ist als Konflikt zu werten, weil das Prinzip „Recht des Säuglings auf Befriedigung seiner Grundbedürfnisse“ mit

¹ Welche Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung im Hinblick auf die Erkennung einer drohenden Kindeswohlgefährdung zukommt, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Eine Schwangere, 16 Jahre alt, kommt mit ihrer Mutter zur Beratung. Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter ist gespannt. Erziehungshilfen nach § 27 ff. KJHG sind aus Sicht der Mutter erfolglos geblieben. Sie will für das zu erwartende Enkelkind keine Verantwortung übernehmen. Die Schwangere lebt mit einem wesentlich älteren Alkoholiker zusammen. Sie möchte ihr Kind zur Welt bringen und in der so entstehenden Familie Geborgenheit finden.

einem anderen Prinzip kollidiert: „*Das Kind ist Besitz der Eltern und hat deshalb untergeordnete Rechte*“.¹

Es handelt sich um einen Konflikt zwischen der staatlichen Gemeinschaft, den Eltern und dem Säugling. Vertreterinnen und Vertreter der staatlichen Gemeinschaft sind die Helferpersonen (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Hebammen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Familienrichterinnen und Familienrichter). In den Konflikt sind alle im Einzelfall beteiligten Helferpersonen involviert.

Es liegt in ihrer Verantwortung, dafür zu sorgen, dass die Gefährdung innerhalb weniger Wochen von dem Säugling abgewendet wird. Alle Helferpersonen haben in Bezug auf das Kindeswohl beziehungsweise die Kindeswohlgefährdung Kontrollverpflichtung. Das Jugendamt muss den Schutz des gefährdeten Säuglings sichern² und das Familiengericht hat die Aufgabe, im Einzelfall Rahmenbedingungen zu schaffen, die es dem Säugling ermöglichen, seine Grundbedürfnisse in der Beziehung zu Eltern zu befriedigen.

2. 9. Entwicklung eines interdisziplinär gültigen Krisenplanes zur Entschärfung des Konfliktes

Wir brauchen so etwas wie einen interdisziplinär gültigen Krisenplan zur Entschärfung des Konfliktes. Dieser Plan muss regeln, wie sich die verschiedenen Berufsgruppenvertreter, die jeden Säugling umgeben, rasch zu einem interdisziplinären Helferteam formieren und zusammenarbeiten können, sobald eine Person eine Gefährdung des Säuglings wahrnimmt.

Die erste Handlung des interdisziplinären Helferteams muss der Aufbau der Familien- und Helferteam-Konferenz als einer Gruppe sein, in der Helfer-Personen, Eltern und Säugling (vertreten durch eine Helferperson) auf einer gleichen Ebene kommunizieren. Hier kann unter günstigen Bedingungen der Konflikt der Kindeswohlgefährdung offengelegt und gelöst werden.

¹ Aus § 1 SGB VIII und Artikel 2 Grundgesetz ist abzuleiten, dass in unserer Gesellschaft jeder Säugling ein Recht auf Befriedigung seiner Grundbedürfnisse in der Beziehung zu Eltern hat. Damit steht fest, dass die Kindeswohlgefährdung kein Werte-, sondern ein Bedürfniskonflikt ist. Die kollidierenden Bedürfnisse der Konfliktpartner (Helferpersonen - Eltern - Säugling) - als Fragen formuliert - lauten: Helferperson: „Wie gelingt es mir einerseits, den Säugling in der Beziehung zu seinen Eltern zu schützen und andererseits die Eltern zu befähigen, das Wohlergehen des Säuglings zu ermöglichen?“ Eltern: „Will ich/kann ich für mein Kind Verantwortung übernehmen, das heißt: Tag für Tag seine Signale entschlüsseln, um ihm zu helfen, dass es seine Grundbedürfnisse befriedigen kann? Und wie kann ich meine eigenen Bedürfnisse befriedigen?“ Säugling: „Bei welcher Person finde ich vorübergehend Sicherheit und Geborgenheit? Wie gelange ich in eine Eltern-Kind-Beziehung, in der es mir möglich ist, meine Grundbedürfnisse sicher zu befriedigen?“; siehe Leitfaden: Die Methode „Gemeinsam helfen - wenn das Kindeswohl eines Säuglings gefährdet ist“, a. a. O. S. 15-18

² siehe Münder, Johannes u.a.: Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum SGB VIII/KJHG, Münster: Votum (1993), S. 370 f.

2. 10. Konstruktive Konfliktbewältigung im Dreieck „Staatliche Gemeinschaft-Eltern-Säugling“

Wir brauchen nicht nur einen Krisenplan. Wir brauchen auch eine Methode, um den Konflikt „Kindeswohlgefährdung“ so zu lösen, dass es in dem Dreieck „Staatliche Gemeinschaft - Eltern - Säugling“ weder Gewinner noch Verlierer gibt. Das ist ganz besonders wichtig, wenn der Säugling Dauerpflegeeltern braucht. Anhaltspunkte bietet das Gordon-Modell¹ mit der niederlagelosen Methode der Konfliktbewältigung. Die Methode „Gemeinsam helfen“ knüpft hier an.

2. 11. Handhabbarkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit muss praktikabel gemacht werden. Dazu können Arbeitsblätter beitragen, die von allen Berufsgruppen gleichermaßen genutzt werden. Auf diese Weise kann es gelingen, dass alle beteiligten Helferpersonen die „gleiche Sprache“ sprechen beziehungsweise ihren Blick auf die gleichen Themen richten. Standardisierte Leitfragen erleichtern es, Hilfeformen zu entwickeln, die sich an den Grundbedürfnissen des Säuglings und an denen der Eltern orientieren. Sie ermöglichen auch eine Zeit- und Zielplanung sowie eine transparente und nachvollziehbare Prozessdokumentation. Diese ist im Hinblick auf eine Zielüberprüfung unerlässlich.²

3. Zusammenfassung

In der folgenden tabellarischen Übersicht sind Faktoren zusammengefasst, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit behindern. Denen werden Aspekte gegenübergestellt, durch die die angestrebte Kooperation verbessert werden kann - **siehe Abbildung 1.**

4. Beschreibung der Methode „Gemeinsam helfen“

Ziel der Methode „Gemeinsam helfen“ ist es, durch strukturierte multiprofessionelle Zusammenarbeit eine Kindeswohlgefährdung im Frühstadium zu erkennen, ihren Schweregrad zu bewerten und wirksame Hilfen einzuleiten. Grundlage für die Planung von Hilfe ist eine Zusammenschau der Wahrnehmungen und Einschätzungen der beteiligten Helferpersonen.

Die Methode „Gemeinsam helfen“ basiert auf folgender Überzeugung: Säugling, Mutter und Vater sind eigenständige Personen mit eigenen, einzigartigen Bedürfnissen und

¹ siehe Gordon, Thomas: Familienkonferenz, 26. Aufl., München: Heyne (1999)

² vgl. dazu die Arbeitsblätter zur Anwendung der Methode „Gemeinsam helfen“, die die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“ Hannover entwickelte; als Fotokopie erhältlich c/o Runheide Schultz, Aachener Straße 1, 32657 Lemgo

Was behindert die interdisziplinäre Zusammenarbeit?	Wie kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden?
Übersehen früher Signale	Beachtung des Säuglings als Grundrechtsträger
Unterbewertung früher Signale	Definition des Begriffs „Hilfe“
individuelle Bewertungsmaßstäbe	Bestimmung des Bewertungsmaßstabes zur Identifizierung einer Kindeswohlgefährdung
Nichtbeachtung der eigenen Wahrnehmungen	Überprüfung der Dokumentation der eigenen Wahrnehmungen
Entscheiden und Handeln aufgrund ungeprüfter Annahmen	Auswertung der Dokumentation
gesellschaftliche Tabus	Enttabuisierung der Inpflegegabe
Abgabe und Entzug der Verantwortung	Benennung der Verantwortung und der Entscheidungskompetenzen der Repräsentanten der staatlichen Gesellschaft
ungeklärte Beziehungskonflikte auf der Helferebene	Entwicklung eines interdisziplinär gültigen Krisenplanes
	Konstruktive Konfliktbewältigung im Dreieck „Staatliche Gemeinschaft - Eltern - Säugling“
	Handhabbarkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit

Abbildung 1

© R. Schultz

dem Recht, diese zu befriedigen. Sie stehen am Anfang eines gemeinsamen Weges. Ihre Beziehung zueinander wird wachsen, wenn die Eltern lernen, die Signale zu entschlüsseln, mit denen sich ihre eigenen Bedürfnisse und die des Säuglings bemerkbar machen und wenn sie in Krisensituationen Lösungen suchen, die für die gesamte Lebensgemeinschaft annehmbar sind.

Die Dokumentation und Auswertung der eigenen Wahrnehmungen der Helferpersonen mit Hilfe von Formularen (Arbeitsblättern) während der verschiedenen Phasen des Hilfeprozesses, der Ausbau der Helferkonferenz zu einem interdisziplinären Team, das kontinuierliche Arbeiten in der Familien- und Helferteam-Konferenz sowie die Anwendung der „Ohne-Verlierer-Konfliktlösungsmethode“ sind nach dem Konzept „Gemeinsam helfen“ Bestandteil des Hilfeplanverfahrens gemäß § 36 SGB VIII.¹

¹ vgl. Mahlmann, Regina: Konflikte managen psychologische Grundlagen, Modelle, Fallstudien, Weinheim und Basel: Beltz (2000), ISBN 3-407-36359-1

Ist die gemeinsame Hilfekonferenz eine Illusion? Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Medizin über die Hilfeplanung im Einzelfall hinaus

WOLFGANG RUTHEMEIER

*Abschnittsleiter Sozialer Dienst des Fachbereiches
für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Osnabrück, und*

DR. WILFRIED KRATZSCH

*Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums,
Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf*

1. Zum Verhältnis der beiden Hilfesysteme

Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kleinkindern und Säuglingen machen eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Medizin notwendig. Neben Säuglingen und Kindern mit Unter- und Mangelernährung und schweren Misshandlungsspuren gehören genauso Jugendliche mit psychiatrischen Krankheitsbildern und Auffälligkeiten dazu. Bei diesen Altersbereichen ist eine gute Kooperation der beiden Hilfesysteme erforderlich, um den Kindern und deren Familien die notwendigen Hilfen gewähren zu können.

Die verschiedenen Kompetenzen sind unter anderem gefragt, um im Rahmen der Diagnostik die richtige Hilfe für Kinder und Jugendliche zu veranlassen. Obwohl der § 36 KJHG für die seelisch behinderten beziehungsweise für die von seelischer Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen eine Kooperation mit der Medizin fordert, stellt sich die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Hilfesystemen immer wieder als schwierig und verbesserungsbedürftig dar. **Was macht die Kooperation der Hilfesysteme so schwer?** Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig, die verschiedenen Kooperationsebenen genauer zu betrachten:

1. 1. Jugendhilfe und Allgemeinmedizin/Kinderarzt

Die Jugendhilfe zeigt sich oft profillos gegenüber dem medizinischen Bereich. Dieses liegt sicherlich nicht nur daran, dass Medizin in gesellschaftlicher Hinsicht mehr Kompetenz und Vertrauen entgegengebracht wird als der sozialarbeiterischen Disziplin, sondern auch daran, dass es der Jugendhilfe oft schwerfällt, ihre Fähigkeiten, Kompetenzen sowie Grenzen genauer darzulegen. Was bietet die Jugendhilfe an, um vernachlässigten Kindern und deren Eltern zu helfen? Ein deutlicheres Profil, das die Angebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern aufzeigt, ist vonnöten, um die Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten und der Allgemeinmedizin zu verbessern.

Der Hausarzt ist Unternehmer. Jede längere Beschäftigung mit vernachlässigten Kindern und deren Familien in seiner Praxis bedeutet nicht abrechenbare Arbeitszeit oder

freiwilliges Engagement. Seine Arbeitsweise ist nicht prozesshaft wie in der Jugendhilfe. Er muss möglichst schnell eine Diagnose stellen, um die notwendige medizinische Hilfe zu veranlassen. Im Rahmen dieser Vorgehensweise wird ein Arzt seine Patienten nur dann an das Jugendamt weitervermitteln, wenn er Genaueres über das Angebot der Jugendhilfe weiß.

Neben dem mangelnden Profil der Jugendhilfe und den unterschiedlichen Arbeitsweisen gibt es vermutlich einen weiteren Grund, der die Zusammenarbeit erschwert. Beide Professionen sind nur in unzureichender Weise in der Lage, Vernachlässigung zu diagnostizieren. Zur Diagnose von Vernachlässigung gehört unter anderem eine eingehende Anamnese, die die Biographie der Eltern, den Umgang der Eltern mit dem Kind, die Besonderheit des Kindes, die aktuellen Krisen der Familie - zum Beispiel durch Arbeitslosigkeit - berücksichtigt. Das ist im medizinischen Bereich aufgrund des Zeitdrucks und der mangelnden Kenntnis häufig nicht gegeben. Das Gleiche kann man für den sozialpädagogischen Bereich auch vermuten. Misshandlungsspuren hingegen lassen sich auch medizinisch schneller erkennen.

1. 2. Jugendhilfe und Kliniken

In den Jugendämtern gehen oft sehr viel mehr „Meldungen“ von Klinikärzten über Misshandlungen und Vernachlässigungen von Kindern ein als durch Hausärzte. Dies ist aber nicht unbedingt auf eine gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen zurückzuführen, eher darauf, dass Klinikärzte Misshandlungsspuren oft besser diagnostizieren können (beispielsweise ältere Knochenbrüche). Außerdem erleben Klinikärzte den Umgang der Eltern mit ihrem Kind unmittelbar; sie können die Eltern längerfristig (während eines stationären Aufenthaltes) beobachten. Diesem Umstand ist es wohl zu verdanken, dass sich Ärzte in Kliniken recht früh bei Jugendämtern melden, um weitere Hilfen für das Kind und die Familie einzufordern.

Wenn sich Klinikärzte melden, stoßen sie oft auf eine Organisation mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Aufgabenbereichen. Dies gilt auch umgekehrt für Jugendamtsmitarbeiter, wenn sie sich mit Kliniken in Verbindung setzen. Dadurch, dass sich Kliniken grundsätzlich eher als Hausärzte melden, ist **die Chance zur gemeinsamen Hilfeplanung zumindest gegeben, um eine weitere Hilfe für das Kind und die Familie abzustimmen. Voraussetzungen dafür sind:**

1. Grundkenntnisse über die verschiedenen Einrichtungen, zum Beispiel welcher Dienst ansprechbar ist. Wer koordiniert die Aufgaben? Welche Aufgaben haben der Soziale Dienst und der Pflegekinderdienst in Fällen von Misshandlung oder Vernachlässigung? Welche Aufgaben hat der Sozialdienst des Krankenhauses?
2. Koordination für die einzelnen Einrichtungen. Wer übernimmt für den Einzelfall die Koordination und begleitet den Fall solange, bis das Kind die Klinik verlässt, auch bei Stationswechsel oder bei Wechsel der verschiedenen Dienste im Jugendamt?

3. Konkrete Vereinbarungen, die im Vorfeld getroffen werden, müssen sich an folgenden Fragen orientieren: Wie lange kann das Kind im Krankenhaus bleiben? Welche Zeit benötigt der Soziale Dienst oder das Jugendamt, um eine Hilfe zu veranlassen? Was ist bei Mitarbeiter- beziehungsweise Stationswechsel zu tun? Gibt es die Bereitschaft, gemeinsame Elterngespräche zu führen? Wer ist Einladender für diese Elterngespräche?

1. 3. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben sicherlich die meisten Berührungspunkte. Gleichzeitig stehen diese Systeme aber in Konkurrenz zueinander. So ist es üblich, dass man sich die „besonders schwierigen Fälle“ gegenseitig „zuschiebt“. Wer verantwortlich ist und wofür, wird dabei häufig nicht geklärt. Auf der Strecke bleiben dabei Kinder und Jugendliche. Sie empfinden die angebliche Hilfe oft als Verschiebebahnhof zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie und daher eher als Repression statt Perspektive.

Damit Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Symptomen eine Perspektive erhalten, ist eine Kooperation im Rahmen der gesamten Hilfeplanung Voraussetzung. Dafür ist es notwendig, zunächst über die Grenzen der Hilfen in beiden Hilfesystemen nachzudenken. Diese sollten offen ausgetauscht werden. Fatal ist es, wenn Kinder und Jugendliche an das andere Hilfesystem weitergereicht werden, nur weil kein entsprechendes Angebot im eigenen System besteht oder weil man die eigene Hilflosigkeit nicht ertragen kann. Das Motto *„Jetzt ist der andere dran!“* oder *„Weil der Jugendliche nicht will, sind die anderen dran!“* reicht als Diagnose nicht aus.

Wie kommt es zu diesen oft missverständlichen Kooperationsformen zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe? Die Jugendhilfe hat bei ihrer Vorgehensweise die Lebenslagen, Stärken und Schwächen sowie die Biographien von Kindern, Jugendlichen und Familien zu berücksichtigen. Das soziale Umfeld sowie andere Ressourcen sollten bei dieser ganzheitlichen und lebensweltorientierten Blickweise nicht fehlen. Bei der Jugendpsychiatrie geht es eher darum, Störungen und Beeinträchtigungen des Patienten zu diagnostizieren.

Die Suche nach Ressourcen und die Vernetzung von Diensten sind nur eine Randaufgabe in Kliniken. Nach der Behandlung haben Psychiatrien oft das Bedürfnis, ihren Patienten „weiterhin gut unterzubringen“. Das bedeutet häufig, dass sie eine weitere „Hospitalisierung“ vorschlagen (stationäre Unterbringung). Auffällig ist dabei, dass Psychiatrien Nachfolgeeinrichtungen vorschlagen, die die medizinischen und heilpädagogischen Aspekte in den Vordergrund stellen.

Jugendhilfe hat hingegen zu akzeptieren, dass Kinder und Jugendliche unterschiedliche Probleme, Defizite und Behinderungen haben, aber auch unterschiedliche Ressourcen und Möglichkeiten, damit umgehen zu lernen. Es geht darum, dass die Verantwortlichkeiten bei Eltern und Jugendlichen geschärft werden. Diese haben Entscheidungen zu treffen und mit diesen Entscheidungen zu leben.

Die Erfahrungen zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie oft nur personenabhängig erkennbar ist. Aus diesem Grunde wäre es **sinnvoll, wenn zwischen den sozialen Diensten und der örtlichen Psychiatrie Vereinbarungen getroffen werden würden:**

- Aus diesen Vereinbarungen muss hervorgehen, wo die Grenzen und die Möglichkeiten liegen, die die jeweiligen Träger bieten.
- Es muss vereinbart werden, wie die Kooperation formell ablaufen soll.

In diesem Zusammenhang sind weitere **Fragen** zu klären:

- Wer steuert den Hilfeplanprozess?
- Wer ist zuständig für das Einladen der Betroffenen, der Eltern und Fachkräfte?
- Wer führt wann und wo Gespräche mit den einzelnen Betroffenen?
- Wer entscheidet wann über welche Hilfe?
- Wer wird bei Elterngesprächen beteiligt?
- Wann werden mit welcher Beteiligung welche gemeinsamen Fallbesprechungen durchgeführt?
- Wann sollen Eltern und Jugendliche an diesen Fallbesprechungen beteiligt werden?
- Welche Möglichkeiten hat die Psychiatrie nach dem Krankenhausaufenthalt, weiter am Fall mitzuarbeiten?

Diese Art von Kooperation setzt von beiden Hilfesystemen voraus, dass sie ihre bisherigen Vorurteile abbauen. Insbesondere in der Jugendpsychiatrie besteht eine Voraussetzung darin, dass sie bereit ist, sich an den prozesshaften Strukturen der Jugendhilfe zu beteiligen. Es geht nicht allein darum, zu klären, welche Einrichtung in Frage kommt, sondern auch darum, wie das gesamte Lebensumfeld berücksichtigt werden kann, um eine richtige Hilfe für das Kind und die Familie zu finden. Dabei muss die Jugendpsychiatrie zur Kenntnis nehmen, dass die Krankheit nicht unbedingt im Mittelpunkt des Geschehens stehen muss.

Gleichzeitig muss die Jugendhilfe - wenn sie einmal am Ende der Kette steht - begreifen, dass sie nicht die Jugendpsychiatrie fordern kann. Die Jugendhilfe schränkt ihre eigenen Handlungsfähigkeiten ein, wenn sie ein Kind psychiatrisiert. Deshalb muss es ihr immer wieder darum gehen, ihre eigene Interaktionsfähigkeit wiederherzustellen. Einen Fall abzuschieben, weil man nicht mehr weiß, wie man mit ihm klar kommen soll, ist immer auch ein Zeichen dafür, dass die Jugendhilfe handlungsunfähig ist und keinen Weg findet, um wieder ihre Erziehungsaufgaben in den Griff zu bekommen. „Behandlung“ ist aber nicht unbedingt angezeigt, wenn Erziehung nicht mehr möglich scheint.

2. Zur Kooperation von Jugendhilfe und Medizin während der frühen Kindheit

Die Zeit „werdender“ Elternschaft und die Geburt eines Kindes sind einschneidende und tiefgreifende Erlebnisse für jeden Menschen und jede Partnerschaft. Sie muss nicht unbedingt mit familiären Krisen und schweren Belastungen für die Kinder ein-

hergehen. Trotz alledem ist es eine Zeit, die neue Kompetenzen von den Vätern und Müttern verlangt.

Für diesen Zeitraum gibt es in der Jugendhilfe nur wenige spezifische Angebote, was auch ein Grund dafür ist, dass sich die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Kinderärzten schwierig gestaltet. Geht eine problematische Familienphase mit Krisen einher - zum Beispiel Arbeitslosigkeit, persönliche Schwierigkeiten der Eltern oder Auseinandersetzungen in der Partnerschaft - ist die Belastung enorm groß. In dieser Krisenzeit ist der Kinder- oder Hausarzt für die Eltern oft der einzige Ansprechpartner. Aus diesem Grunde wäre eine Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Medizin auch über den Einzelfall hinaus notwendig.

2. 1. Zusammenarbeit im Rahmen der Bezirkssozialarbeit

Grundsätzlich wäre es sinnvoll, wenn sich die Bezirkssozialarbeiter zumindest schriftlich bei den Kinder- und Hausärzten in ihrem Bezirk als zuständige Mitarbeiter der Jugendhilfe vorstellen würden. In diesem Schreiben könnten sie auf Angebote der Jugendhilfe aufmerksam machen. In regelmäßigen Abständen sollte immer wieder auf neuere oder spezifische Angebote der Jugendhilfe hingewiesen werden. So hätten die Haus- und Kinderärzte zumindest die notwendigen Informationen, auf die sie im Notfall zurückgreifen können. Der **Vorteil** bestünde auch darin, dass die Jugendhilfe auf ihre Angebote hinweist und Ärzte über die Vielfalt der Angebote Kenntnis erhalten. Es bliebe dann nicht nur auf die Fälle begrenzt, bei denen ein akuter Notstand eintritt und ein Kind vor seinen Eltern geschützt werden muss.

Der **Nachteil** bei dieser Vorgehensweise besteht darin, dass der einzelne Sozialarbeiter nicht weiß, ob sein Schreiben inhaltlich beim Arzt wirklich ankommt. Der Haus- oder Kinderarzt muss sich bei der Vielfalt von Informationen entscheiden, welche Angebote für seinen Arbeitsalltag wichtig sind - und das ist individuell sehr verschieden.

2. 2. Das Programm „Elternschule“

Um den Kreis der betroffenen Eltern zu erreichen, wäre es zweckmäßig, wenn Medizin und Jugendhilfe gemeinsam ein Programm „Elternschule“ aufbauen würden. Dieses könnte solche Themenbereiche wie Geburtsvorbereitung und Schwangerschaft, Stillberatung, Beratung für das 1. Lebensjahr und bestimmte Entwicklungszyklen der Kinder aufgreifen, zum Beispiel die sogenannte Trotzphase, die für viele Eltern immer eine starke Herausforderung darstellt.

Mit einem umfassenden „Programm Elternschule“ für die ersten Lebensjahre der Kinder erhalten Mütter und Väter Unterstützung, Anregung und Hilfestellung für eine ganzheitliche gesunde Entwicklung des Kindes und für das Zusammenleben in der Familie, insbesondere in Belastungs- und Krisensituationen. Das „Programm Elternschule“ ließe sich unter anderem mit den Gesundheitsämtern thematisieren. Klinik-,

Haus- und Kinderärzte könnten im Rahmen eines solchen Programms als Referenten auftreten.

Besondere Angebote, wie zum Beispiel in Berlin-Charlottenburg, Hamburg, Leipzig, Potsdam und München, gibt es in den Jugendämtern für die Altersgruppe der betreffenden Kinder kaum. Das ist auch ein Grund dafür, dass sich die sogenannten Schreimambulanzen immer stärker profilieren.

2. 3. Zusammenarbeit mit Kliniken

Die Zusammenarbeit mit den Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinderheilkunde sowie mit Sozialpädiatrischen Zentren ist aus Sicht der Jugendhilfe zum Teil selbstverständlicher als die Zusammenarbeit mit Haus- und niedergelassenen Kinderärzten. Das lässt sich auch aus Meldungen über Vernachlässigungen beziehungsweise Misshandlungen ersehen; Kliniken melden sich deutlich häufiger beim Sozialen Dienst des Jugendamtes als niedergelassene Haus- oder Kinderärzte. Dies hat natürlich auch etwas mit den Diagnosemöglichkeiten in Kliniken und dem längeren Aufenthalt von Kindern dort zu tun, so dass Kontakte zu den Eltern und der Umgang der Eltern mit den Kindern in die Diagnostik mit einbezogen werden können.

Häufig gibt es darüber hinaus aber keine Absprachen zwischen Klinikum und Jugendhilfe. Wann wer eingeschaltet wird, wie im Einzelfall die gemeinsame Hilfeplanung zu erfolgen hat, wer mit den Eltern Kontakt aufnimmt, wie bei unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich der Angebotsmöglichkeiten der Jugendhilfe und Sozialpädiatrie umzugehen ist, wie eine Rückführung eines Kindes in die Familie erfolgen kann oder sollte - das sind Fragen, die in jedem Einzelfall grundsätzlich neu beantwortet werden müssen.

Häufig wendet sich der zuständige Sozialarbeiter der Klinik an den zuständigen sozialen Dienst; er muss im Einzelfall jedes Mal auch diese Fragen genereller Art beantworten. Auseinandersetzungen und immer wieder die Klärung von offenen Fragen gehören zur Natur der Sache. Es ist deshalb zu empfehlen, sich mit den einzelnen Kliniken in Verbindung zu setzen und im Rahmen eines Aushandlungsprozesses Standards zu erarbeiten, die die Themen und Fragen der gemeinsamen Jugendhilfeplanung beinhalten. Bei diesen Standards ist unbedingt auch zu berücksichtigen, ob grundsätzlich der Soziale Dienst eingeschaltet wird oder ob die Angebote, die freie Träger - beispielsweise Diakonie oder Caritas - der Jugendhilfe unterbreiten, auch einbezogen werden. Es bedarf sicherlich einer Abgrenzung, wann freie Träger als Partner in Frage kommen und wann der Soziale Dienst des Jugendamtes.

2. 4. Gemeinsame Fortbildung von Jugendhilfe und Medizin

Es zeigt sich immer wieder, dass in der Jugendhilfe keine ausreichenden Kenntnisse über die psychosoziale Entwicklung und über Gesundheitsgefährdungen von Kindern

in den ersten drei Lebensjahren vorhanden sind. Aber auch bei Haus- und Kinderärzten mangelt es insbesondere im Bereich der Entwicklungspsychologie an Kenntnissen. Die Sozialanamnese eines Kindes wird oft nur unvollständig erhoben. Es ist daher sinnvoll, sich gemeinsam fortzubilden, um gesundheitliche und psychosoziale Gefährdungen rechtzeitig zu erkennen.

Die Erfahrung zeigt, dass sich die Bereiche Jugendhilfe und Medizin nebeneinander profilieren, wenn es keine Verknüpfungen gibt. Auch bei der Diagnostik offenbart sich immer wieder, dass sich die Medizin von der Jugendhilfe erheblich unterscheidet. Die Medizin orientiert sich an Krankheitsbildern, die Jugendhilfe eher an der Lebenswelt der Betroffenen. Aus diesem Grunde wird es bei einer gemeinsamen Fortbildung für die beteiligten Berufsgruppen schwer sein, die unterschiedlichen Interessen zu berücksichtigen. Insbesondere bei der Medizin wird aufgrund des Status‘ der Ärzte, aber auch aufgrund der unterschiedlichen betrieblichen Zusammenhänge - zum Beispiel Unternehmertum bei Haus- und Kinderärzten - im Gegensatz zu den öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe kein großes Interesse an einer gemeinsamen Fortbildung bestehen.

Es kommt also darauf an - wie in allen anderen Bereichen übrigens auch - das Interesse von Medizinern zu wecken. Oder anders ausgedrückt: Wie kann die Jugendhilfe interessante Angebote für Ärzte machen? Eine gemeinsame Fortbildung ist deshalb nur dann sinnvoll, wenn diese von Anfang an mit Medizinern geplant und organisiert wird.

In vielen Jugendämtern gibt es darüber hinaus spezifische Angebote der Zusammenarbeit. So werden von einigen Jugendämtern regelmäßige Treffen mit niedergelassenen Ärzten organisiert. Dabei zeigt sich aber, dass diese Treffen häufig nur unregelmäßig besucht werden und gemeinsame Themen erst gefunden werden müssen. Für die prozesshafte intensive Diskussion fehlt häufig die Zeit. Gemeinsame Diskussionen machen also nur Sinn, wenn ein beide Seiten interessierendes Thema vorliegt.

Jugendhilfe setzt Ärzte zur Diagnostik ein - Ärzte setzen Jugendhilfe ein, damit „etwas“ geschieht

DR. CHARLOTTE GERSBACHER

*Stellvertretende Leiterin des Jugendamtes
der Landeshauptstadt Magdeburg, und*

DR. ANNELI NEWILL

Kinder- und Jugendärztin

im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

1. Die Gesprächspartner in der Arbeitsgruppe 2 diskutierten schwerpunktmäßig über strukturierte multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Ärzten, wenn es darum geht, Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit rechtzeitig zu erkennen und abzuwenden. Die frühe Kindheit ist eine wesentliche Startbedingung für die Lebensweltgestaltung des Menschen. Präventionsstrategien, die sich insbesondere auf psychosoziale Bedingungen des Säuglings- und Kleinkindalters konzentrieren und sich so auf entwicklungsfördernde Rahmenbedingungen ausrichten, sind eine wichtige Grundvoraussetzung für ein gesundes Aufwachsen der Kinder. Ressourcenorientierte Prävention setzt multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Fachinstitutionen voraus, deren Tätigkeit das Kindeswohl tangiert. Ressourcenorientierung bedeutet insbesondere die Stärkung und Qualifizierung des Elterngrundrechts auf Erziehung der Kinder in der Familie (Artikel 6 Grundgesetz).
2. Ist in der frühen Kindheit die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Säuglinge und Kleinkinder nicht garantiert, ist das Kindeswohl besonders schnell und nachhaltig gefährdet. Neben regelhaften Präventionsangeboten an Eltern muss auch ein besonderer Blick auf die Verdichtung des Vorsorgenetzes zur Unterstützung der Säuglings- und Kleinkindpflege gerichtet werden. Dabei spielt die aufsuchende Gesundheitsfürsorge eine besonders wichtige Rolle, wenn Eltern nicht von sich aus die Beratungs- und Vorsorgeangebote in Anspruch nehmen.
3. Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen bedeutet das Einbringen der eigenen Fachlichkeit, das Deutlichmachen eigener Rechtsgrundlagen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Fähigkeiten, fachlicher Standards und Grenzen. Durch dieses Zusammenwirken erhöhen sich die Komplexität und Effektivität der Hilfeangebote.
4. Die Verbesserung der professionellen Kommunikation beruht vor allem auf persönlichen Kontakten und Absprachen. Geeignet sind dazu Kontaktbörsen, wo verschiedene Sichtweisen über Bedarf und Realisierung von Hilfssettings diskutiert werden.
5. Präventive Strategien sind erfolgreich, wenn sie den Anspruch auf Multiprofessionalität erfüllen und kleinräumig entwickelt werden. Alle Dienste, Einrichtungen und Berufsgruppen, die von Familien mit Kleinstkindern in Anspruch genommen werden, sollten zur Zusammenarbeit angeregt und motiviert werden.

6. Die stadtteilbezogene Kleinräumigkeit von Kontaktbörsen oder Informationstreffen multiprofessioneller Teams sind gut erprobt und in der gemeinsamen präventiven Arbeit erfolgreicher als Einzelaktionen (Bremen). Die Zusammenarbeit zwischen der Kinderärztin des Gesundheitsamtes und dem Jugendamt - Hausbesuche und gegenseitige Verständigung - wirkt bei der Gesundheitsförderung der kleinen Kinder ebenfalls unterstützend (Ludwigslust). In Leipzig bietet das Institut für Entwicklungspsychologie der Universität eine Beratung für Eltern mit Babies und Kleinkindern an, wobei auch Kontakte zu anderen sozialen Diensten gepflegt werden. In der Sozialpädiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Düsseldorf werden Beratung und Betreuung in den Familien durch speziell ausgebildete Kinderkrankenschwestern bei regelmäßigen Hausbesuchen in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt sowie mit dem kinderärztlichen und kinderpsychologischen Dienst des Gesundheitsamtes praktiziert.

Durch solche Beispiele erfolgreicher Kooperation wird es frühzeitig möglich, den individuellen Hilfebedarf zu erkennen sowie Möglichkeiten der Stärkung der elterlichen Kompetenz transparent zu machen und weiterzuentwickeln. Für die Kinder können dadurch auch rechtzeitig Fördermaßnahmen oder spezielle Therapien eingeleitet werden.

7. Zusammenarbeit im Einzelfall, zwischen den Experten, die die Familien in problematischen Lebenssituationen begleiten, muss darauf gerichtet sein, Verantwortlichkeiten zu klären sowie notwendige Hilfen abzusprechen und festzulegen. In besonderen Fällen werden Verbindlichkeiten festgelegt und dokumentiert.
8. Die Einbeziehung der betroffenen Eltern als fachlicher Standard und die Transparenz der einzelnen Arbeitsschritte erhöhen die Akzeptanz und die Wahrscheinlichkeit des „Sich-Einlassens“ auf Hilfeangebote. Das ist zugleich eine Grundvoraussetzung für die Gewährleistung des Datenschutzes. Jede multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert allerdings einen besonderen Zeitaufwand der Beteiligten. Diese zusätzlichen Kommunikationsarrangements mit anderen Berufsgruppen können ärztlicherseits aus Zeitmangel nur bedingt wahrgenommen werden. Außerdem begrenzt die ärztliche Schweigepflicht die aktive Mitarbeit des Arztes, wenn keine spezielle Einwilligung der Eltern vorliegt. Das Einverständnis der Eltern bedeutet dann auch Akzeptanz von Hilfeangeboten, die freie Träger beziehungsweise der öffentliche Träger der Jugendhilfe oder das Gesundheitsamt anbieten.
9. Das staatliche Wächteramt der Jugendhilfe kann nicht losgelöst vom Elternrecht betrachtet werden. Unter der Voraussetzung, dass Eltern das Kindeswohl per se am meisten am Herzen liegt, richtet sich das allgemeine Gebot der Pflege und Erziehung der Kinder in erster Linie an die Eltern. Mittelpunkt aller Betrachtungen bei der Ausübung des staatlichen Wächteramtes ist dennoch das Kindeswohl, das sich am entsprechenden Schutzbedürfnis des Kindes orientiert. Jeder staatliche Eingriff muss geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein; dieser ist vom Grad der Kindeswohlgefährdung abhängig.

10. Datenschutz und Schweigepflicht dürfen nicht so ausgelegt werden, dass eine Kindeswohlgefährdung nicht erkannt und demzufolge falsch reagiert wird. Die Beachtung des Prinzips „Hilfe vor Eingriff“ unter der Bedingung des Vorrangs des Kindeswohls setzt eine Diskussion und Rechtsgüterabwägung der Fachkräfte voraus. Der Eingriff in das Elternrecht ist grundsätzlich den Gerichten vorbehalten. Bei der Prüfung, ob eine entsprechende Anrufung des Gerichtes durch das Jugendamt als dafür verantwortliche Behörde notwendig ist, werden die Eltern sowie das Umfeld des Kindes einbezogen. Auch einer Strafanzeige sollen stets Prüfungen vorausgehen, ob eine Kindeswohlgefährdung nicht mit anderen Mitteln und Hilfen zu beenden ist (Fallmanagement).
11. Um dem Schutz personenbezogener Daten zu genügen, sind eine Schweigepflichtsentbindung und - damit verbunden - konkrete Absprachen über Inhalt und Umfang der abzugebenden Daten mit den Betroffenen schriftlich zu vereinbaren. Bei den abzugebenden Daten muss der Maßstab der Geeignetheit, der Erforderlichkeit sowie der Verhältnismäßigkeit eingehalten werden.
12. Ohne Schweigepflichtsentbindung können Informationen weitergegeben werden, wenn ein „rechtfertigender Notstand“ nach § 34 StGB vorliegt und so eine Gefahr abzuwenden ist. Nach einer Rechtsgüterabwägung sollten Schritte und Gründe genau dokumentiert werden.

Grenzüberschreitendes Handeln - Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht bei Hilfeverweigerung

DETLEF KEMNA

*Leiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes
des Jugendamtes der Stadt Frankfurt/Oder, und*

DAGMAR FREUDENBERG

*Staatsanwältin, Leiterin eines Sonderdezernates
„Sexuelle Gewalt“ der Staatsanwaltschaft Göttingen*

1. Datenschutz und Schweigepflicht - besonders in schwierigen Fällen Voraussetzung für qualifiziertes Handeln

Sozialarbeiter werden im täglichen Arbeitsablauf mit sehr vielen Daten ihrer Klienten vertraut gemacht. Zwar wird der Datenschutz oft noch als umfassende Pflicht der Verschwiegenheit interpretiert, im Vordergrund sollten jedoch die Interessen und Beweggründe der Klienten und der durch sie übermittelten Daten und die durch das Gesetz und die seitens der jeweiligen Profession entwickelten Prinzipien stehen. Für den Betroffenen muss erkennbar sein, was mit seinen Mitteilungen geschieht, wer sie bekommt, was daraus entstehen kann und welche Informationen nicht weitergegeben werden.

Dies bedeutet jedoch in erster Linie offenen, klaren Umgang mit den Klienten im Rahmen der gesetzlichen Zielvorgaben. Dabei sind die Klienten sehr ernst zu nehmen; sie dürfen nicht bevormundet werden. Andererseits kann im Einzelfall ein Widerspruch zwischen den einzelnen beteiligten Klienten entstehen, der nach Abwägung der beteiligten Interessen in der Entscheidung im Ergebnis zugunsten der einen beteiligten Klientel und zugleich zu Lasten der anderen beteiligten Klientel wirkt.

Dies ist sehr häufig bei Sachverhalten der Fall, bei denen auf der einen Seite als Klient das Kind oder der Jugendliche mit seinem gesetzlich verbrieften Recht auf ungestörte Entwicklung und Förderung, auf der anderen Seite aber als zunächst gleichwertiger Klient die Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten mit ihren vermeintlich richtigen Einstellungen und gesetzlich verbrieften Elternrechten stehen.

Bei den Sozialarbeitern setzt dies Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion der Tätigkeit und des Verhaltens, Flexibilität und hohe Belastbarkeit, aber auch ein hohes Maß an Konfliktfähigkeit, Souveränität und Fähigkeit zur Abgrenzung voraus. Darüber hinaus spielt neben organisatorischen Fähigkeiten und der Entscheidungsbereitschaft die Kooperationsfähigkeit mit anderen Professionen eine entscheidende Rolle. Soziale Arbeit macht Kooperation im Sinne einer planmäßigen Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Professionen und im Sinne umfassender Problemlösungen notwendig. Qualifiziertes Handeln nach diesen Vorgaben ermöglicht es, Probleme zu lösen, die im Lebensumfeld von Betroffenen auftreten.

2. Abgrenzung der Verantwortung der Professionen

Entscheidend ist, was bei der Weitergabe von Daten und bei der Kommunikation darüber intern und extern erreicht werden soll. Jede Profession entwickelt für sich ein Selbstverständnis zu Problemen, ihren Lösungen und Hilfen, aber auch von den - gegebenenfalls gesetzlichen - Grenzen der gegebenen Möglichkeiten. Die eigene Verantwortlichkeit des Sozialarbeiters wird wahrgenommen, jedoch bei der Erreichung der selbst festgelegten Grenzen bei Gefährdung des Kindeswohls im Zweifelsfall an den Allgemeinen Sozialdienst weitergegeben. Sozialarbeiter lassen sich durch die öffentliche Erwartungshaltung verantwortlich machen, ohne für sich eine Abgrenzung in Bezug auf ihre gesetzlichen und tatsächlichen Möglichkeiten zu akzeptieren.

Die Jugendhilfe hat die Aufgabe, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen sowie dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu schaffen. Dabei ist Jugendhilfe auf Gesellschaft, Politik sowie andere Institutionen angewiesen; sie muss - wenn nötig - deren Engagement einfordern.

Im Falle einer Kindeswohlgefährdung sind sehr oft andere Professionen mit gefordert. Mediziner und die Justiz sind in diesem Falle sehr oft Mitbeteiligte; eine kollegiale Zusammenarbeit ist unbedingt erforderlich. Es kommt darauf an, sich gegenseitig zu unterstützen und Verantwortlichkeiten zu prüfen. Dabei sind zum Beispiel durch regelmäßige Beratungen der beteiligten Fachkräfte der verschiedenen Professionen die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen zu besprechen und die erwartete Allzuständigkeit von Sozialarbeit in der Kommune zu diskutieren.

3. Qualitätsstandards für den Umgang mit Informationen

Eine Aufgabe der erwähnten Beratungen sollte die Entwicklung von Qualitätsstandards sein, um die konkreten Kriterien des Datenaustausches festzulegen. Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen zum Datenschutz für die soziale Arbeit befinden sich

- im Bundesdatenschutzgesetz mit konkreten Hinweisen auf die SGB-Bestimmungen,
- im SGB I, § 35 , SGB X, §§ 67 ff. sowie im SGB VIII, §§ 61 ff. und § 65,
- im Strafgesetzbuch § 203 Absatz 1.

Unter Berücksichtigung der dort festgelegten Vorschriften können die Beteiligten - vor allem Medizin, Justiz, öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe - über Möglichkeiten von Information und Kommunikation diskutieren und beraten.

Zeitlich war es der Arbeitsgruppe nicht möglich, Qualitätskriterien zu entwickeln. Es macht auch nur Sinn, jeweils regional über solche Kriterien zu beraten und die gegen-

seitigen „Befindlichkeiten“ zu besprechen sowie damit eine einheitliche Auffassung und Arbeitsgrundlage zu schaffen.

Der Kostendruck wie auch die Arbeitsintensität, die alle gleichermaßen belasten, dürfen nicht dazu führen, dass die Kommunikationswege noch länger werden. Die unterschiedlichen Fachsprachen sind eine weitere Gefahr dafür, dass sich die Fachleute nicht mehr verstehen und die Kommunikation schwieriger wird. Wenn beispielsweise die Folge darin besteht, dass die Hilfepläne vor Fachtermini nur so strotzen und der Betroffene, aber auch andere Professionen, überhaupt nicht mehr wissen, was „über“ den Betroffenen festgelegt wurde, wird das eigentliche Ziel verfehlt.

4. Jugendhilfe hat ein breites Methodenspektrum und unterstützt andere Professionen bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung

Jugendhilfe entwickelt immer mehr sozialraumorientierte Ansätze. Dies bedeutet, dass sich Sozialarbeit nicht nur für Einzelfälle, sondern auch für spezielle Gruppen und formelle Organisationen interessiert. Zu den Arbeitsschwerpunkten gehören

- Sozialarbeit mit Einzelpersonen/Familien,
- soziale Gruppenarbeit,
- Gemeinwesenarbeit/Sozialraumorientierung,
- Sozialverwaltung und Sozialplanung,
- Erforschung sozialer Arbeit.

Es geht neben der Bearbeitung von Einzelfallproblemen also darum, welche sozialen Ressourcen im kleinsten regionalen Raum existieren und wie sie aktiviert werden können. Eine wichtige Ressource sind dabei lokale Hilfeinstanzen wie etwa freie Träger der Jugendhilfe, Arbeitgeber, Mediziner, Nachbarn, örtliche Vereine usw., mit denen man Maßnahmen absprechen kann.

In diesem sozialen Netzwerk spielt der Sozialarbeiter eine herausragende Rolle; er ist für die Koordination und die Entwicklung (Moderation) zuständig. Dabei macht er ständig neue Erfahrungen mit Menschen und Institutionen - mit dem Ziel, untereinander Kontakt zu halten und gemeinsam Probleme zu bewältigen. Dieser „Tanz auf vielen Hochzeiten“ - und das ist durchaus positiv gemeint - prädestiniert ihn dazu, andere zu unterstützen und seine Erfahrungen weiterzugeben.

Vernetzung im Stadtteil bedeutet konsequenten Identitätsbezug im Alltag. Vernetzung ermöglicht zugleich dem Sozialarbeiter, Hilfen im Rahmen der Kenntnisse des Sozialraumes anzubieten und durch die Kontakte zu den Professionen und Professionellen Arrangements für die Menschen zu treffen.

Einige **Praxisbeispiele** verdeutlichen, bei welchen Konstellationen der örtlich zuständige Sozialarbeiter moderieren und koordinieren muss:

- Ein Tankstellenpächter beschäftigt jemanden schwarz, um seine Außenanlagen zu pflegen, weil er nicht weiß, dass er vielleicht eine ABM-Stelle beantragen könnte.
- Ein Kinderarzt stellt eine Kindeswohlgefährdung fest und gibt seine Erkenntnisse aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht an das Jugendamt weiter oder tritt nicht an das Familiengericht heran, weil er nicht weiß, was dann passiert.
- Eine Erzieherin im Kindergarten stellt bei einem Kind eine Unterernährung fest; sie kennt ihre Rolle in dieser Situation nicht und hat Angst, mit den Eltern darüber zu reden.

Voraussetzung für eine koordinierende und moderierende Tätigkeit des Sozialarbeiters ist, dass im kleinen regionalen Rahmen die Kompetenzen der Sozialarbeiter bekannt sind und sich die Menschen deshalb vertrauensvoll an ihn wenden können. Was in diesem Zusammenhang die Weitergabe der erlangten Daten anbelangt, so muss der Sozialarbeiter die Interessen der jeweils Betroffenen sorgfältig gegeneinander unter Berücksichtigung seines gesetzlichen Auftrags abwägen.

5. Zusammenarbeit zwischen Familiengerichten und Jugendamt

Nach § 50 SGB VIII ist es dem Jugendamt überlassen, wie es seinen Mitwirkungsaufgaben nachkommt. Die Sozialarbeiter haben dabei einen großen Interpretations- und Entscheidungsspielraum; sie unterliegen keinen gerichtlichen Weisungen und sind keine Erfüllungshelfer der Familiengerichte. Unter sozialpädagogischen Gesichtspunkten ist es aber durchaus denkbar, die Gerichte früher einzubeziehen und deren Rat einzuholen.

Bei einem vergeblichen Versuch, bestimmten Eltern die Verantwortung für das Wohl ihrer Kinder klar zu machen, kann zum Beispiel eine mit dem Familiengericht besprochene Anhörung dazu beitragen, eine Veränderung herbeizuführen. Ebenso ist vorstellbar, dass bei nicht ausreichender Mitwirkung der Klienten mit dem Familiengericht konkrete Maßnahmen vereinbart werden, die als Auflagen des Gerichtes auch durchsetzbar sind. Das setzt eine gute Zusammenarbeit mit dem Familienbeziehungsweise Vormundschaftsgericht, unter Umständen auch mit den Strafverfolgungsbehörden voraus. Gespräche über das jeweilige Selbstverständnis der gegenseitigen Aufgaben sind dafür eine unabdingbare Voraussetzung. Das kann nicht nur durch Gesetze geregelt werden, sondern ist jeweils konkret unter Beachtung des gegenseitigen Respekts zu verwirklichen.

6. Fazit

Es bleibt trotz allem ein Entscheidungs- und Handlungsspielraum für Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, der unter Ausreizung aller Möglichkeiten die Gewähr dafür bietet, unter Einhaltung gesetzlicher Vorschriften und gleichzeitig der kreativen Maximalausreizung der Vorgaben den Datenschutz auch zum Schutz der Menschen zu gebrauchen.

Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns¹

IRENE JOHNS

Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Kiel

Vorbemerkungen

In der Arbeitsgruppe 4 ging es darum, die Grenzen und Möglichkeiten des medizinischen Bereiches sowie der Kinder- und Jugendhilfe auszuloten, um die Schwierigkeiten, falschen Erwartungen, aber auch die Chancen für eine Kooperation klarer in den Blick zu bekommen.

Uns war bewusst, dass die Kinder- und Jugendhilfe nicht beschränkt werden kann auf sozialarbeiterisches, der medizinische Bereich nicht auf ärztliches Handeln. Sowohl die Kinder- und Jugendhilfe als auch der medizinische Bereich haben viele Facetten und vereinen verschiedene Professionen und Fachbereiche. So sind im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Erzieher, Psychologen etc. tätig; im medizinischen Bereich Ärzte, Psychologen, Hebammen, Krankenschwestern etc., das heißt, in beiden Bereichen wird multiprofessionell gearbeitet, auf der einen Seite aber in einem medizinischen Kontext, der in den Rahmen der Krankenversorgung eingegliedert ist, und auf der anderen Seite im Kontext der psychosozialen Versorgung, die durch die subsidiäre Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe - die sich im Rahmen einer politisch kontrollierten Administration bewegt - und verschiedenen Jugendhilfeangeboten in freier Trägerschaft gekennzeichnet ist.

Um zu einer guten Zusammenarbeit zu finden, scheint mir noch manches klärungsbedürftig zu sein. Dieser Prozess benötigt Zeit, um zu der Überzeugung zu gelangen, dass Kooperation für Kinder und Eltern sinnvoll und für uns Fachleute effektiv ist, und um eine grundsätzliche Bereitschaft zu wecken, sich ohne allzu große Empfindlichkeiten oder Vorurteile in den jeweils anderen Bereich einzudenken und diesen verstehen zu wollen. Dieser Beitrag ist aus der Sicht der Jugendhilfe geschrieben; er müsste aber trotz allen Bemühens, beide Perspektiven zu berücksichtigen, um einen Text aus Sicht des medizinischen Bereiches ergänzt werden.

Über die Bedeutung der Kooperation in der Phase der frühen Kindheit

Im Sinne eines zeitgemäßen Kinderschutzes und einer effektiven Prävention sind sogenannte frühe Hilfen für Kinder und Eltern, das heißt eine Früherkennung von Fehlentwicklungen und Störungen sowie gezielte Hilfen bereits in der frühen Kindheit un-

¹ Irene Johns und Runheide Schultz, beide Moderatorinnen der Diskussion in der Arbeitsgruppe 4, vertreten differenzierte Positionen zu dem Thema. Deshalb werden in dieser Dokumentation zwei Beiträge zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns“ veröffentlicht.

erlässlich. Die Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik machen deutlich, dass Jugendhilfe Kinder und ihre Familien mit ihren Unterstützungsangeboten meist erst erreicht, wenn die Kinder im Kindertagesstättenalter sind. Die frühe Kindheit gerät erst langsam in den Blick der Jugendhilfe.

Der medizinische Bereich dagegen hat gerade mit Kindern in den ersten Lebensjahren sehr viel zu tun und befasst sich intensiv mit dieser Entwicklungsphase. Zunächst haben durchweg alle Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern Kontakt zu Kinderärzten. Sie sind in der Zeit der frühen Kindheit häufig ihre einzigen professionellen Ansprechpartner, wenn sie Probleme mit ihrem Kind haben. Eltern nehmen beim Kinderarzt oder der Kinderärztin die Vorsorgeuntersuchungen mit ihrem Kind wahr. Zumindest die ersten sieben der neun vorgesehenen Untersuchungen werden von den meisten Eltern für ihre Kinder in Anspruch genommen. Eltern gehen zum niedergelassenen Kinderarzt oder in die Kinderklinik, wenn sie über die Entwicklung ihres Kindes beunruhigt sind oder wenn der Säugling ihnen „Probleme macht“, das heißt, häufig exzessiv schreit, nicht ein- oder durchschläft, nicht essen will oder anderes mehr. Damit haben Kinderärzte auch den Zugang zu Familien, die sehr belastet sind, und sie haben damit die grundsätzliche Möglichkeit, eine Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung und Entwicklungsdefizite frühzeitig zu erkennen und eine Intervention einzuleiten.

Hier liegt eine der Nahtstellen zwischen medizinischem und sozialarbeiterischem Handeln, an der sehr deutlich wird, dass eine Zusammenarbeit eigentlich unverzichtbar ist. **Bislang sind Kooperationsstrukturen jedoch unzureichend entwickelt. Während über den Bereich der Intervention und damit über Hilfe im Einzelfall aber zumindest nachgedacht wird und sie auch punktuell stattfindet, ist die Prävention bisher kaum ein Kooperationsthema zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe.**

Um zu verstehen, was die Kooperation behindert und was sie verbessern könnte, müssen die Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns deutlich sein. Dabei geht es nicht zuletzt darum, den gravierenden Informationsmangel über Aufgaben und Rahmenbedingungen des jeweils anderen Bereiches abzubauen, der zu Missverständnissen und falschen Erwartungen führt.

Unterschiedliche Aufträge prägen das Selbstverständnis

Der Auftrag, die Zuständigkeit und damit das Selbstverständnis des medizinischen und des Kinder- und Jugendhilfebereiches sind unterschiedlich.

Der Auftrag der Jugendhilfe wird im § 1 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) umschrieben. Die Jugendhilfe soll junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Sie soll Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beratend unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und da-

zu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. **Die Jugendhilfe zeigt damit eine sehr breit angelegte Zuständigkeit. Zudem ist die öffentliche Jugendhilfe gehalten, gleichzeitig allen Beteiligten Hilfe und Beziehung anzubieten und bei Gefährdung des Kindeswohls zu intervenieren.**

Es geht also insbesondere um **Empowerment**, vor allem darum, Selbsthilfekräfte von Eltern und Kindern zu mobilisieren, und es geht um die Veränderung psychosozialer Notstände. Zugleich geht es um Risikofaktoren sowie um die Frage des Kinderschutzes, der seinen Ausgang in gesellschaftlichen Normen nimmt. Für den Partner aus dem medizinischen Bereich wird durch diese allgemeinen Aussagen das Bild eher diffus. Er weiß mit dieser Beschreibung des Auftrages manchmal nicht so recht, wo und wann die Jugendhilfe etwas macht, was sie macht oder wo ihre Grenzen liegen.

Der medizinische Bereich hat eine recht klar definierte Zuständigkeit. Der Arzt hat den Auftrag, sich um Krankheit und Gesundheit zu kümmern. Er ist am Individuum orientiert, stellt eine Krankheitsdiagnose und leitet eine Intervention mit dem Ziel der Heilung ein. Für den Jugendhilfepartner erscheint das Selbstverständnis eher kärglich. Er vermisst im medizinischen Selbstverständnis zum Beispiel den Ansatz, auf die Gestaltung von Lebensbedingungen von Kindern und Eltern einwirken zu wollen und damit beizutragen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Kinder in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern.

Sehr deutlich werden die Unterschiede, wenn es um Gewalterfahrung von Kindern geht. Entsprechend seines Auftrages befasst sich der Arzt mit der Schädigung beim einzelnen Kind. Mit Gewalterfahrungen befasst er sich erst dann, wenn ein Symptom beim Kind feststellbar ist. Der Sozialarbeiter befasst sich dagegen mehr mit der Situation, in der das Kind lebt, mit seinen Lebensbedingungen und der Qualität der Beziehungen. Die Symptome eines Kindes begreift der Sozialarbeiter entsprechend seines Auftrages nur als einen Hinweis unter anderen.

Bei diesem unterschiedlichen Blickwinkel spielt eine wesentliche Rolle, dass sich auch die Erklärungsmodelle unterscheiden, die Grundlage des Handelns sind. Auf der einen Seite haben wir es mit dem medizinischen Modell zur Erklärung von Krankheit oder Symptomen zu tun und auf der Seite der psychosozialen Dienste eher mit pädagogischen oder soziologischen Erklärungsansätzen zur Entstehung bestimmter Problemlagen, beispielsweise des Phänomens der Gewalt gegen Kinder.

Wer hat welche Kompetenzen?

Der unterschiedliche Auftrag bedingt auch Unterschiede in den Kompetenzen. Die besondere Kompetenz von Kinderärzten liegt im Bereich der Kindergesundheit und damit auch bei solchen Aspekten wie kindliche Entwicklung, Gedeihen, Wachstum, Behinderung, Auswirkungen chronischer Erkrankungen, gesundheitliche Risiken. Ärztliches Handeln ist meist auf das Individuum bezogen.

Die Kompetenz der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen liegt dagegen im Bereich von Beziehungsgestaltung und Hilfeprozessen und damit bei solchen Aspekten wie Erziehung, Kinderschutz, Lebensbedingungen von Kindern und Familien, Beziehungsdynamiken und Störungen, Partizipation, psychosoziale Risiken, Hilfezugänge. Grob vereinfacht gesagt, bedeutet das: Während sich der Kinderarzt mit Gewalterfahrungen von Kindern erst dann befasst, wenn eine Schädigung oder Verletzung beim Kind sichtbar ist, und Risikokinder nur unzureichend erfasst, ist sozialarbeiterisches Handeln bereits auf potenzielle Gefährdungssituationen orientiert, die zu Beeinträchtigungen und Schädigungen des Kindes führen können. Entsprechend unterschiedlich sind die Interventionen.

Gleichzeitig werden damit auch die Grenzen deutlich: Während ein Sozialarbeiter es in seiner Ausbildung nicht gelernt hat, wieviel ein Kind in welchem Alter wiegen muss - ein Aspekt, der im Bereich der Kindesvernachlässigung existenzielle Bedeutung hat -, ist in der Ausbildung des Kinderarztes in nur sehr geringem Umfang vorgesehen, Kenntnisse über die Dynamik der Arzt-/Patientenbeziehung zu erwerben. Das ist aber ein Aspekt, der gerade im Kontakt mit misshandelnden Eltern und dem misshandelten Kind von elementarer Bedeutung ist.

Freiwilligkeit versus Kontrolle oder: Wer hat welchen Zugang zu Familien?

Eltern suchen den Kinderarzt auf eigene Initiative auf. Die Behandlung des Kindes setzt stellvertretend für die Kinder die Freiwilligkeit und Einwilligungsfähigkeit der Eltern voraus. Kontrollierende Betreuung und Versorgung sowie eingreifendes Handeln gibt es seitens des Arztes zunächst nicht. Lediglich im öffentlichen Gesundheitswesen sind auch bei der Ärztetätigkeit gewisse kontrollierende Funktionen mit enthalten. Aber in Deutschland gibt es kein öffentliches System im Bereich des Gesundheitswesens, das - wie in anderen europäischen Ländern - vorsieht, Krankenschwestern oder Hebammen in die Familien zu schicken. Diese Freiwilligkeit sowie das hohe gesellschaftliche Prestige von Ärzten und das Vertrauen, das ihnen entgegengebracht wird, ermöglicht es ihnen, leicht Zugang zu vielen Familien zu bekommen - auch zu Familien, die die Jugendhilfe mit ihrem Angebot zunächst nicht erreicht.

Aber auch der Sozialarbeiter hat heute - was Ärzte häufig genug nicht wissen - aufgrund der Hilfeorientierung der Jugendhilfe die Vorgabe der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Hilfen und kann ein Kind nicht einfach aus einer Familie nehmen. Selbst bei Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung gibt es keinen Automatismus bei der Herausnahme mehr. Die Kinder- und Jugendhilfe steht bei der Sicherung des Kindeswohls in schwierigen Fällen immer vor dem Problem der Risikoabwägung zwischen dem Eingriff zum Schutz des Kindes, der aber wichtige Bindungen des Kindes abschneidet und die Hilfebeziehung zur Familie in Frage stellt, oder dem Erhalt des Beziehungssystems, in dem das Kind aber geschädigt werden könnte.

Das Spannungsfeld, in dem sich die Jugendhilfe - wegen ihres besonderen gesetzlichen Auftrages vor allem die öffentliche Jugendhilfe - bewegt, liegt zwischen dem

Schutz, dem Respekt und der Achtung vor der elterlichen Erziehungsverantwortung und dem Schutz des Kindes vor Gefahren für sein Wohl (§ 1 SGB VIII). Das Problem besteht darin, dass es für derartige Situationen keinerlei objektive Kriterien gibt. Es geht vielmehr um ein Abwägen des fachlichen Handelns, bei dem auf der einen Seite abgeschätzt werden muss, ob die Eltern in einem vertretbaren Zeitrahmen und in einem für das Wohl ihres Kindes erforderlichen Maße Ressourcen entwickeln und Verantwortung übernehmen können. Auf der anderen Seite ist immer wieder neu abzuklären, ob und wann eine Gefährdungssituation für das Kind entstanden ist, die eine Herausnahme aus der Familie zwingend erforderlich macht.

Grundsätzlich gilt in der Jugendhilfe die Vorrangigkeit der Hilfeorientierung, das heißt allerdings nicht, dass Jugendämter nicht kontrollierend tätig werden können. Unter der Voraussetzung, dass das Einverständnis der Beteiligten gegeben ist, müssen von Jugendämtern lebenspraktische und soziale Hilfen auch kontrolliert werden. Dafür werden zwischen Sozialarbeitern, Eltern und Kind klare Absprachen getroffen und Konsequenzen vereinbart, die bei Nichteinhaltung der Absprachen eintreten.

Die Hilfeorientierung hat ihre Grenzen erst dort, wo das Einverständnis der Beteiligten nicht vorliegt und Eltern trotz nachhaltiger Bemühungen der Kinder- und Jugendhilfe Hilfe für ihr Kind und sich selbst ablehnen, obwohl die Problemlage für das Kind gravierend ist. Im Falle einer Gefährdung durch die Eltern selbst - wie bei Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch - ist ein kleines Kind besonders darauf angewiesen, dass andere Menschen aus seinem Umfeld (Kindergarten, Schule oder Kinderarzt) die Notlage erkennen und gemeinsam mit der Jugendhilfe reagieren. Falls die Zusammenarbeit mit den Eltern nicht erreicht wird, kann dann ein Vormundschaftsgericht auch gegen den Willen der Eltern über die Unterbringung des Kindes entscheiden.

Unterschiede in der konkreten Arbeitssituation

Der Kinderarzt kennt häufig schon die ganze Familie, genießt ihr Vertrauen und hat im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen die grundsätzliche Möglichkeit zur Früherkennung von Fehlentwicklungen. Er sieht allerdings am Tag rund 40 bis 50 verschiedene Kinder mit ihren Müttern und manchmal auch Vätern, so dass die Möglichkeiten der Früherkennung rein zeitlich relativiert werden. Die meisten Kinderärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, so dass ihnen die Möglichkeit zum spontanen kollegialen Austausch und einer Vertretung für Termine während der üblichen Praxiszeiten fehlt.

Telefonate mit sozialen Diensten sowie eine Mitwirkung an Hilfeplanung und Hilfeprozessen wird von den Kassen nicht vergütet. Das bedeutet für den niedergelassenen Kinderarzt, dass er diese Tätigkeit nur umsonst und in seiner Freizeit tun kann. Dieses setzt ein sehr hohes Engagement und - da niedergelassene Kinderärzte selbstständig tätig sind - auch die wirtschaftliche Möglichkeit sowie die Bereitschaft voraus.

Der Sozialarbeiter kann, er muss nicht zuletzt aufgrund der Kooperationsverpflichtung der Jugendhilfe durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz im Rahmen seiner Dienstzeit die Zusammenarbeit suchen. In der Zusammenarbeit mit den Eltern hat die Jugendhilfe allerdings gegenüber den Kinderärzten den Nachteil, dass sie grundsätzlich ein schlechteres Prestige hat und dass die Eltern ein geringeres Vertrauen in sie setzen.

Sozialarbeiter haben die fachliche Verantwortung für eine qualifizierte Prognoseentscheidung bei der Antwort auf die Frage, in welchem Maße das Wohl eines Kindes gefährdet ist. Um diese Arbeit verantwortlich tun zu können, brauchen sie entsprechende Rahmenbedingungen. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese Bedingungen in Jugendämtern und/oder Allgemeinen Sozialen Diensten oft nicht gegeben sind. **Aufgrund des zunehmenden Problemdrucks in den einzelnen Familien und steigender Fallzahlen wird die Zeit für die Hilfeprozesse immer knapper. Neben der Tatsache, dass hinreichend verlässliche Kriterien für eine Risikoabwägung fehlen, sind die Möglichkeiten für Supervision und kollegiale Beratung nicht immer ausreichend.**

Schlussbemerkungen

Deutliche Unterschiede in der beruflichen Sozialisation, der gesellschaftlichen Stellung und den Voraussetzungen, Kooperation zu leisten, erschweren einerseits die Zusammenarbeit. Gerade diese Unterschiede öffnen andererseits aber auch neue Möglichkeiten fachlichen Handelns.

Viele Kooperationsprobleme werden gegenwärtig in unverbindlichen Absprachen, fehlenden Standards der Kooperation, insbesondere fehlenden gemeinsamen Standards, unterschiedlichen Begrifflichkeiten, unterschiedlichen Blickwinkeln der Institutionen und der Professionen gesehen. **Der Blick auf die Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns schafft zumindest mehr Verständnis für den jeweils anderen Bereich. Der Blick verdeutlicht, wo Schwierigkeiten nicht vermeidbar sind und an welchen Stellen schon jetzt eine Verbesserung der Kooperation möglich wäre.** Wir können uns auf Begrifflichkeiten einigen, Standards für eine Zusammenarbeit setzen sowie die unterschiedlichen Blickwinkel und Kompetenzen deutlich werden lassen und konstruktiv einsetzen.

Über die einzelfallbezogene Kooperation hinaus ist gerade für den Bereich der frühen Hilfen zu klären, welche gemeinsamen Projekte im Bereich der Prävention oder der Intervention sinnvoll und möglich sind. Neben einer Vernetzung vor Ort wird auch eine Kooperation auf Landesebene empfohlen, die sich mit den vorhandenen Strukturen, den Möglichkeiten der Weiterentwicklung von Hilfen und der Anregung von Kooperationsprojekten befassen kann.

Die dringendsten Probleme ergeben sich sicherlich aus der Verknüpfung von sozialen und gesundheitlichen Risiken. Gerade dabei muss gemeinsam über adäquate Zugänge und über eine bessere Vernetzung der gesundheitlichen und psychosozialen Dienste diskutiert werden.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): 10. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland, Bonn (1998), Bundestagsdrucksache 13/11368

Fegert, Jörg M.: Die Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Integration seelisch behinderter Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Kindperspektive, In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Materialien im 10. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 4., München: DJI-Verlag (1999)

Schone, Reinhold/Gintzel, Ullrich/Jordan, Erwin/Kalscheuer, Mareile/Münder, Johannes: Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster: Votum (1997)

Thyen, Ute: Fachliche Probleme von Kinderärzten zum Umgang mit Gewalt. Vortrag während der Fachtagung „Früherkennung von Gewalt - Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ am 25. August 1998, Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (1998)

Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns

RUNHEIDE SCHULTZ

Freiberufliche Dozentin und Leiterin der Interdisziplinären

Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“ Hannover

Im Brainstormingverfahren wurden in der Arbeitsgruppe 4 Positionen zu den nachstehenden Themen zusammengetragen und diskutiert. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

1. (Drohende) Kindeswohlgefährdung: Mit welchen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe und der Medizin sind Kleinstkinder und ihre Eltern in Kontakt?

Die Kinder- und Jugendhilfe kann nicht auf die Arbeit des Jugendamtes/des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) beschränkt werden, die Medizin nicht auf ärztliches Handeln. Sowohl die Kinder- und Jugendhilfe als auch der medizinische Bereich haben viele Facetten und vereinen verschiedene Professionen und Fachbereiche. Die **Abbildung 1** verdeutlicht, mit welchen Berufsfeldern der Jugendhilfe sowie aus der Medizin das gefährdete Kleinstkind, seine Geschwister und seine Eltern potenziell in Kontakt sind.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Berufsfelder haben die Möglichkeit, sehr früh Signale einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung wahrzunehmen und Hilfen zu initiieren. Anhand der Abbildung 1 lässt sich vorstellen, dass das gefährdete Kind, seine Geschwister, seine Eltern und einzelne Helferpersonen einer Kettenreaktion von Konflikten ausgesetzt sind, wenn interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation nicht funktionieren.

2. (Drohende) Kindeswohlgefährdung: Welche Verantwortung trägt der Einzelne in Abgrenzung zu anderen Beteiligten?

Der Arzt und andere im Gesundheitswesen Tätige erhalten ihren berufsspezifischen Auftrag durch den hippokratischen Eid beziehungsweise das „Genfer Gelöbnis“.¹ Es verpflichtet dazu, das Leben des einzelnen Menschen durch Gesundheitsprophylaxe, Heilung von Krankheiten und Minderung von Leiden zu erhalten. Die in der Kinder- und Jugendhilfe Tätigen erhalten ihren Auftrag durch Artikel 1 (Würde des Menschen) sowie Artikel 2 Grundgesetz (Persönlichkeitsrechte) und § 1 SGB VIII.

¹ Auf der Grundlage des hippokratischen Eides hat der Weltärztebund auf seiner 2. Generalversammlung 1948 in Genf die ethischen Grundsätze des ärztlichen Wirkens neu formuliert. Dieses „Genfer Gelöbnis“ ist der Berufsordnung vorangestellt. siehe Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen, In: *Arztrecht in Niedersachsen*, Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlagsunion 2(1998), 10. Sonderheft, S. 49

Potenzielle Kontakte zum gefährdeten Kleinstkind, seinen Geschwistern und Eltern

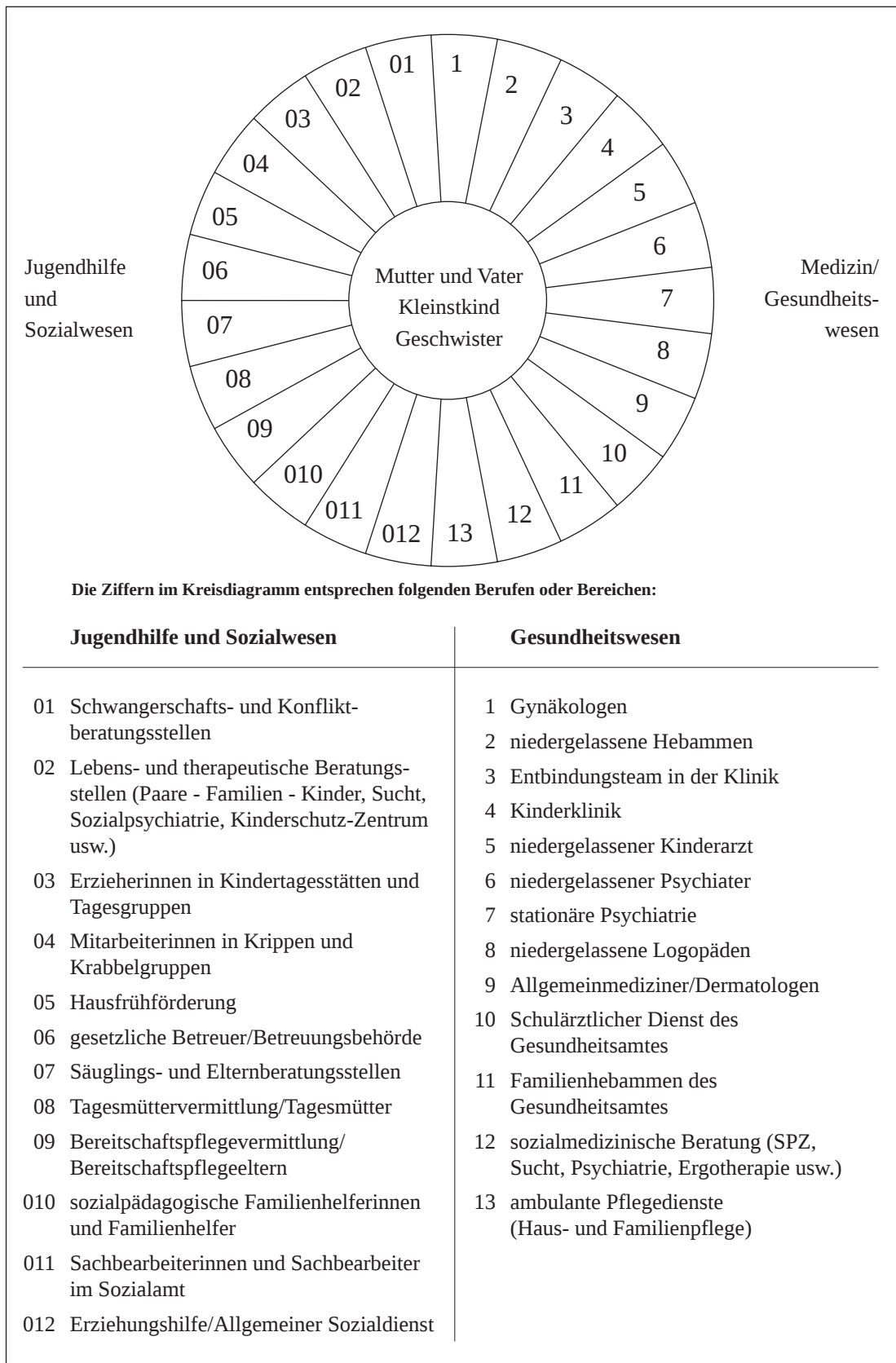


Abbildung 1

© R. Schultz

Die Kinder- und Jugendhilfe hat darauf einzuwirken, dass jedes Kind sein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit einlösen kann, indem sie

- Benachteiligungen vermeidet und abbaut,
- Eltern bei der Erziehung berät und unterstützt,
- Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützt und
- positive Lebensbedingungen für Kinder und ihre Familien schafft.

Zwischen der Medizin sowie der Kinder- und Jugendhilfe besteht im Hinblick auf die Erfüllung der berufsspezifischen Aufträge in vielen Bereichen eine Interdependenz, so zum Beispiel, wenn die körperlichen und seelisch-geistigen Grundbedürfnisse eines Kleinstkindes in der Beziehung zu seinen Eltern wiederkehrend nicht befriedigt werden. In einem solchen Fall können die medizinischen Fachkräfte ihren Auftrag ohne die Kinder- und Jugendhilfe nicht erfüllen. Umgekehrt verhält es sich ebenso.

Deshalb ist zu fragen, wer im Falle einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung welche Verantwortung beziehungsweise Entscheidungsbefugnis hat. Artikel 6 Absatz 2 Grundgesetz (Wachsamkeits-Verpflichtung der staatlichen Gemeinschaft) und § 323 c StGB (unterlassene Hilfeleistung) geben darauf eine Antwort: Jeder Bürger, also auch jeder in der Kinder- und Jugendhilfe sowie im medizinischen Bereich Tätige - von der Tagesmutter bis zum Arzt - ist verpflichtet, im Einzelfall Signale einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung zu beachten, den Schweregrad einzuschätzen und Hilfe zu initiieren. Diese persönliche Verantwortung kann nicht delegiert werden, auch nicht auf die Institution „Jugendamt“. Das bedeutet: Die im medizinischen und sozialen Bereich Tätigen müssen im Einzelfall kontrollieren, ob die von ihnen initiierte Hilfe tatsächlich zu einer Beseitigung der Gefährdung geführt hat.

Nur die Entscheidungsbefugnis der Erziehungshilfe/ASD-Sozialarbeiter geht darüber hinaus. Sie müssen den Schutz des Kindes in der Beziehung zu seinen Eltern sicherstellen und gleichzeitig dafür sorgen, dass Mutter und Vater befähigt werden, die Verantwortung für das Wohlergehen ihres Kindes zu übernehmen. Dabei ist das Jugendamt/der ASD zur Kooperation mit den Eltern und den im Einzelfall Beteiligten aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem medizinischen Bereich verpflichtet.¹ Nicht im Alleingang, sondern in Kooperation mit den Genannten hat das Jugendamt/der ASD die Tragfähigkeit des Familienarrangements zu beurteilen und gegebenenfalls Vorbereitungen für die Einschränkung des Elternrechtes durch das Familiengericht zu treffen.² Prämisse dieses Handelns ist es, die Beziehung zwischen Mutter, Kind und Vater zu stärken.

Gleichwohl gilt: *„Kommt das Jugendamt (deshalb) nach einer sorgfältigen Prüfung der Situation in der Herkunftsfamilie zu der Überzeugung, dass Bemühungen zur Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie mit dem Ziel der Rück-*

¹ vgl. § 36 SGB VIII

² vgl. § 50 SGB VIII

führung des Kindes innerhalb eines angemessenen Zeitraumes offensichtlich erfolglos sind oder sein werden, dann ändert sich sein ‚Auftrag‘. Fortan hat es seine Bemühungen darauf auszurichten, die Eltern davon zu überzeugen, dass sie ihrer Elternverantwortung in der konkreten Situation am besten gerecht werden können, dass sie einem dauerhaften Verbleib des Kindes in der Pflegefamilie gegebenenfalls auch einer Adoption (möglichst durch die Pflegeeltern) zustimmen. Gelingt dies nicht und handeln die Eltern zum Schaden des Kindes, so hat das Jugendamt den ‚Schwebezustand‘ möglichst bald durch die Anrufung des Vormundschaftsgerichtes zu beenden.“¹

3. (Drohende) Kindeswohlgefährdung: Welche Probleme gibt es in Bezug auf Absprachen?

Immer wieder wird die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation im Bereich des Kinderschutzes hervorgehoben. Trotzdem fehlen Strukturen, die Hilfe und Entlastung durch Kooperation ermöglichen.² Viele Kooperationsprobleme werden derzeit in unverbindlichen Absprachen, fehlenden Standards, insbesondere fehlenden gemeinsamen Standards, unterschiedlichen Begrifflichkeiten und unterschiedlichen Blickwinkeln der Institutionen und Professionen gesehen.

Den niedergelassenen Ärzten steht so gut wie keine Zeit für Kooperationstätigkeiten zur Verfügung. Das hängt damit zusammen, dass Kooperationstätigkeiten nicht vergütet werden - weder von der Kinder- und Jugendhilfe noch von den Krankenkassen.³ Was das für Eltern, Kleinstkinder und Helferpersonen bedeutet, zeigen folgende **Beispiele**:

***Elternebene:** „Ich, eine 21jährige Mutter, bin als Kind wiederholt in meiner Familie sexuell missbraucht worden. Als Jugendliche bin ich häufig ‚durchgedreht‘ und in die Psychiatrie eingewiesen worden. Am liebsten habe ich es, wenn mein Baby im Nachbarzimmer steht, ruhig ist und ich ununterbrochen fernsehen kann. Einmal in der Woche ritze ich mir die Arme auf. Irgendwie kann ich nicht anders. Mein Mann muss dann von der Arbeit nach Hause kommen, und ein Arzt muss mich verbinden. Ich will, dass mir jemand hilft, weil mir das Baby und die Hausarbeit zu viel sind. Aber auf keinen Fall möchte ich, dass ständig so eine ‚Sozialtante‘ kommt. Und natürlich gebe ich das Kind nicht in fremde Hände, obwohl mein Mann das für notwendig hält. Aber das bleibt unter uns, weil er genau weiß, dass es sonst zwischen uns kracht.*

Mir ist es wichtig, dass alles so bleibt wie es ist. Bislang ist es mir auch gelungen, das Jugendamt von der Richtigkeit dieses Weges zu überzeugen. Mit der Frau vom

¹ Bundestagsdrucksache 11/5948, S. 74 f.

² vgl. Armbruster, Meinrad M. (Hrsg.): Mißhandeltes Kind - Hilfe durch Kooperation, Freiburg i. Br.: Lambertus (2000)

³ vgl. Armbruster, Meinrad M./Hoffmann, Georg F.: Pläydoyer für einen erweiterten Kinderschutz, In: Armbruster, Meinrad M. (Hrsg.): Mißhandeltes Kind - Hilfe durch Kooperation, a.a.O., S. 177

ambulanten Pflegedienst, die mir das Jugendamt vermittelt hat, verstehe ich mich gut. Sie kommt zweimal in der Woche und sorgt dafür, dass der Haushalt einigermaßen läuft. Nach der Entbindung hatte mein Psychiater im Einverständnis mit mir Verbindung mit dem Jugendamt aufgenommen. Er ist der Meinung, das Jugendamt helfe mir nach dem Motto: ‚Mehr desselben‘. Anscheinend stellt er sich die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt anders vor.

Ich habe ein Lieblingsbild: Es ist ein mit Schnee überzogener im Eis erstarrter Baum. Er steht allein in einer Schneelandschaft. Der Schnee hat alle Spuren zugedeckt. Nichts regt sich. Für mich ist es so, als wenn sich der Baum in einem Zustand befände, indem er zwar wie tot ist, aber nichts und niemand ihm weh tun kann. Aber auch der Baum verletzt niemanden. ... Anders als im Leben wird auf diesem Bild immer alles so bleiben wie es ist. Das finde ich beruhigend.“

Ebene des Kleinstkindes: *„Ich habe Angst, verletzt zu werden; ich habe Angst, irgendwann mutterseelenallein auf dieser Welt zu sein. Vor lauter Angst wage ich manchmal nicht zu strampeln. Vor allem aber bin ich verzweifelt, weil es mir nicht gelingt, mich so auszudrücken, dass ich verstanden werde. Es scheint keinen Menschen zu geben, der meine Zeichen versteht.“*

Helferebene: *„Als ASD-Sozialarbeiterin fühle ich mich vor allem von der Pflegerin unter Druck gesetzt. Ich bin sicher, dass sie mich für das Schicksal des Kindes verantwortlich macht. Das entspricht meinen Erfahrungen mit Laien. Aber auch gegenüber dem Arzt muss ich mich abgrenzen. Schließlich trage ich die Gesamtverantwortung. Aus meiner Erfahrung heraus weiß ich, dass es keine Hilfe gibt, die die Situation wirklich ändern würde.“*

„Als Arzt mache ich mir große Sorge um die seelische Gesunderhaltung des Säuglings und zugleich fühle ich mich machtlos.“

„Als Mitarbeiterin des ambulanten Pflegedienstes bin ich drauf und dran, den Einsatz abubrechen, weil ich mich nicht an dem Kind schuldig machen will.“

„Als Psychiater beziehungsweise Pflegerin stelle ich fest: Meine Wahrnehmungen werden als unwichtig, unrichtig oder denunzierend abgetan. Meine Bewertungen und Deutungen werden als oberflächlich, defizitorientiert, einseitig, unprofessionell, als nicht hieb- und stichfest oder formell falsch beiseite geschoben. Ich werde von den anderen Helferpersonen abgewertet, vergessen beziehungsweise ausgegrenzt, zur Ordnung gerufen oder gar bedroht. Und weil sich das ‚Täter-Opfer-Verfolger-Karussell‘ schnell dreht, bin ich im nächsten Moment selbst Täter oder Verfolger.“

4. (Drohende) Kindeswohlgefährdung: Welchen Nutzen haben medizinische und sozialpädagogische Fachkräfte von einer funktionierenden Kooperation?

Die Beantwortung der Frage nach dem Nutzen einer funktionierenden interdisziplinären Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Medizin ebnet für die Betei-

ligten vermutlich den Weg dorthin.¹ Wie wäre es, wenn im Rahmen von fachübergreifenden Seminaren diese Frage diskutiert werden würde?

5. Welche Aktivitäten fördern die interdisziplinäre Kooperation?

„Kooperation wird einfacher, produktiver und erfreulicher, wenn man sich ihr skeptischer nähert. (Das) Verständnis zwischen Berufsgruppen wird vertieft, wenn man die Unterschiede klärt. Schräges, neurotisches oder arrogantes Verhalten anderer Fachleute wird mir verständlicher, wenn ich mir deren Gebührenordnung, Richtlinien oder Karrieremuster anschaue.“²

Erfahrungen der Diskussionspartner in der Arbeitsgruppe weisen darauf hin, **dass folgende Aktivitäten die interdisziplinäre Kooperation durch gegenseitiges Kennenlernen der berufsspezifischen Kompetenzen fördern:**

- regionale interdisziplinäre Arbeitskreise mit bestimmten Themenstellungen,
- gemeinsame regionale Fortbildungen,
- gemeinsame Projekte zur Weiterentwicklung von Hilfen,
- gemeinsame Projekte im Bereich der Prävention,
- gemeinsame Projekte im Bereich der Intervention.

Den Bedürfnissen der Kinder und Eltern mit Migrationshintergrund sollte in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Zur Verwirklichung des berufsspezifischen Auftrages haben sowohl das Gesundheits- und Sozialwesen als auch die Jugendhilfe Rahmenbedingungen zu schaffen. Diese orientieren sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und an dem, was als sicheres Gedankengut in der allgemeinen Überzeugung Anerkennung gefunden hat. Bezogen auf die Kooperation zwischen Medizin und Jugendhilfe bedeutet dies: Kooperation muss sich für die *„Kolleginnen und Kollegen in Jugendhilfe und Medizin lohnen - sowohl materiell als vergüteter Teil ihrer Arbeitszeit als auch ideell für ihr berufliches Selbstverständnis und ihre gesellschaftliche Anerkennung“*;³ vor allem muss sie (kommunal)-politisch gewollt sein.

¹ siehe Schweitzer-Rothers, Jochen: Gelingende Kooperation: Über Selbstreflexion alltäglicher Zusammenarbeit, In: Armbruster, Meinrad M. (Hrsg.): Mißhandeltes Kind - Hilfe durch Kooperation, a.a.O., S. 16

² ebenda S. 27

³ siehe Armbruster, Meinrad M./Hoffmann, Georg F.: Pläydoyer für einen erweiterten Kinderschutz, In: Armbruster, Meinrad M. (Hrsg.): Mißhandeltes Kind - Hilfe durch Kooperation, a.a.O., S. 177

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops

HELGA BALZER

*Diplom-Sozialarbeiterin im Düsseldorfer Arbeitskreis für den Schutz von Kindern vor Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung, Bezirkssozialdienst
Düsseldorf-Flingern des Jugendamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf*

RENATE BLUM-MAURICE

Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Köln

BARBARA BÜTOW

*Referentin für Arbeits- und Ausbildungsförderung
im Bezirksamt Berlin-Friedrichshain und Mitglied des Beirates
des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V.*

DR. INGE COBUS-SCHWERTNER

*Leiterin der Abteilung „Junge Menschen“
im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes Bremen*

BÄRBEL DERKSEN

*Psychologin in der Elternberatungsstelle „Vom Säugling zum Kleinkind“
der Fachhochschule Potsdam*

DAGMAR FREUDENBERG

*Staatsanwältin, Leiterin eines Sonderdezernates „Sexuelle Gewalt“
der Staatsanwaltschaft Göttingen*

DR. MAURI FRIES

*Wissenschaftliche Assistentin am Institut für Entwicklungspsychologie,
Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Universität Leipzig*

DR. CHARLOTTE GERSBACHER

Stellvertretende Leiterin des Jugendamtes der Landeshauptstadt Magdeburg

BRIGITTE GRÜNIG

Leiterin des Hauses des Säuglings, Jugendamt Berlin-Charlottenburg

DR. RONALD HOFMANN

Psychologe in Schwarzenberg, Sachsen

IRENE JOHNS

Fachleiterin des Kinderschutz-Zentrums des Deutschen Kinderschutzbundes Kiel

KATHARINA KAISER

*Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes
des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg*

DETLEF KEMNA

Leiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes der Stadt Frankfurt/Oder

DR. CHARLOTTE KÖTTGEN

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leiterin des jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienstes im Amt für Jugend Hamburg

DR. WILFRIED KRATZSCH

Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums, Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf

PROF. DR. SILVIA KROLL

Leiterin des Fachbereiches Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit an der Katholischen Fachhochschule Berlin

KERSTIN LANDUA

Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe des Vereins für Kommunalwissenschaften e. V., Berlin

THOMAS MÖRSBERGER

Landeswohlfahrtsverband Baden, Leiter des Landesjugendamtes, Karlsruhe

BERND MÜLLER

Leiter der überregionalen Arbeitsstelle „Frühförderung“ des Landes Brandenburg, ISA gGmbH, Oranienburg

DR. ANNELI NEWILL

Kinder- und Jugendärztin im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

DR. JÖRG RASCHE

Arzt, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker in der kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle Berlin-Charlottenburg

SABINE REISENWEBER

Teamleiterin im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes der Landeshauptstadt Potsdam

WOLFGANG RUTHEMEIER

Abschnittsleiter Sozialer Dienst des Fachbereiches für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Osnabrück, Niedersachsen

DR. MONIKA SANFT

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin im Fachdienst „Gesundheit“ des Landkreises Ludwigslust, Mecklenburg-Vorpommern

RUNHEIDE SCHULTZ

*Freiberufliche Dozentin und Leiterin der Interdisziplinären
Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“, Hannover*

Karl-Heinz Struzyna,

Leiter des Jugendamtes Berlin-Hellersdorf

Hendrik van der Veen

Stellvertretender Leiter des Jugendamtes der Stadt Oelde, Niedersachsen

UTA VON PIRANI

Leiterin des Jugendamtes Berlin-Charlottenburg

DR. UTE ZIEGENHAIN

*Wissenschaftliche Assistentin an der Klinik für Kinder- und
Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie der Universität Rostock*

Literaturhinweise

AGJ-Fachausschuss „Rechts- und Organisationsfragen in der Jugendhilfe“
Sozialdatenschutz im Strafverfahren.

**Anwendungshinweise für die Jugendhilfe
zum Sozialdatenschutz nach dem 2. SGB-Änderungsgesetz.**

In: Forum Jugendhilfe, Bonn: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (1996); Nr.1

Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe -AGJ-, Bonn (Hrsg.)

AGJ-Fachausschuss „Rechts- und Organisationsfragen in der Jugendhilfe“

**Anwendungshinweise für die Jugendhilfe
zum Sozialdatenschutz nach dem 2. SGB-Änderungsgesetz.**

In: Forum Jugendhilfe, Bonn: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (1995); Nr.1

Armbruster, Meinrad M. (Hrsg.)

Misshandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation.

Freiburg i. Br.: Lambertus (2000); 192 S.

ISBN 3-7841-1239-0

Baltz, Jochem

**Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Gesetzgeberische Initiativen
zur Reduzierung von Gewalt im (elterlichen) Erziehungsgeschehen.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 87 (2000); Nr. 6

Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)

**Schützen - Helfen - Begleiten. Handreichung zu den Aufgaben
der Jugendhilfe bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Körperliche
und seelische Vernachlässigung. Misshandlung. Sexueller Missbrauch.**

München (1998); 99 S.

Bernet, William

**Praxis-Leitlinien für die forensische Beurteilung von Kindern und
Jugendlichen beim Verdacht einer möglichen körperlichen oder
sexuellen Misshandlung. Offizielle Veröffentlichung der
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.**

In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Köln: Deutsche Gesellschaft
gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e. V.; 2 (1999); Nr. 1

Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Landesverband
Nordrhein/Düsseldorf, Jugendamt, Arbeitskreis „Gewalt gegen Kinder“/Techniker
Krankenkasse, Landesvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)

**Gewalt gegen Kinder. Leitfaden für Früherkennung,
Handlungsmöglichkeiten und Kooperation in der Region Düsseldorf.**

Düsseldorf (1999); 105 S.

Biewen, Thomas

**„Am besten verlegen wir das Kind in eine andere Abteilung“.
Aufgaben des Sozialdienstes im Akutkrankenhaus bei der Behandlung
von misshandelten und missbrauchten Kindern.**

In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg;
145 (1998); Nr. 9 und 10

Blum-Maurice, Renate/Martens-Schmid, Karin

Gewalt gegen Kinder als gesellschaftliches Problem.

In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bonn (1990); Nr.40-41

Brandenburg, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Potsdam (Hrsg.)

**Kinderschutz. Hilfeangebote bei familiärer Gewalt
gegen Kinder im Land Brandenburg.**

Potsdam (1997); 59 S.

Bringewat, Peter

Kommunale Jugendhilfe und strafrechtliche Garantenhaftung.

In: NJW (Neue Juristische Wochenschrift), München: Beck (1998); Nr. 14

Bringewat, Peter

Tod eines Kindes. Soziale Arbeit und strafrechtliche Risiken.

Baden-Baden: Nomos (1997); 163 S.

ISBN 3-7890-4745-7

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn (Hrsg.)

Medienpaket zur Aus- und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte.

Keine Gewalt gegen Kinder. Signale sehen - Hilferufe hören. 4. Aufl.

Bonn (1996); 47 S.

Busch, Manfred

Der Schutz von Sozialdaten in der Jugendhilfe - §§ 61-68 SGB VIII.

Stuttgart: Boorberg (1997); 146 S.

ISBN 3-415-02242-0

Bussmann, Kai D.

**Verbot familialer Gewalt gegen Kinder. Zur Einführung rechtlicher
Regelungen sowie zum (Straf-)Recht als Kommunikationsmedium.**

Köln: Heymanns (2000); XVI; 490 S.

ISBN 3-452-24556-X

**Datenschutz. Besonderer Vertrauensschutz in der persönlichen und
erzieherischen Hilfe nach § 65 SGB VIII. Zur Reichweite
der innerdienstlichen Schweigepflicht über erbrachte Jugendhilfeleistungen
auch gegenüber Dienstvorgesetzten. DIV-Gutachten vom 30. Juli 1998.**

In: Der Amtsvormund, Heidelberg: Deutsches Institut für Vormundschaftswesen e. V.;
72 (1999); Nr. 1

Datenschutz in Einrichtungen und Diensten freier Träger der Jugendhilfe. Handreichung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung.

In: AFET Mitglieder-Rundbrief, Hannover: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. -AFET- (1995); Nr. 3

Dickmeis, Franz

Keine Schweigepflicht der Ärzteschaft bei Gewalttaten an Frauen und Kindern. Ein Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit der Jugendhilfe insbesondere mit Kinder- und FrauenärztInnen.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 82 (1995); Nr. 11

Ensslen, Carola

Zur Schweigepflicht von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen im Strafverfahren.

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/Main: 79(1999); Nr. 4

Falterbaum, Johannes

**Gefahrenabwehr mit Hilfe des Jugendamtes?
Behördlicher Datenschutz als Garant für Sozial- und Rechtsstaatlichkeit.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 86 (1999); Nr. 3

Falterbaum, Josef

Schweigepflichten. Zur Verantwortung in der öffentlichen Jugendhilfe.

In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Bonn: Arbeiterwohlfahrt; 51 (2000); Nr. 3

Fegert, Jörg M.

Kindeswohlgefährdung.

Mögliche ärztliche Beiträge zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 3 (1997); Nr.1

Fegert, Jörg M.

**Das Dilemma zwischen familienbezogener Hilfe und staatlichem Wächteramt.
Teil 1 und 2.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 83 (1996); Nr. 11 und 12

Feuerhelm, Wolfgang

**Überlegungen zum Zeugnisverweigerungsrecht
in sozialpädagogischen Berufen.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 24 (1999); Nr. 5; S. 16-25; Lit.

Frehsee, Detlev

**Zwischen Normalität, Hilflosigkeit und Änderungsbereitschaft.
Ein Forschungsbericht zu Gewalt in der Familie.**

In: Jugend & Gesellschaft, Hamm: Hoheneck; (1995); Nr. 2

Gericke, Dietrich

Der Fall Jenny.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband e. V. - EREV -; 76 (1999); Nr. 5

Hamburg, Amt für Gesundheit (Hrsg.)

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.

Wege zu einer verbesserten Prävention und Kooperation in Hamburg.

Dokumentation der Fachtagung am 14. November 1998.

Hamburg (1999); 50 S.

Hamburg, Amt für Jugend (Hrsg.)

Hilfe und Schutz für vernachlässigte Kleinkinder und ihre Familien.

Perspektiven, Konzepte, Modelle. Dokumentation der Fachtagung am 31. Oktober und 1. November 1996 in Hamburg.

Hamburg (1997); 112 S.

Harnach Beck, Viola

Auf Gedeih und Verderb. Der Auftrag des Jugendamtes

bei Vernachlässigung und anderen Gefährdungen des Kindeswohls.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 21 (1996); Nr.7-8

Hebenstreit-Müller, Sabine

Datenschutz in der Jugendhilfe - verantwortlicher Umgang aus der Sicht des öffentlichen Trägers.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband e. V. - EREV -; (1994); Nr. 5

Heilmann, Stefan

Hilfe oder Eingriff? Verfassungsrechtliche Überlegungen zum Verhältnis von staatlichem Wächteramt und Jugendhilfe.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 87 (2000); Nr. 2

Honig, Michael-Sebastian

Verhäuslichte Gewalt. Sozialer Konflikt, wissenschaftliche Konstrukte, Alltagswissen, Handlungssituationen.

Eine Explorativstudie über Gewalthandeln von Familien.

Frankfurt/Main: Suhrkamp (1992); 439 S.

ISBN 3-518-28457-6

Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster/Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband NRW (Hrsg.)

Kindesvernachlässigung. Erkennen - Beurteilen - Handeln.

Münster (2000)

(www.kinderschutzbund-nrw.de)

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung“,
Hannover (Hrsg.)

**Die Methode „Gemeinsam helfen -
wenn das Kindeswohl eines Säuglings gefährdet ist“. Leitfaden.**
Hannover (2000); 38 S.

Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Hilfeplanung für vernachlässigte und
misshandelte Kinder“, Hannover (Hrsg.)

Kindeswohlgefährdung - Suche nach Orientierung.
In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 3 (1997); Nr.1; 1999); Nr. 2

**Kindesmisshandlung, ErzUnfähigkeit; § 1666, § 1666 a, § 1626,
§ 1634 BGB, § 24 III FGG, § 131 III KostO.**
Beschluss des BayObLG vom 21. November 1996 - 1 Z BR 221/96.
In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 84 (1997); Nr. 5

**Kindesmisshandlung, fahrlässige Tötung durch Unterlassen,
Garantenpflicht (von Mitarbeitern kommunaler Jugendämter und
Sozialdienste sowie die von ihnen beauftragten
Mitarbeiter von Trägern der freien Jugendhilfe).**
Beschluss des OLG Stuttgart vom 28. Mai 1998 - 1 Ws 78/98.
In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 85 (1998); Nr. 9

Klees, Katharina/Friedebach, Wolfgang (Hrsg.)
Hilfen für missbrauchte Kinder. Interventionsansätze im Überblick.
Weinheim: Beltz (1997); 376 S.
ISBN 3-407-62334-8

Krahmer, Utz
Sozialdatenschutz nach SGB I und X.
Einführung mit Schaubildern, Kommentar und Datenschutznormen.
Köln: Heymanns (1996); 287 S.
ISBN 3-452-23443-6

Kron-Klees, Friedhelm
Von der Fremdmeldung zur Hilfe.
Reflexionen aus der Praxis Öffentlicher Jugendhilfe.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 21 (1996); Nr.7-8

Kunkel, Peter-Christian
Der Datenschutz in der Jugendhilfe
nach der Änderung des Sozialgesetzbuches.
In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 82 (1995); Nr.8

Lehmann, Karl-Heinz

Gesetze und Gerichte. Entwurf eines Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Entwurf eines Gesetzes zur weiteren Verbesserung von Kinderrechten. Verletzung der Garantenpflicht. Teil 1 und 2.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband e. V. - EREV -; 76 (1999); Nr. 5 und 77 (2000); Nr. 1

Longino, Marcus

Zur Verschwiegenheitspflicht von Psychologen und Sozialarbeitern in der Jugendverwaltung. Zugleich Anmerkung zur Entscheidung des BayObLG vom 8. November 1994 - 1 St RR 157/94 (NStZ 1995, S. 187).

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 84 (1997); Nr. 4

Mörsberger, Thomas

Helfen mit Risiko.

Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung.

Neuwied: Luchterhand (1997); 220 S.

ISBN 3-472-02767-3

Mörsberger, Thomas

Datenschutz in der Jugendhilfe.

Textausgabe mit einer systematischen Darstellung.

Neuwied: Luchterhand (1997); 120 S.

ISBN 3-472-02573-5

München, Sozialreferat, Allgemeiner Sozialdienst (Hrsg.)

Arbeitshilfe für sozialpädagogisches Handeln

bei Gewalthandlungen an Kindern und Jugendlichen.

München (1997); 53 S.

München, Sozialreferat, Allgemeiner Sozialdienst (Hrsg.)

Entwicklung der Gewalt in privaten Beziehungen in den Arbeitsfeldern des ASD. Möglichkeiten der Prävention und Handlungsbedarf.

München (1997); 68 S.

Münder, Johannes/Mutke, Barbara/Schöne, Reinhold

Quantitative und qualitative Aspekte der Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz. Eine Auswertung statistischer Grunddaten und veröffentlichter Gerichtsentscheidungen.

In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Neuwied: Luchterhand; 46 (1998); Nr. 2

Pirani, Uta von

Zum Verhältnis von Sozialgeheimnis und Ermittlungspflichten der Strafjustiz.

In: AFET Mitglieder-Rundbrief, Hannover: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. -AFET- (1999); Nr. 3

Proksch, Roland

Sozialdatenschutz in der Jugendhilfe.

Münster: Votum (1996); 432 S.

ISBN 3-926549-72-6

Recht, Peter

Hilfesysteme bei Missbrauch und Misshandlung von jungen Menschen.

Eine empirische Studie zur Kooperation professioneller Dienste.

In: Jugendwohl, Freiburg i.Br.: Lambertus; 79 (1998); Nr. 5

Richter, Norbert/Bretz, Elke/Petermann, Franz

Zur institutionellen Kooperation bei sexuellem Missbrauch.

In: Jugendwohl, Freiburg i.Br.: Lambertus; 77 (1996); Nr. 11

Riehle, Eckart

Schweigepflicht und Sozialgeheimnis.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 86 (1999); Nr. 12

Riehle, Eckart

Sozialdatenschutz und Zeugnisverweigerungsrecht.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 87 (2000); Nr. 8

Romeike, Gerd/Imelmann, Horst (Hrsg.)

**Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen
für Prävention, Beratung und Therapie.**

Weinheim: Juventa (1999); 336 S.

Rothe, Sabine

Gewalt in Familien.

In: Familie und Recht, Neuwied: Luchterhand; 7 (1996); Nr. 1

Schmetz, Jürgen

Kinder- und Jugendärzte gegen Gewalt. Prävention ab Nabelschnur.

Wir brauchen das psychosoziale und psychiatrische Screening.

Sonderbeilage zum Juniheft 1997 der Zeitschrift „Der Kinderarzt“.

Lübeck: Hansisches Verlagskontor; 28 (1997); Sonderbeilage Juni, 24 S.

Schone, Reinhold

Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz.

In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 6 (2000); Nr. 4

Schone, Reinhold/Gintzel, Ullrich/Jordan, Erwin/

Kalscheuer, Mareile/Münder, Johannes

**Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter
und Perspektiven sozialer Arbeit.**

Münster: Votum (1997); 261 S.

ISBN 3-930405-54-7

Schrappner, Christian

Elternrecht, Kindeswohl und staatliches Wächteramt.

Der verfassungsrechtliche Handlungsrahmen und

der gesetzliche Handlungsauftrag in der Kinder- und Jugendhilfe.

In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum; 3 (1997); Nr. 1

Seibert, Ulrich

Nochmals: „Vernachlässigte Kinder“ und „Behandeln unter Zwang“.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 22 (1997); Nr.4; S.52-55

Stange, Albrecht

Das Sozialgeheimnis im Strafverfahren.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 84 (1997); Nr. 4

Stumpf, Thomas W.

Opferschutz bei Kindesmisshandlung.

Neuwied: Luchterhand (1995); 313 S.

ISBN: 3-472-02038-5

Suess, Gerhard J./Pfeifer, Walter-Karl P. (Hrsg.)

**Frühe Hilfen. Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung
in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung.**

Gießen: Psychosozial (1999); 290 S.

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein (Hrsg.)/

Bürk, Michael van

Gewalt gegen Kinder. Leitfaden für Kinderarztpraxen in Schleswig-Holstein.

Kiel (1999); 200 S.

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

**Hilfen von Anfang an. Unterstützung von Familien
als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung
am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin.**

Berlin (1999); 163 S.

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 19)

ISBN 3-931418-22-7

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

„... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt“.

**Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen
bei Kindeswohlgefährdung zwischen
fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung.**

Dokumentation der Fachtagung am 16. und 17. November 1998 in Berlin.

Berlin (1999); 110 S.

(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 17)

ISBN 3-931418-21-9

Witt, Carsten

Die Zusammenarbeit von Klinikum, Polizei, Staatsanwaltschaft und Jugendamt zur Verfolgung und Verhinderung von Kindesmisshandlungen unter dem Gesichtspunkt von Datenschutz und Schweigepflicht.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 39 (1987); Nr. 5

Zur Frage der Garantenpflichten einer SozArbeiterin, Begriff „Jugendhilfe“, Stellung freier Träger. Urteil des LG Osnabrück vom 6. März 1996.

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymanns; 83 (1996); Nr.12

In der Reihe „Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe“
bisher erschienene Titel:

- 1 „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 30. und 31. März 1995)
Berlin 1995, 203 S., DIN A5, ISBN 3-931418-00-6 Preis: 10,- DM (Restexemplare)
- 2 „Jugendhilfeplanung - ein wirksames Steuerungsinstrument der Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Mai 1995)
Berlin 1995, 113 S., DIN A5, ISBN 3-931418-02-2 vergriffen
- 3 „Anforderungen der Jugendhilfe an neue Steuerungsmodelle“**
(Dokumentation der Fachtagung am 28. und 29. August 1995)
Berlin 1996, 160 S., DIN A5, ISBN 3-931418-04-9 Preis: 10,- DM (Restexemplare)
- 4 „Aufgaben, Kompetenzen, Strukturen und Arbeitsweisen von Jugendhilfeausschüssen“**
(Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. November 1995)
Berlin 1996, 122 S., DIN A5, ISBN 3-931418-05-7 vergriffen
- 5 „Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen im Wandel: Neue Anforderungen an Jugendhilfe und Schule“**
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Januar 1996)
Berlin 1996, 230 S., DIN A5, ISBN 3-931418-06-5 vergriffen
- 6 „Jugendhilfe und Familiengericht - Das Selbstverständnis der Jugendhilfe im gerichtlichen Verfahren“**
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Oktober 1995)
Berlin 1996, 119 S., DIN A5, ISBN 3-931418-07-3 nicht mehr im Angebot
- 7 „Jugendarbeitslosigkeit - was tun ?! Jugendhilfe und Sozialamt, Arbeitsverwaltung und Wirtschaft als Partner bei der Sicherung beruflicher Perspektiven junger Menschen“**
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. Mai 1996)
Berlin 1997, 264 S., DIN A5, ISBN 3-931418-08-1 Preis: 10,- DM (Restexemplare)
- 8 „Verwaltungsmodernisierung - Standpunkte und Entwicklungen in der Jugendhilfe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 25. und 26. November 1996)
Berlin 1997, 130 S., DIN A4, ISBN 3-931418-11-1 Preis: 10,- DM (bisher 15,- DM)

- 9 „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen - Probleme - Entwicklungen“**
(Dokumentation des Workshops vom 2. bis 4. September 1996)
Berlin 1997, 94 S., DIN A4, ISBN 3-931418-10-3 Preis: 10,- DM (bisher 15,- DM)
- 10 „Kinder-Leben in der Stadt:
Herausforderungen an Jugendhilfe und Stadtplanung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 22. und 23. Januar 1997)
Berlin 1997, 151 S., DIN A4, ISBN 3-931418-12-X Preis: 10,- DM (bisher 15,- DM)
- 11 „Flexibilisierung und Steuerung im Bereich der Hilfen zur Erziehung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Oktober 1996)
Berlin 1997, 152 S., DIN A4, ISBN 3-931418-13-8 Preis: 10,- DM (bisher 15,- DM)
- 12 „Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe bei der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt gegen Kinder“**
(Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Juni 1997)
Berlin 1998, 142 S., DIN A4, ISBN 3-931418-14-6 Preis: 15,- DM (bisher 28,- DM)
- 13 „Jugendhilfeausschuß und kommunale Jugendpolitik“**
(Dokumentation der Fachtagung am 28. Februar und 1. März 1997)
Berlin 1998, 105 S., DIN A4, ISBN 3-931418-16-2 Preis: 15,- DM (bisher 23,- DM)
- 14 „Die Reform des Kindschaftsrechts – Auswirkungen auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe“**
(Beiträge der Fachtagung am 12. und 13. Dezember 1997)
Berlin 1998, 84 S., DIN A4, ISBN 3-931418-17-0 Preis: 15,- DM (bisher 23,- DM)
- 15 „Netzwerk Kriminalprävention - Was kann Jugendhilfe leisten?“**
(Dokumentation der Fachtagung am 19. und 20. September 1997)
Berlin 1998, 158 S., DIN A4, ISBN 3-931418-18-9 Preis: 15,- DM (bisher 28,- DM)
- 16 „Die Beratung im Kontext von Scheidungs-, Sorgerechts- und Umgangsrechtsverfahren - Anforderungen an Strukturen und Formen der Kooperation von Familiengericht, Jugendhilfe und Anwaltschaft“**
(Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. September 1998)
Berlin 1999, 163 S., DIN A4, ISBN 3-931418-19-7 Preis: 28,- DM
- 17 „... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt‘ Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung“**
(Dokumentation der Fachtagung am 16. und 17. November 1998)
Berlin 1999, 110 S., DIN A4, ISBN 3-931418-21-9 Preis: 25,- DM

- 18 1. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Partnerschaftliche Kooperation oder marktwirtschaftlicher Wettbewerb? - Zur Zukunft des Zusammenwirkens von öffentlicher und freier Jugendhilfe“**
(Dokumentation des Diskurses am 11. und 12. Dezember 1998)
Berlin 1999, 109 S., DIN A4, ISBN 3-931418-20-0 Preis: 25,- DM
- 19 „Hilfen von Anfang an - Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe“**
(Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999)
Berlin 1999, 163 S., DIN A4, ISBN 3-931418-22-7 Preis: 28,- DM
- 20 „Was tun mit den Schwierig(st)en?“**
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. Juni 1999)
Berlin 1999, 205 S., DIN A4, ISBN 3-931418-23-5 Preis: 28,- DM
- 21 „Lokale Agenda 21 - Gestaltungsmöglichkeiten für Jugendhilfe und Schule - eine Herausforderung für die Kommunalpolitik?!“**
(Dokumentation der Fachtagung am 1. und 2. Oktober 1999)
Berlin 2000, 182 S., DIN A4, ISBN 3-931418-24-3 Preis: 25,- DM
- 22 2. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Braucht flexible Jugendpolitik ein neues Jugendamt?“**
(Dokumentation des Diskurses am 15. November 1999)
Berlin 2000, 101 S., DIN A4, ISBN 3-931418-25-1 Preis: 25,- DM
- 23 „Verantwortung, Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe zur Sicherung der Chancen junger Menschen auf Ausbildung und Arbeit“**
(Dokumentation des Workshops am 29. und 30. November 1999)
Berlin 2000, 168 S., DIN A4, ISBN 3-931418-26-X Preis: 25,- DM
- 24 „Mitwirkung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen: Hindernisse, Probleme, Erfolge“**
(Dokumentation des Seminars des Deutschen Institutes für Urbanistik in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe vom 20. bis 22. März 2000)
Berlin 2000, 127 S., DIN A4, ISBN 3-931418-28-6 Preis: 25,- DM
- 25 „Die Reform des Kindschaftsrechts - eine Reform für Kinder?“**
(Dokumentation der Fachtagung am 12. und 13. Mai 2000)
Berlin 2000, 208 S., DIN A4, ISBN 3-931418-29-4 Preis: 28,- DM

Weitere Veröffentlichungen des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V.:

**WS 1 „Soziale Arbeit in der Schule (Schulsozialarbeit) -
konzeptionelle Grundbedingungen“**

(Positionspapier eines Workshops von Leitungskräften aus
Jugendhilfe und Kultur sowie Wissenschaftlern am 13. und 14. Dezember 1996)
Berlin 1997, 18 S., DIN A4 Schutzgebühr: 4,40 DM

**WS 2 „Die Verantwortung der Jugendhilfe für den Schutz der Kinder
vor sexueller Gewalt - Was muß Jugendhilfe leisten, wie kann sie helfen?
Mit wem soll sie wie kooperieren?“**

(Thesen und Leitlinien des Workshops am 15. und 16. Juni 1998)
Berlin 1999, 32 S., DIN A4 Schutzgebühr: 4,50 DM

Demnächst werden folgende Titel erscheinen:

„Sozialarbeit im sozialen Raum“

(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. September 2000)

3. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe:

„Kindertagesbetreuung - eine Investition, die sich lohnt!“

(Dokumentation des Diskurses am 20. November 2000)

Bezugsadresse:

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.,
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Postfach 12 03 21, 10593 Berlin
Telefon: 030 - 39001136 e-mail: agfj@vfk.de
Telefax: 030 - 39001146 internet: www.vfk.de