

Stand: 30. Juni 2006

Teil 5

Ausschussvorlage SPA/16/52
Ausschussvorlage RTA/16/48
Ausschussvorlage INA/16/52

eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung

zu dem Thema **Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung**
(siehe auch: Drucks. 16/5136, 16/5200 und 16/5205)

- | | | |
|-----|--|--------|
| 38. | Dr. Wilfried Kratzsch, Städtische Kliniken Düsseldorf,
Kinderneurologisches Zentrum | S. 322 |
| 39. | Dr. med. Bernd Herrmann – im Auftrag von Prof. Dr. Harald Bode,
DGSPJ, Kassel | S. 325 |
| 40. | Deutsches Jugendinstitut München, DJI | S. 350 |

Öftring, Michaela (LTG)

Von: Wilfried Kratzsch [W.Kratzsch@gmx.de]
Gesendet: Montag, 26. Juni 2006 19:03
An: Öftring, Michaela (LTG)
Betreff: Anhörung zum Thema Schutz... kleine Korrektur

Wichtigkeit: Hoch



Stellungnahmefürde
nHessischenL...

An die Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses
Hessischer Landtag

Frau Dr. Judith Pauly-Bender

Sehr geehrte Frau Pauly-Bender,

Sie hatten mich gebeten, eine Stellungnahme für den Sozialpolitischen Ausschuss des Hessischen Landtages zum Thema Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung zu geben. Zu dieser Anfrage bin ich möglicherweise deshalb gekommen, weil mein Name in einer Sitzung des Hessischen Landtages von Frau Claudia Ravenstein, CDU Fraktion, genannt wurde.

Unsere Städtische Klinik arbeitet seit über einem Jahr an einem Präventionsprojekt, das auf der diesjährigen Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde als regionales Projekt zur Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in Mainz vorgestellt wird. In diesem Projekt arbeiten im Verbund Frauen- und Kinderärzte, Hebammen, Kinderkranken-schwestern, Sozialpädiatrisches Zentrum und niedergelassene Kinderärzte sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Frühförderung eng zusammen. Falls erwünscht kann ich in einem Kurzreferat über die Ergebnisse berichten, die in Berlin beim Verein für Kommunalwissenschaft und am Tage nach der Verleihung des Deutschen Präventionspreises auf der Tagung der Liga für das Kind (ein guter Start ins Leben) bereits vorgestellt worden sind.

In der Anlage übersende ich Ihnen meine Stellungnahme zum Thema: Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung. Ich bin gerne bereit, am 8. September nach Wiesbaden zu kommen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wilfried Kratzsch, Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrum Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf gGmbH

Stellungnahme für den Hessischen Landtag

von Dr. Wilfried Kratzsch, Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums der Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf gGmbH

Die Zahl der Kindesmisshandlungen und Kindestötungen haben nicht zugenommen (s. Ute Thyen, Universitätskinderklinik Lübeck)

Vorsorgeuntersuchungen führen nicht zur Erkennung von Vernachlässigung und Misshandlung. Die Eltern suchen vielmehr mit ihren verletzten Kinder Notfallambulanzen auf. Kindesvernachlässigungen können hier „nur“ indirekt (Untergewicht, mangelhafter Pflegezustand, auffälliges Verhalten, Entwicklungsstörungen u.a.m.) erkannt werden

Vorsorgeuntersuchungen dienen in erster Linie **der Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Eine regelmäßige Teilnahme könnte erste Hinweise auf Deprivation (mangelnde Anregung zu Hause) und beginnende Kindesvernachlässigung ermöglichen.** Die neu eingeführte **Vorsorgeuntersuchung U 7 b** im Alter von 3 Jahren ist ein wichtiger weiterer Baustein zur Früherkennung und schließt eine Lücke zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr.

Nach Früherkennung einer Entwicklungsstörung sollten frühestmöglich weitere geeignete diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.

Vorsorgeuntersuchungen können unter anderem auch eine **Monitoring-Funktion** für die Überwachung einer zu- oder abnehmenden Kindeswohlgefährdung haben. Durch nachfolgende Untersuchungen können „positive“ und „negative“ Entwicklungsverläufe festgehalten werden.

Die **Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen** kann ein **erstes Warnsignal** auf eine Gefährdung sein.

Früherkennung sollte in der Schwangerschaft beginnen, Im Mütterpass sind Hochrisikofaktoren (Ziffer 6,7, 29, 30, 31) aufgeführt, die später in der Kumulation unter Umständen zu einer Kindeswohlgefährdung führen können. **Junges Alter** (z.B. unter 18 Jahren) der Mutter, **Armut** (von Sozialhilfe leben, Auswirkungen von Hartz IV) und Arbeitslosigkeit können ein **zusätzliches Risiko** bedeuten.

Eine interdisziplinäre **Kooperation Frauenklinik und Sozialpädiatrie an einem Klinikum** stellt eine vorbildliche Kombination für ein effektives interdisziplinäres Vorgehen dar. Eine frühe Vernetzung mit Kinderärzten, Frühförderung, unter Umständen auch Kinderpsychiatern und eine präventive (!) Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und dem Gesundheitsamt sollten obligat möglich sein. Der Begriff Prävention ist für diese beiden Bereiche noch genauer zu definieren.

Die **neuen Vorsorgehefte des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte** berücksichtigen weit mehr als bisher psychosoziale Hochrisikofaktoren und können sofort eingesetzt werden.

Eltern sollten regelmäßig ihr Vorsorgeheft in die ärztliche Praxis mitbringen, aus ihm sind jeder Zeit Hochrisikofaktoren (s.o.) und die Regelmäßigkeit von in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen zu entnehmen. Ein Kind fällt auch dann auf, wenn es in einer neuen, „fremden“ Praxis auftaucht.

Für das „**grüne Heft**“ (Vorsorge-Erinnerungsverfahren) hat das Kreisgesundheitsamt Mettmann eine Vorreiterfunktion. Weitere Einzelheiten sind dort entnehmen.

Öftring, Michaela (LTG)

Von: herrmann@klinikum-kassel.de
Gesendet: Mittwoch, 28. Juni 2006 12:13
An: Öftring, Michaela (LTG)
Betreff: AW: Anhörung zum Thema Kindesmisshandlung



Hess Landtag
Anfrage-Endversio...

Sehr geehrte Frau Oeftring,

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V übersende ich Ihnen die Beantwortung des Fragenkataloges zu Kindesmisshandlung anbei als Datei. Professor Bode, der Vorsitzende der DGSPJ bat mich nach Durchsicht Ihnen die Stellungnahme in seinem Auftrag zukommen zu lassen.

Reicht Ihnen das so per Mail aus oder brauchen Sie eine schriftliche "offiziellere" Version auf Papier?

mit freundlichen Grüßen!

B.Herrmann

<<Hess Landtag Anfrage-Endversion.doc>>
Dr.med.Bernd Herrmann
Facharzt für Kinder und Jugendmedizin,
Neonatologie, Kinder- und Jugendgynäkologie (IFEPAG)
Oberarzt der Kinderklinik des Klinikum Kassel
Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz
Vorstand und Webmaster der DGgKV
(Deutsche Gesellschaft gg. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung)
Tel: 0561-980 3389 oder 9800 Fax: 0561-980 6951
Mönchebergstr. 43, 34125 Kassel
E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de, b.herrmann@t-online.de
Internet: www.dggkv.de, www.kindesmisshandlung.de,

Stellungnahme zum Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung „Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung“

durch

Dr.med. Bernd Herrmann, Kassel

Im Auftrag und Namen der

Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Teil 1:

Zusammenfassende Stellungnahme zur Frage verpflichtender Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte bzw. von Alternativen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und Vernachlässigung

Der Fragebogen des Sozialpolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages lässt sich verkürzen auf die Frage ob verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte ein geeignetes Instrument sind, um Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und Vernachlässigung zu schützen bzw. welche Ergänzungen oder Alternativen dazu bestehen. Aufgrund der sich in vielen Bereichen überschneidenden Fragen erfolgt diesbezüglich eine zusammenfassende und grundsätzliche Stellungnahme, im Anhang werden einige darüber hinausgehenden Fragen zusätzlich beantwortet.

Zusammenfassung

Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen werden nicht als geeignetes Mittel angesehen, den Schutz von Kindern vor Gewalt und Vernachlässigung zu verbessern. Gründe hierfür sind ein weitreichender Eingriff in das Arzt-Patient-Verhältnis bzw. das Vertrauensverhältnis zur Familie, die Nichteignung der Vorsorgeuntersuchungen als Gewalt-Screening-Instrument, die ungenügenden fachlichen Voraussetzungen auf Seiten der untersuchenden Ärzte, die ungeklärte Frage der Art und Organisation der Konsequenzen bei Nichtinanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und die Frage ob geeignete Ressourcen zur Überprüfung des Verdachtes (Bestätigungsdagnostik) und für eine erfolgsgeprüfte Intervention zur Verfügung stehen, die Fraglichkeit der tatsächlichen Erfassung der Mehrzahl der Fälle sowie (verfassungs-) rechtliche Bedenken.

Erforderlich zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und Vernachlässigung ist dagegen ein **komplexes Gesamtkonzept** der Prävention, der frühen Erkennung von Risikokonstellationen und –Familien (soziale Frühwarnsystem), der möglichst frühzeitigen Erkennung manifester Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen und der jeweils fach- und erfolgsgerechten Intervention. Je früher diese einsetzen, umso Erfolg versprechender sind sie einzuschätzen. Grundsätzlich ist eine Ergänzung der bestehenden Angebote durch Stärkung und Ausbau von aufsuchenden Gesundheitsdiensten sinnvoll. Daneben sind die Verbesserung der Lebensbedingungen insbesondere sozial belasteter Familien und die vor-

beugende Verbesserung von Eltern- und Erziehungskompetenz wichtige präventive Faktoren. Die in den letzten Jahren erfolgte Kürzung der finanziellen Ausstattung präventiver Projekte ist im Sinne der Gewaltprävention kontraproduktiv.

Speziell im gesundheitlichen Bereich ist eine Überarbeitung des Konzeptes der Vorsorgeuntersuchungen sowie Einführung zusätzlicher Vorsorgetermine gefordert, eine verbindliche Kooperation mit dem Sozialbereich (Jugendämter, Beratungsstellen) im Bereich der Prävention und Intervention, insbesondere eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und die Schaffung organisatorischer Voraussetzungen im Gesundheitswesen für einen verbesserten Kinderschutz (Kinderschutzgruppen an Kliniken, Förderung der Forschung und Lehre, Förderung der Frühintervention bei Risikofamilien in Geburtskliniken und später z.B. durch Schreibabyambulanzen).

Argumente der Befürworter einer „höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls“ und dazu notwendige Voraussetzungen (z.B. Entschließungsantrag Hamburg im Bundesrat)

„Ziel der verbindlichen Vorsorgeuntersuchungen ist es, Entwicklungsstörungen und –defizite, aber auch Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern frühzeitig aufzudecken, um rechtzeitig durch geeignete Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten gegen zu steuern“

Möglicherweise würden tatsächlich einige gravierende (Einzel-) Fälle wie Jessica aus Hamburg auch unabhängig von der personellen und strukturellen Qualität der Vorsorgeuntersuchungen auffallen und in diesen Fällen womöglich „das schlimmste“ verhindert werden können

Kinder- und Jugendärzte sind tatsächlich die einzigen Fachleute, die in den ersten drei Lebensjahren regelhaft und in einem hohem Prozentsatz Kinder sehen, die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen beträgt über 90 % im Alter bis zu 2 Jahren, etwa 80 % bei den 3-4 Jährigen, 75% bis zur U9 zur Einschulung.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen von Kindern aus Familien in schwierigen Lebenslagen, in denen vermehrt Kindeswohlgefährdungen auftreten, und aus Migrantenfamilien, fällt deutlich geringer aus. Sie würden durch verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen vermehrt erfasst.

Voraussetzung dafür wäre, dass die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen dazu führt, dass misshandelte und vernachlässigte Kinder zuverlässig erkannt werden, d.h. Vorsorgeuntersuchungen sind tatsächlich ein geeignetes Instrument der Erkennung von Gewalt und Vernachlässigung

Voraussetzung dafür wäre, dass Kinder- und Jugendärzte, aber auch alle anderen Arztgruppen die Vorsorgeuntersuchungen durchführen (Allgemein-, Hausärzte, hausärztliche Internisten – Anteil etwa 12%), ausreichend qualifiziert sind um vernachlässigte und misshandelte Kinder im Rahmen der Vorsorgen zu erkennen.

Voraussetzung dafür wäre, dass Ärzte die Vorsorgeuntersuchungen durchführen, ein schlüssiges Konzept haben, wie in der Folge damit umgegangen werden soll, d.h. es stehen ihnen geeignete Ressourcen zur Überprüfung des Verdachtes (Bestätigungsdiagnostik) und für eine erfolgsgeprüfte Intervention zur Verfügung.

Voraussetzung dafür wäre, dass die Frage der Konsequenzen, also was mit Nichtteilnehmenden Eltern/Familien geschieht geklärt ist, also ob ein entsprechendes Meldesystem existiert und die Frage von Sanktionen oder alternativen Maßnahmen geklärt ist.

Bei der Entscheidung, ob Kinder durch verbindliche Vorsorgeuntersuchungen besser zu schützen sind, wäre zunächst zu prüfen, ob diese Hypothesen und Voraussetzungen zutreffen.

Weiterhin ist bei der Umsetzung dieser Argumentation insbesondere auf den rechtlichen Rahmen zu achten, d.h. inwieweit wären Veränderungen mit den Elternrechten, Datenschutzrechten und Kinderrechten vereinbar.

Den möglichen Vorteilen verpflichtender Vorsorgeuntersuchungen stehen entscheidende Bedenken, Einschränkungen und Nachteile entgegen:

Grundsätzlich wird durch die Einführung einer ärztlichen Meldepflicht das **Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Familien** entscheidend berührt: Überwachung, Meldung und etwaig nachfolgende Sanktionierung verändert und belastet das Verhältnis grundlegend – es kann zudem vermutet und befürchtet werden, dass zukünftig bei Problemen, Belastungen, Verletzungen Familien das Hilfesystem Medizin als traditionell niederschwellige Anlaufstelle meiden oder zum Nachteil von misshandelten Kindern zu spät oder gar nicht aufsuchen.

Motivation, Eigenverantwortung und Elternkompetenz wird durch ein Kontroll- und Sanktionswesen nicht gefördert – es ist zu befürchten dass Problemfamilien in ihrer Tendenz der Behördenmeidung verstärkt und die Bereitschaft zur Annahme von Hilfen eher verringert wird; eine weitere Diskriminierung und Isolierung der Problemfamilien wäre die Folge und könnte Kinder mehr gefährden.

Bei den **Vorsorgeuntersuchungen** nach § 26 SGB V in der bisherigen Form handelt es sich um ein freiwilliges Angebot durch die gesetzliche und private Krankenkasse zur Früherkennung von Krankheiten, nicht um ein Risikoscreening, allgemeine Beratung oder Erkennung psychosozialer Problemlagen. Das aus den 70er Jahren stammende System ist selbst ohne den Anspruch Misshandlungen zu erkennen dringend überarbeitungsbedürftig (vergleiche entsprechende Stellungnahmen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie der Bundespsychotherapeutenkammer). Klare **Defizite** bestehen in der unzureichenden Identifikation von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen. In nahezu allen Fällen körperlicher und seelischer Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Misshandlung sind dagegen seelische Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten die Folge, ihre Erkennung in diesem Rahmen somit zumindest zweifelhaft.

Die zunehmenden **Abstände der Vorsorgeuntersuchungen** lassen es zweifelhaft erscheinen, ob Eltern ihre Kinder dann vorstellen, wenn Misshandlungen (beispielsweise anhand von Verletzungen) erkennbar sind – Vorstellungen im symptomfreien Intervall sind wahrscheinlicher, somit die „Trefferquote“ abgesehen von gravierenden Einzelfällen gering.

Auch wenn hierzu keine systematischen Untersuchungen vorliegen, zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass gesichert misshandelte Kinder nicht selten die Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchaus durchlaufen haben.

Der **Forschungs- und Ausbildungsstand** in der deutschen Medizin ist bislang längst noch nicht befriedigend, um Misshandlungen sicher zu vermuten, zu diagnostizieren und geeignet zu

intervenieren – dies gilt selbst für Kinder- und Jugendärzte, verstärkt noch für die nichtpädiatrische hausärztliche Versorgung (etwa 12% der Vorsorgen!). Ein deutsches medizinisches Handbuch fehlt bislang ebenso wie systematische Ausbildungsinhalte in Studium, Facharztausbildung und Weiterbildung. Zu medizinischen Aspekten bei Kindesmisshandlung existiert bislang bundesweit lediglich ein einziges etabliertes Ausbildungsangebot (jährliche Kasseler Fortbildung der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung). Bezüglich der Qualifikation, der Untersuchungsdurchführung, der Erkennung, Bestätigung und Intervention bei manifesten oder drohenden Kindeswohlgefährdungen besteht eine hohe Varianz der durchführenden Ärzte.

Die bisherigen Erfahrungen aus schweren und tödlichen Misshandlungen und Vernachlässigungen zeigt, dass **Defizite im Bereich der Erkennung und Fachkompetenz** (Opfer waren dem medizinischen und nichtmedizinischen System häufig bekannt) vor allem aber im Bereich der Kooperation, Kommunikation und Verantwortungsübernahme zwischen den unterschiedlichen betroffenen Professionen bestanden. Diese Mängel würden von verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen nicht berührt.

Unklar bleibt wer die **Kontrolle, Nachverfolgung und Sanktionierung** der Nichtvorgestellten Kinder/Familien übernehmen soll. Die wiederholt vorgeschlagenen Krankenkassen weisen auf den erheblichen Zeitverzug hin, der zwischen Untersuchungszeitpunkt, der Verarbeitung der Daten durch die kassenärztlichen Vereinigungen und Rückmeldungen an die Kassen auftritt – dieser kann bei den Zeitkorridoren der Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Jahr betragen, somit weit jenseits sinnvoller Reaktionen auf mögliche Gefährdungslagen. Vergleiche die ablehnende Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zu verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen, die auch darauf hinweisen, dass über die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nur die gesetzlich versicherten Kinder erfasst würden. Hiermit würde auch der Gleichheitsgrundsatz verletzt.

Darüber hinaus bestehende Bedenken, inwieweit verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen mit der **Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung** vereinbar wären und **Grundrechte** der allgemeinen Handlungsfreiheit und das Elternrecht berührt würden sind abzuwägen gegenüber dem Recht der Kinder auf gewaltfreie Erziehung entsprechend §1631 Abs. 2 des BGB und dem Artikel 19, Abs. 1 der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen. Eine Einschränkung des Elternrechtes ist nicht grundsätzlich zu verurteilen, wenn die Maßnahmen tatsächlich mit hoher Wahrscheinlichkeit einem verbesserten Schutz von Kindern dienen. Diese Abwägung in Bezug auf verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen wird aus den o.g. Gründen jedoch nicht positiv bewertet.

Erläuterung der Ablehnung verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen¹

Somit kann festgestellt werden, „dass ein Screening-Programm zur Früherkennung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen durch Kinderärzte aus oben genannten Gründen weder effizient, fachlich sinnvoll noch als praktikabel einzustufen ist. Voraussetzung wäre die Anwendung von Risiko-Checklisten und eine ärztliche Meldepflicht bei Auffälligkeiten, die mit der bestehenden Angebotsstruktur der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nicht vereinbar wäre (vgl. Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, sowie Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Hamburger Initiative an den Bundesrat). Im Übrigen wäre ein solches Screening Programm erst dann zu rechtfertigen, wenn Ressourcen für die Überprüfung des Verdachts (Bestätigungsdiagnostik) und insbesondere für eine erfolgsgeprüfte Intervention vorhanden sind, was zum jetzigen Zeitpunkt nicht der Fall ist. Bei dem Kinder-Früherkennungsprogramm handelt es sich um ein freiwilliges Angebot durch die gesetzliche und private Krankenkasse zur Früherkennung von Krankheiten, nicht um ein Risikoscreening, allgemeine Beratung oder Erkennung psychosozialer Problemlagen. Die Eltern führen das Früherkennungsheft ihres Kindes bei sich, alle Befunde, die dort dokumentiert werden, müssen mit den Eltern besprochen werden. Dies führt bereits jetzt zu einer Verzerrung der Dokumentation, in der Weise, dass beispielsweise seelische Störungen in sehr geringem Umfang dokumentiert werden.

Bei eindeutigen und schwerwiegenden körperlichen Hinweisen wie Blutungen, inneren Verletzungen, Knochenbrüchen oder Unterernährung des Kindes wird der Kinderarzt in jedem Fall eine spezialisierte Diagnostik veranlassen, die die Ursache der Gesundheitsstörung abklärt. Der Verdachtsgrad hängt dabei jedoch unmittelbar von der Vertrautheit des Arztes mit medizinisch-diagnostischen Aspekten bei Misshandlungen und seinem Verdachtsgrad („gesundes Misstrauen“) zusammen. Die fachlichen Grundlagen hierfür sind, wie bereits erwähnt im ambulanten ebenso wie im stationären Bereich deutlich unbefriedigend.

Die notwendige Diagnostik, ob eine seelische Entwicklungsstörung aufgrund einer bisher nicht bekannten Vernachlässigungs- oder Misshandlungsproblematik besteht, oder ob der Tatbestand einer Kindeswohlgefährdung vorliegt, sprengt bisherige Ziele und Möglichkeiten der Früherkennungsuntersuchungen, auch wenn erkennbare Hinweise nach bestem Bemühen verfolgt werden. Seelische Entwicklungsstörungen werden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchun-

¹ Zitiert aus einer gemeinsamen Stellungnahme von: **Dehtleff Banthien**, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Bad Oldesloe, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Schleswig-Holstein; **Dr. Dagmar Hundhausen**, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Schleswig, Sprecherin des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitswesen des Landes Schleswig-Holstein (KJD/ ÖGD); **Irene Johns**, Diplom Pädagogin / Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Kiel, Vorsitzende des Deutschen Kinderschutzbundes, Landesverband Schleswig-Holstein; **Prof. Dr. Ute Thyen**, Lübeck, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Wissenschaftliche Betreuung der Gesundheitsberichterstattung durch den KJD/ ÖGD in Schleswig-Holstein, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

gen derzeit zu selten erkannt. Dies liegt sowohl an den strukturellen Möglichkeiten und inhaltlichen Zielen des Früherkennungsprogramms wie auch an den unterschiedlichen Qualifikationen der Leistungserbringenden Vertragsärzte, zu denen niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit unterschiedlicher sozialpädiatrischer Kompetenz, aber auch Allgemeinärzte gehören (vgl. Stellungnahme des Bundesverbandes der Psychotherapeuten zur Reform des Früherkennungsprogramms). Die zur Zeit durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen angestrebte Reform des Früherkennungsprogramms für Kinder zielt auf eine Stärkung der Früherkennung von seelischen Entwicklungsstörungen

In Deutschland besteht keine Meldepflicht für Ärzte bei drohender Misshandlung und Vernachlässigung, gleichwohl besteht für jeden Kinderarzt/Ärztin zu jedem Zeitpunkt eine Fürsorgepflicht, bei für ihn / sie erkennbaren Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung mit den entsprechenden Fachkolleg/innen und der Jugendhilfe zusammen zu arbeiten. Die Diagnose einer seelischen Entwicklungsstörung bei jungen Kindern beruht in der Regel auf einem entsprechenden fachärztlichen Befund, Informationen aus der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. aus Beratungsstellen, Heimeinrichtungen, Kindertagesstätten etc.) und Schulen und wird in der Regel durch Mitwirkung von Kinderpsycholog/innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen gestellt. Eine Kooperation wird bereits durch den neuen §8a des KJHG (jetzt SBG VIII) ausreichend geregelt. Es stellt sich die Frage, wie die Mitwirkungspflicht und/ oder Kooperationsmöglichkeiten mit Vertragsärzten und Krankenhäusern gestärkt werden können. Die Entwicklung von transparenten und verbindlichen Standards und Leitlinien zur Kooperation sollten vorrangig gefördert werden. In nahezu allen bekannt gewordenen Fällen von schwerster Kindesmisshandlung und -vernachlässigung waren Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe oder Gesundheitsdienste im Vorfeld beteiligt - in der Regel scheiterte eine effiziente Intervention an mangelnder Kooperation und/ oder Fachkompetenz.

Demgegenüber lässt sich ein Konzept zur frühzeitigen Erkennung von geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen derzeit besser mit den Zielen des Früherkennungsprogramms vereinbaren und ist ihr integraler Bestandteil. Die Kooperation mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst, dem Jugendamt, Beratungsstellen, sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen erfolgt bereits, kann aber sicher noch besser strukturiert und muss vor allem noch ausgebaut werden. Hier ist zu beachten, dass niedergelassene Kinderärzte sich an der Früherkennung von Entwicklungsstörungen jeder Art bei den ihnen vorgestellten Kindern beteiligen sollen und können und dies in großem Umfang auch bereits tun. Für drei Aspekte sind sie jedoch nicht zuständig:

- die Fürsorge für ihnen nicht vorgestellte Kinder und die Anwaltschaft für deren Rechte
- die Früherkennung psychosozialer Problemlagen in Familien und
- die frühe Prävention und Intervention bei Bildungsbenachteiligung.

Die genannten Bereiche sind gesellschaftliche Aufgaben, die von den zuständigen staatlichen Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheit, Jugend, Soziales und Bildung oder von diesen beauftragte Einrichtungen oder Verbände geleistet werden müssen. Aufgrund der extrem hohen Zahl von Kindern in problematischen Lebensverhältnissen ist die Initiative zur Bereitstellung von Ressourcen zu sowohl früherer Erkennung als auch Vermittlung früher Hilfsangebote außerordentlich zu begrüßen. Ausdrücklich kann es dabei nicht nur um manifeste Formen von Vernachlässigung und Misshandlung gehen, sondern um Maßnahmen im Vorfeld (primäre und sekundäre Prävention). Nicht geregelt ist zum jetzigen Zeitpunkt, wie die Gesellschaft insgesamt, aber die zuständigen staatlichen Einrichtungen insbesondere, die besonders vulnerable Population von Kindern im Kleinkindalter erreicht, um den Schutz dieser Kinder zu gewährleisten.

Vorschläge für die Verbesserung des (kinder-) ärztlichen Beitrags zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und Vernachlässigung

1. Den pädiatrischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin DGKJ, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie DGSPJ, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)) wird empfohlen, analog zu vielen anderen pädiatrischen Subdisziplinen (Allergologie, Neonatologie, Kardiologie,...) eine „Arbeitsgemeinschaft Kindesmisshandlung und Vernachlässigung“ zu etablieren – aufgrund des auch in der Medizin multiprofessionellen Charakters werden hierzu auch die Rechtsmedizin, Gynäkologie, Radiologie, Augenheilkunde, öffentlicher Gesundheitsdienst zur Mitarbeit eingeladen.
2. Im Rahmen der Reform der Früherkennungsuntersuchungen sind verpflichtende Fortbildungen für die durchführenden Ärzte einzuführen, der Stellenwert der Vorsorgeuntersuchungen für die Gewaltproblematik ist in diesem Rahmen zu erlernen, ebenso die zwingend multiprofessionelle Natur des Umgangs damit.
3. Für die Versorgung misshandelter Kinder an Kinder- und Jugendkliniken ist eine Institutionalisierung und Spezialisierung, beispielsweise in Form von Ärztlichen Kinderschutzambulanzen zu fordern („Sozialpädiatrisch-forensisch-kindergynäkologisch-diagnostische Kompetenzzentren“), die sowohl an sozialpädiatrische Zentren als auch an pädiatrische Abteilungen angegliedert sein können. Es muss der Zugang zu spezialisierter somatischer Diagnostik als auch die Verbindung zur weitergehenden multiprofessionellen Betreuung gesichert sein. Eine Mischfinanzierung zwischen Krankenkassen, Krankenhaus und weiteren Leistungsträgern, wie öffentliche Fördermittel, wäre zu diskutieren. Diese Zentren könnten auch den stationären Part des oben diskutierten Frühwarnsystems wahrnehmen, Standardanlaufstelle für forensische Untersuchungen bei

Kindern sein, medizinische Qualitätsstandards weiterentwickeln und regional für Forschung und Weiterbildung zuständig sein.

4. Für den stationären Bereich ist zu fordern, dass jede Kinderklinik im Rahmen der Qualitätssicherung über ein Konzept bezüglich der Diagnostik und Umgang von Kindesmisshandlungen verfügt; vorzugsweise sollte das stationäre Vorgehen am Konzept der Kinderschutzgruppen (Vorbilder Schweiz, Österreich, vereinzelt in Deutschland; Konzeptbeispiel unter kindesmisshandlung.de als pdf verfügbar) orientiert sein.
5. Für den universitären Bereich ist die Forschung zu medizinischen Aspekten von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zu etablieren und als gesellschaftlich relevante Aufgabe zu fördern; beispielsweise Einrichtung von Lehrstühlen, Bereitstellen von Fördermitteln, Auslobung von Preisen für wissenschaftlichen Nachwuchs, etc.
6. Medizinische Aspekte der Diagnostik und des Umgangs mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sind verbindlich in den studentischen Unterricht, in die Weiterbildungsordnungen Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Chirurgie und Rechtsmedizin zu integrieren. Im Rahmen der verpflichtenden Weiterbildungen (CME-System sind für o.g. Fachgruppen eine Mindestzahl von Fortbildungspunkten im Bereich Kinderschutz zu erwerben, z.B. 15 Punkte in 5 Jahren.
7. Im medizinischen Bereich sind Präventionsbemühungen neben der oben skizzierten Beteiligung an sozialen Frühwarnsystemen insbesondere auf den Bereich der hoch gefährdeten Schreibabies (Kinder mit Regulationsstörungen, ehemals „Dreimonatskoliken“) zu richten. Das Augenmerk sollte auf der Etablierung bzw. Beteiligung an Schreibaby-Ambulanzen sowie entsprechenden Elternratgebern liegen (Beispiel Broschüre des Kinderschutzbundes Schleswig-Holstein, insbesondere mit dem Ziel das Schütteltrauma von Babies (größter Anteil an der Rate tödlicher Misshandlungen und schwerster Folgeschäden, Behinderungen) bewusst zu machen und zu verhüten. So genannte Schreibaby-Ratgeber sollten obligatorisch bei jeder U 2 und/oder U3 Vorsorgeuntersuchung den Eltern übergeben werden.
8. Die interdisziplinäre Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die mit jungen Kindern in Kontakt kommen muss dringend verbessert werden. Die Landesregierung sollte die Qualifizierung für alle Berufsgruppen im Bereich Medizin und Kinder- und Jugendhilfe und Pädagogik vorantreiben, die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen muss strukturell und organisatorisch gefördert werden, z.B. durch regionale Gesundheitskonferenzen oder ständige Arbeitskreise. Die Kommunen sollten die Schaffung von verbindlichen und transparenten regionalen Kommunikationsstrukturen unterstützen.“

Hintergründe und weiterführende Gedanken zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – dass sie schadet bestreitet niemand. Selbst die WHO erkennt und benennt explizit den Zusammenhang zwischen einer Vielzahl chronischer Leiden bei Erwachsenen und Misshandlungen in der Kindheit und rückt die Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen als herausragendes Thema auf ihre gesundheitspolitische Agenda (WHO 2002). Neuere neurobiologische Forschungen zeigen in beeindruckender Weise, dass chronische Misshandlungen zu bleibenden EEG-Veränderungen und messbaren Verringerungen des Hirnvolumens führen (Glaser 2000). Zahlreiche, wenngleich oft wenig sachliche, Berichte der Medien reflektieren ein hohes Maß an öffentlichem Interesse und Empörung. Gerade die Berichte der letzten Monate über tragische Fälle schwerster und tödlicher Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen wecken den Ruf nach schnellen und wirksamen Maßnahmen.

Kindesmisshandlung und –vernachlässigung ist also ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich äußerst relevantes Thema und neben hohen ökonomischen Folgekosten mit einem kaum zu ermessenden Ausmaß an individuellem Leid, Kränkung, schwerster seelischer Schädigung und erheblich belasteten individuellen Lebensläufen behaftet.

Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation damit ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu diagnostizieren und ihren Schutz und Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern (WHO 2002). Im Gegensatz dazu steht die geringe Repräsentanz des Themas in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, Forschung und universitären Lehre und Fachveröffentlichungen.

Während im zuletzt verstärkt öffentlich bewusst gewordenen Problembereich spektakulärer Einzelfälle von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen die Häufigkeit von lebensbedrohlichen Folgen von mangelnder Fürsorge oder Gewalteinwirkungen auf weniger als 1:1000 Kindern pro Jahr geschätzt werden kann, liegt die Häufigkeit von Entwicklungsstörungen in der geistigen, seelischen und körperlichen Entwicklung im Bereich von 10-15% bei 5-6-jährigen Kindern, die zur Einschulung vorgestellt werden.

Der Zusammenhang zwischen beiden Problembereichen ergibt sich dadurch, dass manche Entwicklungsstörungen durch mehr oder weniger schwere Formen der Vernachlässigung, gewaltförmigen Erziehungsmethoden oder Verwahrlosung des sozialen Umfeldes entstehen können. Hier handelt es sich in der Regel um komplexe psychosoziale Belastungssituationen von Familien, die zu einer Gefährdung des Kindeswohls führen können. Als wesentliche Faktoren

können benannt werden: veränderte Familienstrukturen, innerfamiliäre Konflikte als Folge von Überlastung, mangelnde Erziehungskompetenz, Substanzmissbrauch und psychische Erkrankungen bei Eltern, spezifische Integrationsprobleme bei Familien mit Migrationserfahrung und schwierige soziale und wirtschaftliche Rahmenbedingungen von Familien. Die Problemlagen tragen zur Entstehung von Entwicklungsstörungen bei, oft in Verbindungen mit anderen körperlichen und geistigen Risiken für die Entwicklung. Seltener handelt es sich um akute Einwirkungen, die unmittelbar am gesundheitlichen Zustand der Kinder ablesbar wären.

Kindesmisshandlung ist keine eigene Erkrankung im eigentlichen Sinne. Zu dessen regelmäßigen Konsequenzen sind jedoch neben den rein somatischen Verletzungsfolgen und Erscheinungen einer Mangelversorgung eine Vielzahl psychischer Störungen und sozio-emotionaler Verhaltensauffälligkeiten zu zählen, die mit einem erheblichen seelischen Leiden und hinsichtlich der psychischen Gesundheit mit einer ungünstigen Prognose verknüpft sind. Konservative Prävalenz Schätzungen in den USA, die ausschließlich auf angezeigten und bestätigten Misshandlungsfällen beruhen, belaufen sich auf 1-2 %. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen weit höher anzusetzen ist.

Nach einer etwas älteren retrospektiv angelegten Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen sind in Deutschland circa 150.000 Kinder pro Jahr von körperlicher Kindesmisshandlung durch die Eltern betroffen. Laut polizeilicher Kriminalstatistik werden jährlich bundesweit zwischen zwei und dreitausend Fälle körperlicher Gewalt gegen Kinder und 13 bis 15000 Fälle von sexuellem Missbrauch angezeigt. Während der Verwandtenanteil unter den Tatverdächtigen der bekannt gewordenen Fälle etwa 15% beträgt, ist für das sehr viel größere Dunkelfeld von einer Struktur enger Opfer-Täter-Beziehungen auszugehen, laut amerikanischen Schätzungen zu 80% die Eltern.

Aus einer Vielzahl von Prävalenzstudien lassen sich weltweit die Prävalenzraten sexuellen Missbrauch in der Kindheit bei Frauen konservativ zwischen 10-15% und bei Männern zwischen 5-10% schätzen.

Daten aus den USA weisen darauf hin, dass für Kinder unter 4 Jahren das höchste Risiko für tödliche Folgen von Kindesmisshandlungen besteht. Von den für das Jahr 2002 geschätzten 1400 Fällen von Kindesmisshandlungen mit tödlichem Ausgang in den USA entfallen 76% auf die Kinder unter 4 Jahren. Kinder unter einem Jahr sind dabei mit 41% besonders stark betroffen. Zugleich weisen aktuelle Studien daraufhin, dass vermutlich 50 bis 60% der Todesfälle aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung in den offiziellen Statistiken nicht erfasst werden. Die überlebenden Kinder, die Misshandlung oder Vernachlässigung erfahren, weisen zusätzlich zu den körperlichen Folgen von Verletzungen häufig schwerwiegende psychische, emotionale, kognitive und Verhaltensstörungen auf. Kinder, die missbraucht oder misshandelt wurden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine verlangsamte kognitive Entwicklung und

eine geringe schulische Bildung. Hinsichtlich der emotionalen und psychischen Konsequenzen von Misshandlung treten erhöhte Aggressivität und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten wie auch internalisierende psychische Störungen, wie Depression und Posttraumatische Belastung oder Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörung gehäuft auf. Die Schwere und Dauer der Misshandlung und Vernachlässigung haben dabei einen wesentlichen Einfluss auf die Schwere der resultierenden Beeinträchtigung sowie den Verlauf und Erfolg einer Behandlung. Wie schon erwähnt finden sich bei chronisch misshandelten Kindern auch persistierende EEG Veränderungen als einer der Hinweise auf messbare strukturelle Veränderungen und Verringerungen des Gehirns.

Die individuellen **Folgen von Misshandlung und Missbrauch** in der Kindheit erstrecken sich dabei bis weit in das Erwachsenenalter, sowohl hinsichtlich der psychischen als auch der körperlichen Gesundheit. Auch hier ist von einer defizitären Detektionsrate von Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch und Vernachlässigung auszugehen, die zu einer Fortsetzung der Traumatisierungen führt und sich entsprechend negativ auf die soziale Einbindung, die gesamte psychische Entwicklung sowie auf die Prognose bei einer späteren Therapie auswirkt.

Gesellschaftliche und ökonomische Folgen

Wenngleich die skizzierten Folgen und das durch Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung entstehende Leid nicht nur ein hinreichendes und starkes Argument für eine massive Anstrengung der Gesellschaft zu Prävention und Intervention sind, würde schon eine nüchterne Kosten-Nutzen-Berechnung ausreichen um erhebliche Bemühungen zur Behebung zu initiieren. Neben dem hohen Ausmaß individuellen Leids und seelischer Schädigung und in hohem Maße belasteter individueller Lebensläufe, deren Ausmaß kaum messbar ist, muss sich die Gesellschaft auch die Frage der ökonomischen Folgekosten von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen stellen.

Daten liegen hierzu aus den USA (ca. 3,5-fache Bevölkerungszahl wie Deutschland) vor. Die WHO gibt für das Jahr 1996 Gesamtkosten von 12.4 Milliarden Dollar in den USA und 1.2 Milliarden Dollar nur für akute Jugendhilfeinterventionen in Großbritannien an (WHO 2002). In einer ausführlichen Kostenkalkulation von Prevent Child Abuse America (www.preventchildabuse.org) wurden die Kosten für die direkten Folgen (Medizinische Behandlung, psychiatrische Erkrankungen, Jugendhilfe, Rechtssystem) auf über 24 Milliarden Dollar für das Jahr 2001 geschätzt, die indirekten Kosten (Betreuung behinderter Misshandlungsoffer, Kriminalität, verlorene Produktivität und Steuerausfälle der Gesellschaft) auf knapp 70 Milliarden Dollar, zusammen also etwa 94 Milliarden Dollar jährlich². Die „Investition“ von finanziellen Ressourcen zur Verhinderung individuellen Leids in ein effektives Kinderschutzsystem würde

² Fromm S (2001): http://pcaa.convio.net/site/PageServer?pagename=research_reports_and_surveys

somit nicht nur dem moralischen Anspruch eines entwickelten Gesellschaftssystems entsprechen, sondern sich auch langfristig ökonomisch rechnen; konservative Schätzungen gehen davon aus, das jeder so „investierte“ Euro sich 5-7-fach „zurückzahlt“.

Grundgedanken zum Kinderschutz

Aus dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und der von Deutschland ratifizierten UN-Kinderrechtskonvention von 1990 ergibt sich das **Grundrecht jeden Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit:**

UN-Kinderrechtskonvention von 1990:

Artikel 3 [Wohl des Kindes]

- Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das **Wohl des Kindes** ein Gesichtspunkt, der **vorrangig** zu berücksichtigen ist.

Artikel 19 [Schutz vor Gewaltanwendung, Mißhandlung, Verwahrlosung]

- Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um **das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Mißhandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Mißbrauchs zu schützen**, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.
- Diverse **Schutzmaßnahmen sollen** je nach den Gegebenheiten **wirksame Verfahren** zur Aufstellung von Sozialprogrammen **enthalten**, die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahme zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung in den in Absatz 1 beschriebenen Fällen schlechter Behandlung von Kindern und gegebenenfalls für das Einschreiten der Gerichte.

Welche Maßnahmen und Konzeptionen werden alternativ zu einem System verpflichtender Vorsorgeuntersuchungen befürwortet?

Ebenso wie in den vergangenen Jahren spektakuläre Sexualstraftaten an Kindern den Ruf nach einer Anzeigepflicht nach sich zogen (die, nachdem sie von Fachverbänden vehement abgelehnt wurde, nicht weiter verfolgt wurde) besteht die Gefahr, dass spektakuläre und tragische Einzelfälle gravierender und zum Teil tödlicher Misshandlungen und Vernachlässigungen wieder zum Reflex schneller und öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen führen. Weder sind die als Spitze des Eisberges zu charakterisierenden tragischen Einzelfälle repräsentativ für das gesamte Spektrum von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, noch sind die Maßnahmen, die sie hätten womöglich verhindern können, geeignet auf das gesamte Problem der Gewalt an Kindern und Jugendlichen zu reagieren.

Erforderlich ist ein **komplexes Gesamtkonzept** der Prävention, der frühen Erkennung von Risikokonstellationen und –Familien (soziale Frühwarnsystem), der möglichst frühzeitigen Erkennung manifester Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen und der jeweils fach- und erfolgsgerechten Intervention. Je früher diese einsetzen, umso Erfolg versprechender sind sie einzuschätzen. Grundsätzlich ist eine Ergänzung der bestehenden Angebote durch Stärkung und Ausbau von aufsuchenden Gesundheitsdiensten sinnvoll. Daneben sind die Verbesserung der Lebensbedingungen insbesondere sozial belasteter Familien und die vorbeugende Verbesserung von Eltern- und Erziehungskompetenz wichtige präventive Faktoren.

Die **frühe Erkennung von seelischen und sozialen Notlagen von Familien**, die mit einem hohen Risiko späterer Kindesmisshandlungen einhergeht sollte Idealerweise schon während der Schwangerschaftsbetreuung beginnen um ungünstige pränatale Faktoren zu beeinflussen. Spätestens bei der Geburt sollten anhand standardisierter Erfassung von Risikofaktoren die Familien identifiziert werden, bei denen ein erhöhter Bedarf an Unterstützung und Hilfen erforderlich sind um Gefahren für die Kinder abzuwenden (sog. „Düsseldorfer Modell“). Ideal ist hierfür die Kooperation von Geburtskliniken, Kinderärzten, Gesundheitsamt und Jugendamt.

Ein **Programm von Hausbesuchen** durch Familienhebammen und/oder Kinderkrankenschwestern für alle Eltern nach der Geburt des ersten Kindes (bei Bedarf auch nach der Geburt weiterer Kinder) ermöglicht die Beratung und Unterstützung der Eltern zu Beginn der Elternschaft und kann auf bestehende Angebote und Hilfen aufmerksam machen.

Neben den bereits bestehenden Schwangerschaftskursen könnten **Bildungs- oder Trainingsangebote im Rahmen der Familienbildung**, die an ein Bonussystem geknüpft sind, den Umgang mit den neuen Herausforderungen des Elternseins erleichtern. Diese Angebote sollten an bereits bestehende Einrichtungen wie Eltern-Kind-Zentren, Beratungsstellen etc. angegliedert

werden; in besonders belasteten Stadtteilen und Regionen sollten darüber hinaus niedrigschwellige Anlaufstellen für Eltern eingerichtet werden, in denen direkte Hilfen für den Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern angeboten werden, ebenso entlastende Angebote durch Betreuung in kostenlosen Kindertageseinrichtungen

Auch wenn das Ziel eine **Stärkung eigenverantwortlichen Elternhandelns**, der Selbstverantwortung und Autonomie der Familie ist, muss das Wohl des Kindes Vorrang vor dem Elternrecht haben. Dieses ist ausschließlich als pflichtgebundenes, treuhänderisches Recht zu verstehen, das seine Grenze am Wohl des Kindes findet. Elternrecht heißt vor allem Elternverantwortung. Hier ist eine Verschiebung der aktuellen Prioritäten des KJHG wünschenswert im Sinne der Verbindung von Hilfen mit Kontrollen und soweit nötig Einschränkungen des Elternrechts.

Frühe Warn- und Hilfsysteme müssen wie das gesamte Interventionssystem in ihrer Effektivität nachvollziehbar belegt und evaluiert werden, wofür ein System unabhängiger **Erfolgskontrolle** entwickelt werden muss. Dieser qualitative Standard des Hilfsystems muss bundesweit verfügbar sein, unter Integration regionaler und lokaler Besonderheiten.

Für deren Konzeptualisierung und Umsetzung als auch für Erkennung und Intervention von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen ist die **fachliche Qualifizierung** der Professionellen aller Bereiche im Kinderschutz deutlich und verbindlich zu verbessern: fachübergreifende spezifische Fortbildungen und die Integration bereits in die Ausbildung der entsprechenden Berufe. Insbesondere die Berufsgruppen, die bereits pränatal und perinatal Kontakt zur Familie haben wie Geburtshelfer und Hebammen, müssen in ein Konzept der Frühen Hilfen eingebunden werden. In der Jugendhilfe sollten –soweit nicht vorhanden– zusätzliche Kenntnisse im Bereich der Entwicklung und Pflege von Säuglingen und Kleinkindern vermittelt werden. Die Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen muss enger werden. Die Schnittpunkte zwischen Berufsgruppen sind festzulegen, das Vorgehen konzeptionell klar vorzugeben.

Grundsätzlich muss das bestehende Kinderschutzsystem deutlich besser **materiell und personell ausgestattet** werden um mit dem komplexen und anspruchsvollen Problemkreis Gewalt in Familien adäquat umgehen zu können. Ein klares Votum zu einer umfassenden Umgestaltung und Neuorientierung im Kinderschutz ist nicht zum Nulltarif zu haben. **Kürzungen im Sozialbereich** bei Prävention als auch bei der personellen und materiellen Ausstattung der Jugendhilfe werden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Anstieg der sozialen Folgekosten führen. Die ökonomischen Folgekosten von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen sind beträchtlich (siehe unten) und müssen in Relation zu den erforderlichen Ausgaben für Prävention, Frühwarnsysteme und Intervention gesehen werden (siehe auch S.12-Ökonomie).

Die **Kooperation, Verbindung, Kommunikation und Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen** vor Ort sollte verbindlich gestaltet werden, in Form einer gesetzlichen wechselseitigen Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Diensten des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs im Sinne des Kindeswohls; Festlegung von Verfahrensregeln für die Kooperation unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen (vgl. die im § 8 a SGB VIII vorgesehenen Regelungen). Sinnvoll ist die Nutzung und Ausbau und Förderung der Erfahrungen bereits Arbeitskreise und „Runder Tische“, bestehend u.a. aus öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, Justiz, Polizei, Therapeuten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinern u.a. Berufsgruppen. Dabei sollte eine Überprüfung der gesetzlich festgelegten Zuständigkeiten erfolgen mit dem Ziel, die strukturelle Trennung der Bereiche Gesundheit, Soziales und Bildung zu überwinden oder zumindest durchlässiger zu machen. Für die realistische Durchführung dieser strukturellen Veränderung ist es auch erforderlich die Vergütungsordnungen im medizinischen Bereich zu überprüfen mit dem Ziel, psychosoziale Beratungen, Elterngespräche, Teilnahme an Helferkonferenzen und Case-Management angemessen vergütet zu bekommen.

Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen durch Kinder- und Jugendärzte sind kein geeignetes Mittel zur Verbesserung des Kindesschutzes. Die Vorsorgeuntersuchungen sollten jedoch überarbeitet und den heutigen Erkenntnissen und Erfordernissen angepasst werden. Sie könnten dann durch verbesserte Erkennung und Intervention bei emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen auch einen qualitativ besseren Umgang mit Kindeswohlgefährdungen leisten. Zur besseren Akzeptanz der Kinderuntersuchungen sollte dennoch nicht durch Sanktionen, sondern durch intensive Information, ein Einladungswesen, evtl. ein Bonussystem als auch die Verknüpfung mit nachgehenden, aufsuchenden und unterstützenden Diensten beigetragen werden. Die Balance zwischen Empathie und Kontrolle muss sich im Hilfesystem wieder finden und gelingt nur in einer guten Kooperation verschiedener Dienste. Nicht eine verpflichtende Vorsorge, sondern eine Pflicht zur Kooperation der beteiligten Dienste und Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs schützt Kinder besser vor Gefährdungen.

Unicef benennt wichtige Bausteine der Prävention von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche:

- **Bewusstsein** schaffen: In der Öffentlichkeit und in den Medien muss das Bewusstsein für die alltägliche Gewalt, der Kinder ausgesetzt sind, gestärkt werden. Die Aufmerksamkeit darf nicht bei den schockierenden Extremfällen stehen bleiben.
- Die **Ausbildung** von Sozialarbeitern und Mitarbeitern der Jugendhilfe ist von großer Bedeutung, um bedrohte Kinder zu identifizieren. Hausbesuche bei Risiko-Familien und Beratungsangebote für junge Familien sind wichtig. Dazu müssen ausreichende personelle Kapazitäten vorhanden sein.
- **Armutsbekämpfung**
- **Kultur der Gewaltlosigkeit:** Es muss ein gesellschaftliches Klima geschaffen werden, dass jegliche Gewalt gegen Kinder ächtet. Es muss klar sein, dass jeder Versuch von Erwachsenen, Kindern gewaltsam ihren Willen aufzuzwingen oder ihre Frustration an ihnen abzulassen, unakzeptabel ist.

Dazu ist die Gewinnung von **Medienpartnern** zur Information der Öffentlichkeit über die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Bildung und Förderung in den ersten Lebensjahren und über Aspekte der Gewaltprävention erforderlich. Personen des öffentlichen Lebens sollten verstärkt in Kampagnen und Werbestatements in dieser Richtung eingebunden werden.

Eine **Ausweitung der verpflichtenden staatlichen Förderung auf das letzte Kindergartenjahr**; und der Zugang für alle Kinder zu den Einrichtungen der vorschulischen Bildung würde einen deutlich höheren Anteil der Kinder fachlicher Betreuung und Fürsorge zuführen und ermöglichen soziale und emotionale Kompetenzen von Kindern in Kindertageseinrichtungen zu stärken. Gleichzeitig ist auch hier eine weitergehende Qualifizierung der Mitarbeiter erforderlich. Dies muss verbunden werden mit einer höheren Wertschätzung, Bezahlung und Attraktivität dieser Berufsgruppe, die wesentliche Beiträge zur Sozialisation und Einübung von Gruppenverhalten und Konfliktlösung legt, also wesentliche Grundsteine des Sozialverhaltens mitbestimmt.

Persönliche Schlussbemerkung

Nach aller sachlicher Analyse und Argumentation sei noch eine persönliche und vielleicht idealistische Schlussbemerkung gestattet. Das ungeheure Leid durch Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung und die daraus erwachsenden „verbogenen“, gekränkten, persönlichkeitsveränderten erwachsenen Menschen haben meines Erachtens einen kaum zu ermessenden Anteil am globalen Ausmaß verschiedenster Manifestationen von Gewalt auf individueller, gesellschaftlicher, internationaler Ebene, verkürzt gesagt am Elend und Leid auf unserer Welt. Je mehr Bemühungen wir in einen adäquaten Kinderschutz stecken, umso mehr können wir zur Verringerung dieses Leides beitragen, also etwas zur erfreulicheren und friedlicheren Koexistenz auf diesem Planeten tun.

Dr.med.Bernd Herrmann

Facharzt für Kinder und Jugendmedizin, Neonatologie, Kindergynäkologie (IFEPAG)

Oberarzt der Kinderklinik des Klinikums Kassel,

Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz

Vorstand und Webmaster der DGgKV (Dt. Gesellschaft gg. Kindesmisshandlung u. Vernachlässigung)

Mitglied der ISPCAN Experten fakultät (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect)

Mönchebergstr. 43, 34125 Kassel

Tel: 0561-980 3389 oder 9800 **Fax:** 0561-980 6951

E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de, b.herrmann@t-online.de, **Internet:** kindermisshandlung.de

Teil 2 - ANHANG:

Ergänzende Stellungnahme zum Fragenkatalog der Fraktionen zur Anhörung „Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung“

Dr.med. Bernd Herrmann

Im Auftrag und Namen der **Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie**

Vorbemerkung

Aufgrund der vielfach sich überschneidenden und teils sich wiederholenden Fragestellungen und aufgrund der Komplexität der Fragestellung wurde vorangehend eine ausführliche **Gesamtstellungnahme** vorgelegt. Die unten angeführten Fragen werden darüber hinaus kurz mit Verweis auf diese Darstellung („vgl. Stellungnahme“) beantwortet.

Fragenkatalog der Fraktion BÜNDNIS 90 / Die GRÜNEN und der SPD-Fraktion:

Themenblock A

Zu den Anträgen der CDU Schutz vor Misshandlung und Verwahrlosung (16/5136), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN Elternkompetenz stärken – Familien unterstützen – Kinder schützen (16/5200) und der SPD Wirksamer Schutz von Kindern vor Misshandlung und Verwahrlosung (16/5205)

III. Die Bedeutung des Schutzauftrages für die beteiligten Berufsgruppen und Institutionen (Vorschlag: schriftliche Anhörung):

A. Themenbereich: Früherkennungsuntersuchungen, Rolle im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen und Institutionen

1. Halten Sie die Verpflichtung von Früherkennungsuntersuchungen für ein geeignetes Mittel, Vernachlässigung von Kindern zu erkennen und Kinder wirksam zu schützen? Wie bewerten Sie die Forderung, die im SGB V verankerten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U 1 – U 9) so verbindlich zu gestalten, dass alle Kinder erfasst werden? Welche gesetzlichen Änderungen wären nötig bzw. sind überhaupt verfassungsrechtlich möglich? Gibt es andere gesetzliche Lösungen – z.B. Landesgesetze, Erlasse, Verordnungen – Früherkennungsuntersuchungen verbindlicher zu gestalten?
Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen werden nicht als geeignetes Mittel gesehen den Kindesschutz zu verbessern (vgl. Stellungnahme S.4-8)
2. Wie bewerten Sie die Forderung nach Sanktionen für die Eltern, deren Kinder nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen? Sind Sanktionen möglich bzw. notwendig, und wenn ja, welche könnten das sein? Welche Stelle sollte dafür zuständig sein? Halten Sie die Durchführung von Kontrollen für notwendig und wenn ja, wie sollten diese aussehen?
Sanktionen werden nicht als geeignetes Mittel gesehen den Kindesschutz zu verbessern, bevorzugt wird ein Einladungs- evtl auch Bonussystem in Verbindung mit aufsuchenden Diensten.
3. Welche Rolle kommt den Krankenkassen beim Schutz von Kindern zu? Welche Präventionsmaßnahmen können Krankenkassen anbieten?
Krankenkassen können durch logistische und finanzielle Unterstützung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen eine aktive Rolle beim Kinderschutz spielen. Eine weitere Funktion wäre die Mitfinanzierung von ärztlichen Kinderschutzambulanzen bzw. –zentren (vgl. Stellungnahme S. 8). Durch Reduktion der ökonomischen Folgekosten (vgl. Stellungnahme S. 12f) wären die Mehrausgaben eine sinnvolle Investition. Bislang hat sich lediglich die Techniker Kasse durch Unterstützung der Initiative Gewaltleitfäden für

Kinderarztpraxen (ab 1999, beginnend mit Pilotprojekt in Hamburg) und Unterstützung der einzigen bundesweiten jährlichen Ärztefortbildung der DGgKV in Kassel im Bereich Kinderschutz weit überdurchschnittlich engagiert.

4. Welche Rolle kommt den Kinderärzten beim Schutz von Kindern zu? Welche Maßnahmen können Kinderärzte anbieten? Wie sollte die notwendige Finanzierung geregelt werden?

Prävention, Risikoerkennung, Früherkennung, Diagnose manifester Gewalt, Abgrenzung von Differenzialdiagnosen, multiprofessionelle Planung der Intervention, Mit-Überwachung/Kontrolle des Maßnahmenenerfolges:

Kinderärzte haben je nach Ausprägungsform der Gewalt (körperlich, sexuell, Vernachlässigung) und Arbeitsschwerpunkt (Praxis, Klinik, ÖGD, Rechtsmedizin) sehr unterschiedliche Aufgaben. Durch ihre zentrale Rolle und Verantwortung für kindliche körperliche und seelische Gesundheit spielen sie potenziell eine sehr wichtige Rolle in einem multiprofessionell orientierten Kinderschutzsystem: Prävention durch Aufklärung, Erfassen von Risikofaktoren und Vorläufern von Gewalt; gezielte Prävention/Frühintervention bei Risikogruppen (z.B. Schreibabies: Gefahr eines Schütteltraumas); Erkennen/Diagnostizieren/ Benennen von erlittener Gewalt und Abgrenzung zu anderen Erkrankungen im klinischen und forensischen Bereich (größere Rolle bei körperlicher als bei sexueller Gewalt); kindergynäkologische (dabei seltener forensische) Diagnostik und Abgrenzung anderer Erkrankungen; durch Mitteilung körperlicher Intaktheit und Normalität bei Opfern sexuellen Missbrauchs therapeutischer Beitrag und Hilfe zu positivem Körperselbstbild; Ausschluss organischer Erkrankungen und Initiieren psychosozialer Diagnostik bei Verdacht auf Vernachlässigung; Initiieren und Begleiten von Interventionen durch die Jugendhilfe; Kontrolle ergriffener Maßnahmen durch engmaschige Vorstellungen beim niedergelassenen Arzt; therapeutische Funktionen im psychologisch/kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich.

5. Welche Rolle kommt den Hebammen beim Schutz von Kindern zu? Welche Maßnahmen können Hebammen anbieten? Wie sollte die notwendige Finanzierung geregelt werden?

Wichtige Funktion in der prä- und postnatalen Betreuung durch Erkennen von Risikokonstellationen, durch emotionale Nähe zu den Müttern potenziell besser akzeptierte Vermittlung von Hilfen; essentielle Berufsgruppe des aufsuchenden Systems im Rahmen des Frühwarnsystems. Spezifische Zusatz-Ausbildung jedoch erforderlich.

6. Welche Rolle kommt den Krankenhäusern beim Schutz von Kindern zu? Welche Maßnahmen können Krankenhäuser bieten? Wie sollte die notwendige Finanzierung geregelt werden?

Vgl. Stellungnahme S. 8f, Ideen für verbesserten kinderärztlichen Beitrag zum Kinderschutz: (Kinder-) Krankenhäuser als Träger von Einrichtungen wie Kinderschutzambulanzen bzw. Kompetenzzentren, Vorhalten spezialisierter Misshandlungsdiagnostik, Vorhalten von Qualitätsstandards zum fachgerechten medizinisch-diagnostischen und multiprofessionell interventionellen Umgang, Etablieren von multiprofessionellen Kinderschutzgruppen als Qualitätsstandard. Wichtige Rolle im sozialen Frühwarnsystem durch Identifizieren von Risikofamilien in der Geburtsklinik.

7. Welche Datentransfers sind Ihrer Auffassung nach notwendig, um Kinder aus „Risikofamilien“ besser zu schützen?

Geburtsklinik-Gesundheits-/Jugendamt (Clearingstelle im Frühwarnsystem)-niedergelassene Kinderärzte-Kinderklinik-Behandler der Eltern

8. Welche Rolle messen Sie der Schweigepflicht und dem Datenschutz dabei zu?

Durch sorgsame und fachlich begründete Abwägung der Rechtsgüter „Schweigepflicht“ und „Gefährdetes Kindeswohl“ in jedem Einzelfall keine problematische Rolle. Problematisch das noch weitverbreitete falsche Verständnis der Schweigepflicht als Hindernis eines effektiven Kindessschutzes.

9. Welche Änderungen in den sog. „Kinderrichtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses halten Sie für notwendig, um die Früherkennungsuntersuchungen zu modernisieren und effektiver auf den Schutz von Kindern auszurichten?
Umgestaltung der Kinderrichtlinien entsprechend Vorschlägen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Bundespsychotherapeutenkammer mit Berücksichtigung des aktuellen Krankheitsspektrums, stärkerer Berücksichtigung der Bereiche der psychischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Kompetenzen, bessere Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen, bessere Strukturierung und Standardisierung, Einführung standardisierter Interviewleitfäden insgesamt und psychometrischer Screeningverfahren zur U 8 und 9; bessere Eingrenzung spezifischer Risikogruppen, Validierung und systematische Evaluation der Vorsorgeuntersuchungen. Steigerung der Teilnahme durch schriftliche oder telefonische Terminerinnerungen bei regelmäßiger Vereinbarung des Folgetermins im Rahmen der vorherigen Früherkennungsuntersuchung; durch Einführung neuer Untersuchungen mit 3 und 7-8 Jahren Reduktion der Abstände der Vorsorgeuntersuchungen und vermutlich mehr „dabeibleiben“; Implementierung eines Eltern-Ordners/Elternbegleitheftes.
10. Was können Schuleingangsuntersuchungen zu einem besseren Schutz von Kindern beitragen? Wie bewerten Sie die Forderung nach einer landesgesetzlichen Regelung einer „Kindergarteneingangsuntersuchung“
Beide als Screeninginstrumente nur begrenzt effektiv, durch erfassen indirekter Hinweise und Einleiten entsprechender Diagnostik jedoch sinnvoll; vgl. Stellungnahme S. 8f. Verbesserung der Sensitivität durch Implementierung strukturierter Messinstrumente, z.B. Stuttgarter Kinderschutzbogen.
11. Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik, den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?
Vgl. Stellungnahme S. 8f, 14-17.
12. Welche Möglichkeiten gibt es, Schutzmaßnahmen möglichst früh und nicht erst mit Beginn des Schulalters einzuleiten?
Vgl. Stellungnahme S. 9 und 14f: soziale Frühwarnsysteme ab Geburtsklinik (besser schon pränatal), Verbesserung der Vorsorgeuntersuchungen (s.o.), Kindergarteneingangsuntersuchungen.
13. Könnte aufsuchende Hilfe nach skandinavischem Vorbild von Vorteil sein?
Als Bestandteil des skizzierten komplexen Präventions- und (Früh-) Interventionssystems ja.
14. Gibt es hierzu bereits Modellprojekte in Deutschland?
Düsseldorfer Frühwarnsystem (Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“), Modellversuch „Prävention durch Frühförderung“ Hannover, Modellprojekt für familiäre Frühbetreuung der Kinderklinik Lauchhammer.

Fragenkatalog der CDU-Fraktion:

III. A.

1. Ist eine verpflichtende Durchführung der „Freiwilligen Regeluntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kleinst- und Kleinkindern“ aus Ihrer Sicht geeignet, Vernachlässigungen und Misshandlungen von und an Kindern zu erkennen?
Kein geeignetes Instrument unter dieser Fragestellung -vgl. Fragenkatalog Grüne Fraktion III.A.1 und Stellungnahme S. 4-8.

2. Wie beurteilen Sie die Initiative des Saarlands, die für die verpflichtenden U 1 bis U 9 Untersuchungen die gesetzlichen Krankenkassen in die Pflicht nehmen wollen und entsprechende gesetzliche Regelungen fordern?
Wie in obigen Ausführungen erläutert für ungeeignet.
3. -
4. Welche Zwangs- bzw. Sanktionsmaßnahmen halten Sie für diejenigen Erziehungsberechtigten für sinnvoll, die ihr Kind nicht zur Untersuchung schicken?
Analog 1. – keine.
5. Welche spezifischen Ursachen liegen im familiären Bereich, die Eltern dazu bringen, ihr Kind zu misshandeln oder zu vernachlässigen?
Eigene frühe Gewalt- und Demütigungserfahrung, mangelnde Vorbilder für positives Erziehungs- und Konfliktlösungsverhalten, ungelöste biographische Konflikte, damit mangelnde Elternkompetenz, Partnerkonflikte, häusliche Gewalt, psychische/psychiatrische Erkrankung der Mutter (beispielsweise Wochenbettdepression) und/oder des Vaters, Alkoholabhängigkeit, übermäßiges Rauchen, Drogenabusus, unerwünschte Schwangerschaft.
6. Gibt es soziale Indikatoren, die das Risiko erhöhen?
Alleinerziehende und junge Mütter (< 20 Jahre), niedriges Bildungsniveau, kein Schulabschluss, Arbeitslosigkeit, Armut - verbunden mit beengten Wohnverhältnissen, soziale/berufliche Perspektivlosigkeit, frühe Elternschaft, schlechte Ausbildung, chronische Schwierigkeiten, das eigene Leben zu meistern. In vielen Familien häufen sich die Risiken für eine gestörte kindliche Entwicklung. Risiken bedeuten jedoch keinen Automatismus. Auch Kinder aus Risikofamilien können sich gut entwickeln und die Fähigkeit erwerben, Belastungen zu überwinden (Resilienz), wenn Schutzfaktoren vorliegen.
7. Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? Sehen Sie Grenzen?
Neben psychoedukativ ausgerichteten Interventionen im Rahmen von „Home visitations“ liegen insbesondere für die Kind-Eltern-Psychotherapie, welche auf der Basis der Bindungstheorie entwickelt wurde, Wirksamkeitsnachweise vor. Auch für bereits wegen Kindesmisshandlung auffällig gewordene Eltern existieren wirksame psychotherapeutische Behandlungsansätze. Beispielsweise führt eine für diese Problemfamilien spezifisch entwickelte Eltern-Kind-Interaktionstherapie zu einer deutlichen Reduktion der Wahrscheinlichkeit erneuter physischer Misshandlungen. In Meta-Analysen zu psychotherapeutischen Interventionen bei Kindesmisshandlung konnte sowohl die Wirksamkeit von Intervention mit Kindern und Eltern auf das erneute Auftreten von Kindesmisshandlungen als auch die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern hinsichtlich einer Verringerung der psychischen Folgen der Misshandlungen gezeigt werden wobei länger andauernde Behandlungen (ein Jahr und länger) mit deutlich besseren Ergebnissen assoziiert sind.
8. Wann ist eine Trennung von Kind und Familie oder Gewalttäter und Opfer sinnvoll?
Bei fehlender Fähigkeit zur eigenen Verantwortung für die Gewalthandlungen, fehlende Empathiefähigkeit, z.B. bei therapieresistenten psychischen Erkrankungen, schwerem Substanzabusus, Wiederholungstaten und steigende Intensität trotz Jugend- bzw. Familienhilfemaßnahmen; generell immer (zumindest initial) bei sexueller Gewalt und Münchenhausen by Proxy Syndrom.

III.B.

1. Welche Berufsgruppen sollten aus Ihrer Sicht in ein Netzwerk zum Schutz von Kindern von Vernachlässigung eingebunden werden?
Jugendhilfe, Beratungsstellen, Psychologen, Mediziner, insbesondere Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, öffentlicher Gesundheitsdienst, Polizei, Justiz, Erzieher in Kindergarten und Schulen

2. Ist es rechtlich möglich, Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, wenn ihnen Kindeswohlgefährdungen bekannt geworden sind? Wie ist die Verhältnismäßigkeitsgrenze?
Bereits nach bestehender Rechtslage möglich und praktikabel; vgl.. Fragenkatalog Grüne Fraktion III.A.8
3. Was halten Sie von einer landesweiten Erfassung von Eltern, bei denen es bereits Erziehungsprobleme gab und in denen das Jugendamt oder die Polizei-/Ordnungsbehörde tätig werden musste? Welche Stellen sollten hier Daten eingeben dürfen und darauf zugreifen können?
Zweischneidig: einerseits mögliche Verhinderung des Entziehens vor Jugendhilfemaßnahmen durch Umzüge, evtl. besserer Kontrolle auch bei „Doktor-Hoppeln“; andererseits weitgehender Eingriff in Persönlichkeitsrechte. Rechtsstaatliche Abwägung erforderlich.
4. -
5. -
6. -
7. Gibt es aus Ihrer Sicht genug Fortbildungen für Erzieher, Jugendamtsmitarbeiter, Polizisten, Ärzte etc.? Müssten hier noch weitere, speziellere Seminare oder Vortragsangebote geschaffen werden?
Nein, deutlich mehr evaluierte Fortbildungen erforderlich, insbesondere im ärztlichen (vermutlich auch im juristischen) Bereich.
8. Gibt es kommunale Beispiele, die bereits Erfahrungen mit Präventionsmaßnahmen gemacht haben, die „Runde Tische“ oder ähnliches bereits eingeführt haben? Wie lauten die Ergebnisse?
Kooperationsarbeitskreise oder „Runde Tische“ sind mittlerweile relativ verbreitet und einhervorragend geeignetes Mittel zur Realisierung multiprofessioneller Kooperation. Oft jedoch dem Engagement der Mitarbeiter, nicht selten in Ihrer Freizeit vorbehalten; keine Verbindlichkeit, oft keine offizielle Integration in den Arbeitsauftrag der Institutionen.
9. Sind die bisherigen Strafvorschriften in Deutschland ausreichend, um die Opfer zu schützen und die Täter angemessen zu bestrafen? Werden die bisherigen Strafrahmen hinreichend durch die Rechtsprechung ausgeschöpft?
Überwiegend Ja.
10. Welche Maßnahmen zum Schutz der Opfer und Zeugen sind zur Aufklärung erforderlich? Sind weitere gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen sinnvoll?
Ausbau der Opferhilfe und Unterstützung im Strafverfahren, kindgerechte Vernehmungen, spezifische Ausbildung der Richter, schnellere Verfahren.
11. Für wie sinnvoll halten Sie eine bundes-/landesweite Aufklärungs-/Werbekampagne, in der auch die Nummer einer Kinderschutz-Telefonhotline bekannt gemacht wird? Von wem sollte eine Initiative ausgehen, welche Partner sind ins Boot zu holen, um den besten Effekt/Erfolg zu erzielen?
Sinnvoll. Von der Bundesregierung initiierte Kampagne um den Stellenwert und gesellschaftliche Priorität zu dokumentieren.

III.C.

1. Wie viele Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle sind in den Jahren 2004/05 polizeilich bekannt geworden und gibt es Erkenntnisse über entsprechende Dunkelziffern?
Relativ stabil in den letzten Jahren 2500-3000 Anzeigen pro Jahr. Vgl. polizeiliche Kriminalstatistik (2003: 2928, 2004: 2916).
2. Wie erklären Sie sich eine Untersuchung der Rechtsmedizin Hamburg zu Kindesvernachlässigungen mit tödlichem Ausgang, der zufolge betroffene Familien den Einrich-

tungen des sozialen Netzes nur selten bekannt waren, nur in fünf von 47 Fällen Behörden um die Not der Familien wussten, 12 von 47 verstorbenen Kindern in ihrem Leben schon einmal beim Arzt gewesen sind, drei davon immerhin kurz vor ihrem Tod und Ärzte vom finalen Zustand nichts bemerkt haben?

Wie schon erwähnt: fehlende Fachkompetenz, ungenügenden Fort- und Ausbildung; fehlende Verpflichtung zu multiprofessionellem Handeln, mangelnder Informationsaustausch („Information hüten“ aus falsch verstandener Schweigepflicht), mangelnde Kommunikation, mangelnde Verantwortungsübernahme

3. Womit hängt es zusammen, dass Ärzte oftmals Zeichen von Gewalt oder Vernachlässigung an kindlichen Körpern nicht erkennen?
Vgl. Stellungnahme S. 4f, 8f: unbefriedigender Aus-/Fortbildungsstand, fehlende Priorität des Themas in Forschung und universitärer Lehre (Ausnahme Rechtsmedizin), wenig Präsenz auf wissenschaftlichen Kongressen, kein deutsches rein medizinisches Lehrbuch existent; fehlerhaftes Verständnis der Rechtslage/Schweigepflicht; wenig Übung in multiprofessionellem Handeln
4. Wie erklären Sie sich Untersuchungen des Rechtsmedizinischen Instituts Münster, denen zufolge bei fast 100% der dort obduzierten tödlichen Kindesmisshandlungen mindestens ein, meistens mehrere Ärzte im Vorfeld mit Verletzungen des Kindes konfrontiert worden waren?
Siehe oben.
5. Welche Initiativen und Maßnahmen hat die Berliner Polizei ergriffen, um auf die Problematik aufmerksam zu machen?
Spezialisiertes Sonderdezernat zur Bearbeitung von Gewaltfällen an Kindern und Jugendlichen, Präventions- und „Hinguck“-Öffentlichkeitskampagnen.
6. Welche Maßnahmen sind nach Ihrer Einschätzung erforderlich, um Kinder wirksam gegen Misshandlung und Verwahrlosung zu schützen:
a) Wie können auffällige Familien wirksamer kontrolliert werden?
b) Wie stehen Sie zu einer Meldepflicht von Misshandlungen
c) Sind Änderungen im Adoptionsrecht notwendig?
Vgl. Stellungnahme S. 8f, 14-18
7. Welches sind die Gründe, dass (kirchliche, kommunale, private) Beistandsangebote wie Schreiambulanz, Erziehungsberatung, Kinderschutzzentren und Kompetenztraining i.d.R. gerade die nicht erreichen, die Hilfe am nötigsten hätten?
Die Aussage ist meines Wissens weder belegbar noch widerlegbar.
8. Was ist unter dem „Säuglingsprojekt 0-3“ bzw. unter dem Frühinterventionsprogramm „Steep“ zu verstehen?
STEEP ist ein bindungstheoretisch fundiertes Programm zur Förderung der Resilienz der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg und der FH Potsdam. Info über Professor Suess, info@gerhard-suess.de
- 9.-15. *Keine Informationen vorliegend.*

Fragenkatalog der FDP-Fraktion:

Ergibt sich überwiegend aus den bisherigen Fragen, bzw. der beigefügten Stellungnahme.

Dr.med.Bernd Herrmann

E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de, b.herrmann@t-online.de,

Internet: kindesmisshandlung.de, dggkv.de

Deutsches Jugendinstitut München, DJI

Beantwortung¹ Fragenkatalog „Sozialpolitischer Ausschuss des Hessischen Landtags“ – Anhörung zum Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung –

Fragen der Faktion BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und der SPD-Fraktion

Themenblock A

I. Einführung in das Thema - Begriffsbestimmung

1. Wie wird Kindesvernachlässigung definiert?

Werden Gefährdungen des Kindeswohls in Anlehnung an Garbarino & Gilliam (1980) grundlegend danach unterschieden, ob Gefahren für Kinder von bestimmten Handlungen der Betreuungspersonen oder vom Unterlassen bestimmter Handlungen ausgehen, so bezeichnet der Begriff der Vernachlässigung das gesamte Spektrum bedeutsamer Unterlassungen. Entsprechend definieren im deutschsprachigen Raum beispielsweise Schone et al. (1997, S. 21) Vernachlässigung als „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von Ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“. Ähnlich definiert auf internationaler Ebene Dubowitz (2000, S.10) Vernachlässigung als „omissions in care resulting in significant harm or the risk of significant harm to children“. Beide Definitionen lehnen sich eng an die klassische Definition von Polansky et al. (1981, S.15) an: „A condition in which a caretaker responsible for the child, either deliberately or by extraordinary inattentiveness, permits the child to experience avoidable present suffering and/or fails to provide one or more of the ingredients generally deemed essential for developing a person's physical, intellectual,

¹ Der Fragenkatalog wurde von der Abteilung „Familie und Familienpolitik“ (Leitung: Dr. Karin Jurczyk) des DJI bearbeitet. An der Beantwortung haben Herr Dr. Heinz Kindler, Frau Beate Galm und Frau Dr. Manuela Stötzel mitgewirkt. Es wurden nicht alle Fragen beantwortet, da es teilweise inhaltliche Überschneidungen gab oder aber das DJI zu diesen Fragestellungen nicht auf ausreichende vorliegende Ergebnisse und Erfahrungen zurückgreifen konnte.

and emotional capacities“. Übersichten über verschiedene Definitionen in Forschung und Praxis finden sich unter anderem bei Sullivan (2000) bzw. Zuravin (1999).

Die genannten sozialwissenschaftlichen Definitionen erfahren mitunter in bestimmten Anwendungskontexten, etwa im Recht, Einschränkungen oder Abänderungen. Beispielsweise wird Vernachlässigung im bundesdeutschen Familienrecht in § 1666 BGB als mögliche Gefährdungsursache ausdrücklich benannt und stellt daher in diesem Zusammenhang eine von mehreren Voraussetzungen für eine Eingriffsberechtigung und -verpflichtung in ansonsten grundgesetzlich geschützte Elternrechte dar. Entsprechend der vom Bundesgerichtshof formulierten Definition von Kindeswohlgefährdung (FamRZ, 1956, 350 = NJW 1956, 1434) wäre der sozialwissenschaftliche Begriff der Vernachlässigung vom Schweregrad her dann eingeschränkter zu fassen und würde ein andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte bezeichnen, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet.

Im pädagogisch-psychologischen Bereich finden sich dagegen manchmal auch sehr ausgeweitete Begriffsverständnisse, wobei manche Formen einer unzureichenden Fürsorge, die die Grenze zur Gefährdung deutlich nicht überschreiten, sprachlich wohl besser als distanzierte, unzureichende oder unengagierte Fürsorge bezeichnet werden würden.

2. Welche Formen von Vernachlässigungen gibt es?

Da Kinder zu einem gegebenen Alterszeitpunkt in jeweils mehreren Entwicklungs- und Lebensbereichen der Fürsorge bedürfen, eine vorhandene Vernachlässigung aber nicht all diese Bereiche gleichermaßen betreffen muss, werden zu ihrer näheren Beschreibung häufig Adjektive verwendet, wie etwa „erzieherische“, „emotionale“ oder „körperliche“ Vernachlässigung. Eine einheitliche Struktur der Kategorisierung verschiedener Unterformen von Vernachlässigung hat sich nicht herausgebildet. Jedoch bestehen wesentliche Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Einteilun-

gen. So wird etwa in der Regel körperliche Vernachlässigung (z.B. unzureichende Versorgung mit Nahrung, Flüssigkeit, sauberer Kleidung, Hygiene, Wohnraum und medizinischer Versorgung) ebenso als Unterform betrachtet wie kognitive und erzieherische Vernachlässigung (z.B. Mangel an Konversation, Spiel und anregenden Erfahrungen, fehlende erzieherische Einflussnahme auf unregelmäßigen Schulbesuch, Delinquenz oder Suchtmittelgebrauch des Kindes, fehlende Beachtung eines besonderen und erheblichen Erziehungs- oder Förderbedarfs), emotionale Vernachlässigung (z.B. Mängel an Wärme in der Beziehung zum Kind, fehlende Reaktion auf emotionale Signale des Kindes) und unzureichende Beaufsichtigung (z.B. Kind bleibt längere Zeit alleine und auf sich gestellt, keine Reaktion auf eine längere unangekündigte Abwesenheit des Kindes).

Neben dieser auf die Beschreibung unterschiedlicher Vernachlässigungserfahrungen von Kindern zielenden Einteilung in verschiedene Formen existieren auch noch andere Arten der Einteilung von Vernachlässigungsphänomenen. Beispielsweise wurde die Unterteilung in verschiedene ätiologische Gruppen vorgeschlagen, d.h. Unterscheidungen entsprechend verschiedener Ursachen und Entwicklungswege, die zum Auftreten von Vernachlässigung führen können.

3. Welche möglichen Folgen treten bei den betroffenen Kindern auf?

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit möglichen Folgen von Vernachlässigung beginnt mit der Frage, inwieweit ursächliche Zusammenhänge zwischen Vernachlässigung und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung methodisch als gut belegt gelten können. Zwar ist vor allem in schwerwiegenden Fällen (z.B. beim Verhungern eines Kindes) der ursächliche, schädigende Einfluss von Vernachlässigung mitunter offenkundig. Im Bereich weniger schwerwiegender Fälle aber ist die kritische Prüfung der Belegbarkeit schädlicher Auswirkungen von Vernachlässigung von Bedeutung, wenn die Gesellschaft zum verstärkten Einsatz öffentlicher Mittel gegen Vernachlässigung bewegt werden soll. Die Aufklärung über gesicherte Erkenntnisse zu den Folgen von Vernachlässigung ist zudem besonders bedeutsam, da hier ablaufende Schädigungsprozesse häufig schleichenden Charakter haben und nicht eindrücklich genug erscheinen, um das Problembewusstsein in der Öffentlichkeit zu mobilisieren. Es ist deshalb wichtig festzustellen, dass die Aussagekraft der vorliegenden Studien

zu den Folgen von Vernachlässigung insgesamt in den vergangenen Jahren stetig zugenommen hat.

Zunächst liegen mittlerweile mehr als 90 Studien vor, in denen Entwicklungsbeeinträchtigungen bei vernachlässigten Kindern untersucht wurden. Für sich genommen zeigen die Ergebnisse dieser Studien zunächst nur, dass vernachlässigte Kinder eine besonders belastete Gruppe darstellen. Die ursächliche Rolle von Vernachlässigung ist jedoch durch weitere Arten von Studien untermauert worden. So haben etwa mehrere längsschnittliche Untersuchungen belegt, dass Vernachlässigungserfahrungen auch dann mit Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung einhergehen, wenn eventuell bereits vorher bestehende Entwicklungsauffälligkeiten in Rechnung gestellt werden. In anderen Studien zeigten sich weiterhin negative Folgen selbst dann, wenn mögliche alternative Erklärungen für die bei vernachlässigten Kindern beobachteten Entwicklungsbeeinträchtigungen ausgeschlossen oder kontrolliert wurden (z.B. andere Formen der Kindeswohlgefährdung, ungünstige genetische Merkmale, ungünstige Lebensumstände). Eine Reihe von Untersuchungen hat zudem Dosiseffekte aufgezeigt, d.h. Kinder mit längeren und schwereren Erfahrungen von Vernachlässigung wiesen im Mittel bedeutsamere Beeinträchtigungen in der Entwicklung auf als Kinder mit weniger schwerwiegenden Vernachlässigungserfahrungen. Auch dies stellt einen Hinweis auf die ursächliche Schädigungswirkung von Vernachlässigung dar, ebenso wie Studien, in denen psychologische und physiologische Vermittlungsmechanismen zwischen Vernachlässigung und Beeinträchtigungen in der Entwicklung von Kindern nachgezeichnet werden konnten. Die Nachweisbarkeit solcher Vermittlungsmechanismen stützt die Einschätzung, Vernachlässigung wirke auch unterhalb der Schwelle unmittelbar entstehender Lebensgefahr ursächlich schädigend auf die Entwicklung von Kindern ein. Schließlich ergeben sich beeindruckende Belege für die Schädigungswirkung von Vernachlässigung auch aus Studien, die ganz erhebliche Entwicklungsschübe bei vielen vernachlässigten Kindern demonstrieren, wenn sie dauerhaft eine verbesserte Fürsorge und Anregung erfahren. Allerdings gibt es bei lange anhaltenden und ausgeprägten Formen der körperlichen und emotionalen Vernachlässigung auch Hinweise auf dauerhafte, kaum mehr reversible Schädigungen bei einem Teil der betroffenen Kinder.

Werden mögliche Folgen von Vernachlässigung bezogen auf verschiedene Entwicklungsbereiche betrachtet, so lässt sich zunächst für den Bereich der gesundheitlichen bzw. körperlichen Entwicklung anführen, dass in der Bundesrepublik jährlich etwa vier bis sieben Todesfälle von zumeist sehr jungen Kindern infolge von Verhun- gern oder Verdursten auftreten. Ein Mehrfaches an Kindern kommt vermutlich durch Unfälle infolge einer Vernachlässigung bei der Beaufsichtigung ums Leben. Epide- miologische Befunde deuten darauf hin, dass schwere gesundheitliche Beeinträchti- gungen in unmittelbarem Zusammenhang mit Vernachlässigung nahezu gleich häu- fig wie im Zusammenhang mit Misshandlung auftreten. Erst bei leichteren Verletzun- gen dominieren Misshandlungen dann deutlich. Wiederholt wurden bei vernachläs- sigten Kindern gehäuft auftretende Verzögerungen im körperlichen Wachstum und Rückstände in der motorischen Entwicklung beschrieben, die vermutlich auf eine Mangel- bzw. Fehlernährung und fehlende Anregungsbedingungen zurückgeführt werden müssen. Die Rolle emotionaler Vernachlässigung als mögliche Ursache bei Störungen des körperlichen Wachstums ist strittig. Mangelbedingte Verzögerungen im körperlichen Wachstum haben sich in Längsschnittuntersuchungen als schwache, aber beständige Vorhersagefaktoren für die weitere geistige und soziale Entwicklung erwiesen, selbst wenn die Mehrzahl der betroffenen Kinder bei einer verbesserten Ernährung Rückstände im Bereich der körperlichen Entwicklung überwiegend oder vollständig ausgleichen konnte. Es ist möglich, dass Zeiten der Mangel- und Fehler- nährung in der Kindheit dauerhafte Veränderungen im Stoffwechsel bedingen, die bei einer später üppigeren Ernährung Stoffwechselerkrankungen und Fettsucht begüns- tigen. Langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge von Vernachlässi- gungserfahrungen in der Kindheit wurden bislang noch kaum untersucht. Neuerdings hat die Forschung begonnen sich damit zu beschäftigen, inwieweit Vernachlässigung mit nachweisbaren neurophysiologischen oder neuroendokrinen Verände- rungen einhergeht. Belegbar erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt, dass schwere Formen der Vernachlässigung zu einem verlangsamten Gehirnwachstum in den ers- ten Lebensjahren und einem herabgesetzten Stoffwechsel in einigen Gehirnarealen führen. Dies kann als Entsprechung der bei vernachlässigten Kindern häufig beob- achtbaren kognitiven Einschränkungen verstanden werden. Hinsichtlich des Stoff- wechsels der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter), die steuernd auf die Aktivie- rung und Kontrolle von Verhalten einwirken, deuten einige Befunde auf Abweichun- gen hin, die spezifisch mit Vernachlässigungserfahrungen verbunden zu sein schei-

nen und die Schwierigkeiten betroffener Kinder bei der Ansprechbarkeit durch Umweltreize widerspiegeln könnten. Zu Fehlsteuerungen im Stresshormonsystem liegen für vernachlässigte Kinder bislang nur widersprüchliche Befunde vor.

Bezogen auf die kognitiven Fähigkeiten bzw. Schulleistungen von Kindern mit Vernachlässigungserfahrungen können sich Aussagen auf etwa ein Dutzend internationaler Studien stützen. Sowohl in ihren Schulnoten als auch in standardisierten Tests ihrer kognitiven Fähigkeiten zeigten vernachlässigte Kinder deutlich unterdurchschnittliche Leistungen. Entsprechend häufiger wurden betroffene Kinder auf Sonderschulen verwiesen oder nicht versetzt. Sofern die Vernachlässigung bereits früh im Leben des Kindes einsetzte, zeigten sich Entwicklungsrückstände bereits in den ersten Lebensjahren und während der Kindergartenzeit. Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung wurden sowohl bei mangelernährten und körperlich vernachlässigten als auch bei emotional vernachlässigten Kindern berichtet. Auch eine erzieherische Vernachlässigung (z.B. fehlende Regeln in der Familie) kann sich über die Begünstigung von Störungen des Sozialverhaltens negativ auf die schulische Entwicklung auswirken. Unterdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten und Leistungen bei vernachlässigten Kindern wurden auch im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Kindern aus Familien mit einem Einkommen an oder unter der Armutsgrenze gefunden. Die Stärke der beobachteten Effekte wurde bislang nicht systematisch analysiert. In beispielhaft ausgewählten Studien waren die Effekte aber stark genug, dass beispielsweise betroffene Kinder im Mittel in den Bereich der Lernbehinderung fielen, im Fähigkeitsniveau in Kernfächern einen Abstand von mindestens einem Schuljahr zu ihren Mitschülern aufwiesen oder eine mehr als doppelt so hohe Sonderschulquote aufwiesen.

Im Hinblick auf die soziale und emotionale Entwicklung zeigen die vorliegenden Befunde, dass körperlich und/oder emotional vernachlässigte Kinder in der Ursprungsfamilie ganz überwiegend keine sichere Bindungsbeziehung zur Mutter aufbauen können, also nicht die emotionale Geborgenheit erfahren, die es ihnen erlauben würde, Gefühle von Kummer und Angst offen und vertrauensvoll zu zeigen. Für vermutlich mehr als die Hälfte der betroffenen Kinder scheint die erfahrene Fürsorge massiv Angst auslösende Momente zu beinhalten, so dass Anzeichen von Desorganisation in den Bindungsbeziehungen der Kinder zur Mutter feststellbar waren. Vergleichbare

Befunde zur Vater-Kind-Bindungsbeziehung liegen bislang nicht vor. Im Selbstbild scheinen sich vernachlässigte Kinder als wenig liebenswert einzuschätzen und andere als wenig an ihnen interessiert, ablehnend oder sehr mit eigenen Problemen beschäftigt wahrzunehmen. Entsprechend ihren Beziehungserwartungen erwiesen sich körperlich und emotional vernachlässigte Kinder im beobachtbaren Kontakt mit Gleichaltrigen eher als sozial zurückgezogen und wenig kompetent beim Lösen sozialer Konfliktsituationen. Von Gleichaltrigen wurden sie seltener als Freunde benannt und häufiger sozial ausgegrenzt.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen bei vernachlässigten Kindern und Jugendlichen wurden in einer Reihe von Studien untersucht. Vor allem bezüglich nach Innen gerichteter Probleme (z.B. Ängste, Depression, sozialer Rückzug) zeigte sich dabei von der Kindheit bis ins Jugendalter eine deutlich größere Problembelastung bei vernachlässigten Kindern. Auch bezüglich ausagierender Probleme (Aggression, Unruhe) waren vernachlässigte Kinder auffälliger als nicht vernachlässigte Kinder, aber die Unterschiede waren im Mittel weniger groß. Besonders eindrücklich sind Befunde aus drei Langzeituntersuchungen zu psychischen Erkrankungen im Jugendalter. Hierbei zeigte sich ein insgesamt gravierend erhöhtes Störungsrisiko sowie eine erhöhte Häufigkeit für spezifische Störungen wie depressive Erkrankungen, Suizidalität und Suchterkrankungen. In der sogenannten Minnesota Hochrisikolängsschnittstichprobe lag der Anteil Betroffener mit mehr als einer psychiatrischen Diagnose im Jugendalter nach körperlicher bzw. emotionaler Vernachlässigung bei 54 bzw. 73 Prozent. Wird umgekehrt danach gefragt, wie häufig Kinder trotz schwerwiegender Erfahrungen von Vernachlässigung einen insgesamt stabil positiven Entwicklungsweg durchlaufen, so deuten die vorliegenden Längsschnittstudien darauf hin, dass dieser Anteil unter 10 Prozent liegt. Bei weniger schwerwiegenden Vernachlässigungserfahrungen dürfte dieser Anteil allerdings höher liegen.

4. Wie sind Vernachlässigungen zu erkennen?

In vielen Fällen sind zunächst Merkmale oder Verhaltensweisen eines Kindes (z.B. schlechter Pflegezustand bei einer kinderärztlichen Vorstellung, im Kindergarten beobachtbare Entwicklungsverzögerung) Anlass dafür, Vernachlässigung zu vermuten. Für sich genommen reichen kindbezogene Anhaltspunkte aber selten aus, um trag-

fähige Schlüsse über das Vorliegen von Vernachlässigung zu ziehen. So können etwa Entwicklungsverzögerungen verschiedene Ursachen haben. Um zu bestimmen, ob und in welchem Ausmaß Vernachlässigung vorliegt, ist es in der Regel erforderlich, auf der Grundlage verschiedener Informationsquellen (z.B. Gespräch mit den Eltern, Beobachtung, Untersuchung des Kindes) ein Bild von der Qualität des elterlichen Fürsorgeverhaltens in verschiedenen Bereichen zu gewinnen. Mindestens vier Bereiche der Fürsorge werden dabei international als grundlegend angesehen: Pflege, Bindung, Erziehung und Förderung. Nicht jeder dieser Bereiche ist allerdings in jeder Altersstufe eines Kindes vorhanden bzw. gleich wichtig. So ist die Pflege (z.B. Ernährung, Hygiene) des Kindes in den ersten Jahren nach der Geburt sehr wichtig, kann dann aber zunehmend vom Kind selbst übernommen werden. Auf der Grundlage einer Gesamteinschätzung, ob und gegebenenfalls in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß elterliche Fürsorgefähigkeiten hinter Minimalanforderungen zurückbleiben, können dann, unter Einbeziehung der betroffenen Sorgeberechtigten und wenn möglich auch der betroffenen Kinder, Entscheidungen über erforderliche Schutzmaßnahmen und geeignete Formen der Hilfe getroffen werden. Da sich Vernachlässigung häufig durch einen schleichenden Verlauf mit sich erst allmählich aufbauenden Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung auszeichnet, haben verschiedene Autoren darauf hingewiesen, dass ein praktisches Verständnis von Vernachlässigung nur vor dem Hintergrund eines guten Informationsstandes über altersabhängige Bedürfnisse bzw. Entwicklungsaufgaben von Kindern gewonnen werden kann.

Die skizzierte Leitlinie bei der Feststellung von Vernachlässigung bedarf in Abhängigkeit vom Anwendungskontext in vielfältiger Weise der Konkretisierung. So stellen sich Fachkräften mitunter sehr spezifische Einzelfragen (z.B. für medizinisches Fachpersonal: Wie kann die Dehydrierung eines Kleinkindes erkannt werden?; für sozialpädagogische Fachkräfte: Bei welchen Anzeichen ist eine sofortige ärztliche Vorstellung aufgrund des Verdachts einer Dehydrierung angezeigt?). Weiterhin können sich aus dem juristischen Kontext konkretisierende Verfahrensvorgaben ergeben. So wirft etwa für den Bereich der Jugendhilfe § 8a SGB VIII die Frage auf, was von den Fachkräften der Jugendämter und der freien Träger als „gewichtiger Anhaltspunkt“ für die Vernachlässigung gesehen werden sollte, der nachfolgend zwingend eine Gesamteinschätzung des Gefährdungsrisikos des betroffenen Kindes

notwendig macht. Leider können sich Fachkräfte bei der Beantwortung dieser Fragen bislang nicht auf eine in Umfang und Qualität ausreichende Fachdiskussion stützen, wenngleich sich die Situation durch verschiedene Initiativen einzelner Länder und des BMSFSJ etwas verbessert hat. Eine unzureichende Aus- und Fortbildung im Bereich der Identifizierung von Vernachlässigungsphänomenen hat klar die Folge, dass betroffene Kinder und ihre Familien teilweise nicht den erforderlichen Schutz und die erforderliche Unterstützung erfahren.

Fragen der Erkennbarkeit von Vernachlässigung (oder bereits von Vernachlässigungsrisiken) betreffen allerdings nicht nur Fachkräfte. Ihnen wohnt auch eine gesellschaftspolitische Dimension inne: Welche Belastungen und Folgen von Belastungen will eine Gesellschaft als Lebensschicksal von Kindern akzeptieren und an welchen Stellen will sie Grenzen ziehen und Minimalanforderungen an die Qualität elterlicher Fürsorge formulieren? Es ist auch eine gesellschaftspolitische Frage, welche Verfahren zum Erkennen von Vernachlässigungs- oder Risikofällen akzeptiert werden. Werden beispielsweise „Frühwarnsysteme“ in Analogie zu Rauchmeldern sehr empfindlich eingestellt, so können zwar (zumindest nach internationalen Befunden) fast alle Fälle, in denen es zur Vernachlässigung eines Kindes zu kommen scheint, frühzeitig erkannt werden, zugleich gibt es aber auch häufiger einen „Fehlalarm“. Bei einem weniger sensitiven Frühwarnsystem tritt ein solcher seltener auf, aber es bleibt ein höherer Anteil an tatsächlichen Risikofällen ohne angemessenes Hilfsangebot.

5. Welche Risikofaktoren für eine Gefährdungslage gibt es?

Im Verlauf von etwa 30 Jahren der Forschung konnte ein Grundstock an gesicherten Erkenntnissen über Risikofaktoren für Vernachlässigung gesammelt werden, wenngleich noch einige Wissenslücken existieren. Risikofaktoren können sich auf vernachlässigende Eltern, das Familiensystem, Merkmale besonders gefährdeter Kinder oder situative Umstände beziehen. Aktuelle Zusammenstellungen des Wissensstandes finden sich etwa in dem vom DJI im Auftrag des BMFSFJ erstellten Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst“.

Die wissenschaftlich tragfähigsten Informationen über Risikofaktoren haben sich international aus Längsschnittstudien ergeben, in denen größere Gruppen von Famili-

en über mehrere Jahre wissenschaftlich begleitet wurden und bei auftretenden Fällen von Vernachlässigung nach vorab vorhandenen Risikofaktoren gesucht wurde. Bedeutung haben auch Studien zu tödlich verlaufenen Fällen erlangt, in denen die Vorgeschichte und eventuell darin vorhandene Warnanzeichen systematisch analysiert wurden. Die praktische Bedeutung des vorhandenen Wissensstandes über Risikofaktoren für Vernachlässigung hat sich in Studien bestätigt, in denen im Rahmen von Präventions- oder Interventionsstudien das Risikoniveau der einbezogenen Familien vorab unabhängig eingeschätzt und die Vorhersagekraft dieser Einschätzungen im weiteren Verlauf anhand auftretender Vernachlässigungsfälle überprüft wurde. Zu den aussagekräftigsten Risiken für Vernachlässigung zählten hierbei beispielsweise Faktoren wie psychische Erkrankungen bei Eltern in Form depressiver Störungen oder Suchtmittelabhängigkeiten, erhebliche Belastungen der elterlichen Lebensgeschichte in Form häufiger Beziehungsabbrüche in der Kindheit und selbst erlebter Vernachlässigung oder Misshandlung oder auch erhebliche Überforderungen der Eltern mit der alltäglichen Lebensbewältigung.

Isoliert betrachtet haben sich die meisten bekannten Risikofaktoren bislang als schwach (Vernachlässigungsrisiko gegenüber der Durchschnittbevölkerung 1,5- bis 2,5-fach erhöht) oder moderat (Vernachlässigungsrisiko 3- bis 4-fach erhöht) vorhergesagkräftig erwiesen, wobei die praktische Bedeutung eines Risikofaktors nicht nur von seiner Vorhersagekraft, sondern auch von seiner Verbreitung abhängt. Relative Armut ist im Hinblick auf Vernachlässigung beispielsweise nur ein schwacher Risikofaktor, der seine praktische Bedeutung durch die vergleichsweise hohe Anzahl betroffener Kinder erlangt.

Über die Vorhersagekraft einzelner Risikofaktoren hinausgehend zeigt sich bei einer Betrachtung kumulativer Risiken, also des Zusammenwirkens mehrerer vorliegender Risikofaktoren, ein sprunghafter Anstieg der Gefahr von Vernachlässigung. Beispielsweise ereigneten sich in einer groß angelegten amerikanischen Längsschnittstudie von Wu et al. (2004) in der Gruppe der Familien mit drei oder mehr Risikofaktoren, die nur 13% der untersuchten Eltern mit einem neugeborenem Kind umfasste, etwas mehr als 50% aller bekannt werdenden Gefährdungsereignisse in den ersten drei Lebensjahren der einbezogenen Kinder. Diese und ähnliche Befunde haben zu der Einschätzung geführt, durch gezielte Hilfsangebote an Familien mit vielen Risi-

ken könnte ein relativ hoher Anteil an Vernachlässigungsfällen verhindert oder einer Chronifizierung der Vernachlässigung vorgebeugt werden.

6. Gibt es definierbare Risikogruppen und wenn ja, welche?

Siehe Antwort auf Frage I. 5.

7. Welche Daten gibt es über die Anzahl und das Alter der betroffenen Kinder?

Im Unterschied zu anderen großen westlichen Demokratien wie etwa Australien, Großbritannien, Kanada oder den Vereinigten Staaten von Amerika verfügt die Bundesrepublik bislang über keinerlei tragfähige nationale oder länderbezogene Datensätze zur Anzahl der von Vernachlässigung betroffenen Kinder. Weder liegen aussagekräftige Dunkelfeldstudien vor, noch ist bekannt, bei wievielen Kindern in Maßnahmen der Jugendhilfe Vernachlässigung festgestellt oder vermutet wird. Da die Bundesrepublik zudem eines derjenigen europäischen Länder ist, die bislang auf jede Form der systematischen Analyse von Todesfällen im Kinderschutz verzichten, fehlen den Verantwortlichen in der Jugendhilfepolitik grundlegende, für die Systemsteuerung relevante Informationen, d.h. seriöse Angaben zur Anzahl vernachlässigter Kinder und ihrer Erreichbarkeit durch die Jugend- und Gesundheitshilfe sind derzeit nicht möglich. Ebenso ist unbekannt, ob Vernachlässigung im Hinblick auf Anzahl, Dynamik und Schweregrad zunimmt. Zwar wurden vereinzelt Schätzungen vorgenommen (für eine Zusammenstellung siehe Deegener 2005), jedoch beruhen diese durchwegs auf nicht tragfähigen Datensätzen und sind mit nicht kalkulierbaren Unsicherheiten verbunden. Drei Aussagen scheinen aber aufgrund der gegenwärtigen Befundlage in dem Sinne gerechtfertigt, dass einzelne deutsche Studien hierbei zu Ergebnissen gekommen sind, die der Situation in anderen Ländern entsprechen. Erstens: Vernachlässigung stellt innerhalb der im Bereich der Jugendhilfe bekannt werdenden Fälle von Kindeswohlgefährdung die mit Abstand häufigste Gefährdungsform dar. Zweitens: Vernachlässigung ist häufig genug, dass niedergelassene Kinderärzte und Kinderkliniken in der Regel mehrere Fälle jährlich vorgestellt bekommen. Drittens: Die Häufigkeit, mit der Vernachlässigung wahrgenommen wird, hängt

mit vom Ausbildungsstand, dem Problembewusstsein und der Alltagsnähe des Kontaktes zu Kind und Familie ab.

8. Welche Erkennungsmöglichkeiten gibt es?

Siehe Antwort auf Frage I. 4.

9. Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik, den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?

Da nach den bislang international vorliegenden Befunden erfolgreiche Hilfe- und Präventionsmaßnahmen gegen Vernachlässigung nicht leicht zu erreichen sind und bezogen auf den Ausbildungs- und Forschungsstand in der Bundesrepublik erhebliche Mängel unschwer zu erkennen sind, könnte sich die hessische Landespolitik durch Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung für den Schutz vernachlässigter Kinder in Hessen einsetzen. Beispielsweise bietet das bayerische Landesjugendamt seit mehreren Jahren durchwegs überbuchte einwöchige fallbezogene Trainingskurse zur Gefährdungseinschätzung und Hilfestaltung für Fachkräfte der Jugendämter an. Auch die von den Landesjustizministerien gestalteten Fortbildungen an den Richterakademien wären ein Ansatzpunkt. Weiterhin könnte sich die hessische Landespolitik beispielsweise dafür einsetzen, dass das Bundesforschungsministerium, das in den vergangenen Jahren im Bereich des Gesundheitswesens die Qualitätsentwicklung durch die Schaffung mehrerer sogenannter Kompetenznetzwerke gefördert hat, ein Kompetenznetzwerk „Vernachlässigung“ einrichtet. Bedeutsam könnte es auch sein, die in tödlich verlaufenen Vernachlässigungsfällen liegenden Lernchancen für die Verbesserung des Kinderschutzsystems systematisch zu nutzen. Allerdings hat das BMFSFJ erklärt, die hierfür bestehenden Möglichkeiten noch in dieser Legislaturperiode untersuchen lassen zu wollen. Im Zuge der Qualifizierung von Gefährdungseinschätzungen werden einige Kommunen in den nächsten Jahren in die Lage versetzt, kommunale Daten zu Gefährdungslagen zu erheben, um damit Erfolge oder Herausforderungen im Kinderschutz besser beurteilen zu können. Allerdings hat sich hier in kurzer Zeit ein Markt mit sehr unterschiedlich qualifizierten Instrumenten herausgebildet. Hier könnte die Landespolitik Informationen und Erfahrungen sammeln und vor allem für finanzschwächere Jugendämter Hilfestellung gewähren. Neben

Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung scheinen auch Schritte zur Weiterentwicklung des Kinderschutzsystems in der Bundesrepublik an einigen Stellen dringend erforderlich. Dies betrifft etwa die Entwicklung wirksamer Präventionsprogramme gegen Vernachlässigung in mehrfach risikobelasteten Familien sowie die stärkere Vernetzung von Gesundheits- und Jugendhilfe im Bereich der 0- bis 3-Jährigen. Hier könnte es eine Rolle der Landespolitik sein, solche Aspekte der Dokumentation und Begleitforschung bei Modellprojekten finanziell (mit-)zutragen, die aus kommunalen Haushalten kaum finanzierbar sind, für die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse aber von zentraler Bedeutung sind.

II. Vergleichende Darstellung der rechtlichen Grundlagen des Schutzes von Kindern und der frühen Prävention in Deutschland und anderer Länder

- 1. Welches sind die rechtlichen Grundlagen in Deutschland, welche Regelungen gibt es in anderen europäischen Ländern? Halten Sie die gesetzlichen Regelungen in Deutschland für ausreichend, welche Änderungen schlagen Sie vor? In Amerika gibt es für die Berufe, die mit Kindern zu tun haben, eine Meldepflicht an die Kinderschutzagenturen. Halten Sie dieses Modell für auf Deutschland übertragbar? Welche gesetzlichen Änderungen müssten vorgenommen werden? Welche gesetzlichen Änderungen wären nötig bzw. sind überhaupt verfassungsrechtlich möglich, um die Früherkennungsuntersuchungen verbindlich zu gestalten?**

Grundlage des Schutzes von Kindern in der deutschen Rechtsordnung sind verfassungsrechtlich garantierte Menschenrechte, die auch Kindern zukommen, sowie die Bestimmungen des Artikels 6 des Grundgesetzes, der das Elternrecht als fremdnütziges Recht fasst und der staatlichen Gemeinschaft eine Wächterrolle zuweist. Weiterhin hat sich die Bundesrepublik Deutschland im Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) zum Schutz von Kindern vor Gewaltanwendung, Misshandlung und Verwahrlosung verpflichtet.

Eine Reihe von einfachgesetzlichen Regelungen bieten Gesellschaft und Eltern Orientierung im Hinblick auf angemessenes und unangemessenes Erziehungsverhalten, so etwa die Bestimmungen des § 1626 BGB (z.B. Recht des Kindes auf altersentsprechende Berücksichtigung seiner Wünsche und Neigung), die Bestimmungen

des § 1631 Abs. 1 BGB (Inhalte der elterlichen Sorge) und des § 1631 Abs. 2 BGB (Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung).

Als eine zentrale familienrechtliche Vorschrift zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung ist § 1666 BGB anzusehen, der festlegt, unter welchen Umständen Familiengerichten die Pflicht obliegt, zur Abwehr von Gefahren für das Kindeswohl in Elternrechte einzugreifen. Die Vorschrift enthält drei Tatbestandsmerkmale (Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung; missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, Vernachlässigung, unverschuldetes Versagen oder Verhalten Dritter als Gefährdungssache; fehlende Bereitschaft oder Fähigkeit der Eltern zur Abwehr der Gefährdung) und auferlegt es den Gerichten bei Vorliegen dieser Tatbestandsmerkmale unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes geeignete Mittel zur Abwehr von Gefährdungen zu ergreifen.

Die gesetzlichen Regelungen des SGB VIII verpflichten in § 8a die öffentliche Jugendhilfe ausdrücklich zur Wahrnehmung eines Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung. Die öffentliche Jugendhilfe wird weiterhin verpflichtet, durch Vereinbarungen mit den freien Trägern der Jugendhilfe sicherzustellen, dass auch dort der Schutzauftrag wahrgenommen wird. Die Vorschriften des SGB VIII machen an einigen Stellen Vorgaben zum Vorgehen der Jugendhilfe bei Wahrnehmung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung und regeln dabei beispielsweise den Einbezug der Eltern und betroffener Kinder, die Vornahme einer Gefährdungseinschätzung, die Weitergabe von Informationen und die Anrufung des Familiengerichts. Das SGB VIII enthält weiterhin Vorgaben zu Regelangeboten der Jugendhilfe, etwa zur Förderung einer kindeswohldienlichen Erziehung, die in geeigneter Form zur Gefahrenabwehr eingesetzt werden können oder dem Entstehen von Kindeswohlgefährdung vorbeugen können. Schließlich auferlegen die Vorschriften des SGB VIII der öffentlichen Jugendhilfe auch Handlungspflichten bei akut drohender Gefährdung (z.B. Inobhutnahme). Dem Schutz von Kindern dienen schließlich auch einige Vorschriften im Strafrecht, die etwa kindeswohlgefährdende Handlungen von Sorge- oder Erziehungsberechtigten unter Strafe stellen (z.B. § 225 StGB „Misshandlung von Schutzbefohlenen“) oder strafrechtliche Folgen gravierender Pflichtverletzungen von Garanten des Kindeswohls regeln.

Insgesamt besitzt die Bundesrepublik aus sozialwissenschaftlicher Sicht ein modernes und ausdifferenziertes Kinderschutzrecht, das genügend Flexibilität aufweist um der großen Bandbreite verschiedener Fallkonstellationen gerecht zu werden. Der zentrale Begriff der Kindeswohlgefährdung ist zukunftsorientiert formuliert, d.h. eine bereits eingetretene Schädigung des Kindes ist bei bestehender Gefährdung nicht zwingend erforderlich, um Schutzmaßnahmen ergreifen zu können. Gleichwohl zeichnen sich die rechtlichen Regelungen auch durch das Bemühen aus, unnötige oder unnötig schwere Eingriffe in elterliche Selbstbestimmung möglichst zu vermeiden und Eltern möglichst weitgehend in Schutz- und Hilfeprozesse einzubeziehen. Eher schwach ausgeprägt (auch im internationalen Vergleich) sind im bundesdeutschen Kinderschutz Vorschriften, die Qualitätsvorgaben machen und die Überprüfung der Qualität im Kinderschutz regeln, die Sammlung von Informationen über Gefährdungslagen und die Analyse von gravierenden Fehlschlägen im Kinderschutz verlangen, zeitliche Vorgaben zur raschen Verfahrensgestaltung machen und die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen regeln.

Meldepflichten bei wahrgenommenen Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung bestehen in einer Reihe von Ländern, etwa in den Bundesstaaten der USA in Bezug auf den Child Protection Service. Die Befundlage zu den Wirkungen von Meldepflichten im Kinderschutz ist noch sehr lückenhaft. Aus zwei Gründen ist von einer Übernahme weitgehender Meldepflichten, die über auch hierzulande bestehende Meldepflichten (z.B. § 8a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII) deutlich hinausgehen, abzuraten: Zum einen konnten die einzigen (australischen) Studien, die direkte Auswirkungen der Einführung von Meldepflichten auf die Anzahl misshandlungsbedingter Todesfälle untersucht haben, keinen positiven Effekt finden, zum anderen berichten mehrere Staaten über sehr hohe Zahlen letztlich wenig begründeter Meldungen, deren erforderliche Prüfung jedoch erhebliche Mittel bindet.

Im Hinblick auf eine verbindliche Gestaltung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder nach § 26 SGB V ist aus sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht darauf hinzuweisen, dass die Sensitivität (d.h. die Erkennungsrate bei tatsächlich vorliegender Störung) der Vorsorgeuntersuchungen in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Beziehungsanomalien eher gering erscheint (für eine Forschungsübersicht siehe von Su-

chodoletz 2005), ebenso wie der inkrementelle Nutzen jenseits des ersten Lebensjahres (d.h. die Rate neu entdeckter bedeutsamer Beeinträchtigungen). Diese Befunde scheinen wohl bestehende verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit einer Teilnahmepflicht zu stützen, deren juristischer Gehalt von uns allerdings nicht aus eigener Sachkunde beurteilt werden kann.

- 2. Ergibt sich aus den bundesgesetzlichen Regelungen die Notwendigkeit, für die Länder weitergehende Bestimmungen – z.B. in einem Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz, Kindertagesstättengesetz, Ausführungsgesetz zum KJHG etc. – zu fassen? Welche Bundesländer haben bereits länderspezifische Regelungen zum besseren Schutz von Kindern bzw. planen solche als Ergebnis der Debatte, und wenn ja, welche?**

Vor allem das Zusammenwirken verschiedener Institutionen in Fällen von Kindeswohlgefährdung (Z.B. Schule – Jugendhilfe, Gesundheitsamt – Jugendhilfe) berührt an vielen Punkten Regelungsbereiche in der Verantwortung der Länder (z.B. Schulgesetz, Öffentliche Gesundheitsdienstgesetze). Explizite Festlegungen zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung finden sich in den derzeitigen Ländergesetzen nach unserem Kenntnisstand nur teilweise (z.B. § 31 Abs. 1 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen), wobei eine vollständige Übersicht über die Rechtslage jenseits unserer momentanen Möglichkeiten liegt. Vereinzelt haben Länderparlamente die Initiative ergriffen und länderrechtliche Regelungen im Zusammenspiel mit Bundesrecht auf Verbesserungsmöglichkeiten hin überprüft (z.B. Sonderausschuss „Vernachlässigte Kinder“ der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg). Im Hinblick auf Forderungen nach Einführung einer verpflichtenden Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sind nach unserem Kenntnisstand Gesetzgebungskompetenzen der Länder berührt. Das SGB V regelt einen Leistungsanspruch und keine Inanspruchnahmepflicht.

- 3. Sind Ihnen Umsetzungsprobleme aus den gesetzlichen Regelungen bekannt, wenn ja, welche? Wie können diese Umsetzungsprobleme beseitigt werden?**

Es liegen empirische Hinweise auf mehrere Arten von Umsetzungsproblemen vor. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich bislang wenig über Qualitätsmerkmale und Probleme im Kinderschutzsystem geforscht wurde. So liegen etwa keine tragfähigen Informationen dazu vor, wie zu-

verlässig, schnell und wirksam Hilfe- bzw. Schutzmaßnahmen bei Kindeswohlgefährdung greifen. Es liegen kaum Informationen über Wartezeiten, Fehlverweisungen und unwirksame Interventionen vor, ebenso wenig werden Lernchancen aus Kinderschutztragödien systematisch genutzt. Vorliegende Hinweise haben sich aus Befragungen von Fachkräften der Jugendhilfe und des Familiengerichtswesens sowie aus Fallstatistiken bzw. Aktenanalysen ergeben. Auf dieser (methodisch schwachen) Grundlage lassen sich mindestens vier Probleme benennen:

- Bei den Fachkräften der Jugendhilfe existieren teils erhebliche Unsicherheiten bezüglich Fragen der Gefährdungseinschätzung und der Auswahl geeigneter bzw. erforderlicher Hilfen. Ein Mangel an praxisrelevanten Inhalten in der Aus- und Fortbildung wird beklagt. Bei gleicher Fallgrundlage werden teilweise erheblich voneinander abweichende Einschätzungen vorgenommen.
- In der Zusammenarbeit zwischen Jugendämtern und Familiengerichten gelingt eine Verantwortungsgemeinschaft im Interesse betroffener Kinder und ihrer Familien nur teilweise. In der Qualität der Amtsermittlung durch das Familiengericht zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede. Gerichte beklagen zum Teil schwer nachvollziehbare Anrufungen durch Jugendämter, während sich Jugendämter aus Sorge um Auswirkungen einer bei Gericht folgenlosen Anrufung nach § 1666 BGB bei Entscheidungen über eine Anrufung stark an der Person des Richters orientieren und entsprechend weniger an ihrer fachlichen Bewertung der Gefährdung im Einzelfall.
- Nur zu einem kleinen Teil werden Gefährdungsfälle in den Jugendämtern durch Einrichtungen der Gesundheitshilfe bekannt. Dies ist besonders im Hinblick auf den Bereich der 0- bis 3-Jährigen bedenklich, da in dieser Altersgruppe das Gesundheitssystem den vergleichsweise umfassendsten Zugang zu Kindern besitzt und Problemlagen (z.B. Vernachlässigung) vergleichsweise schnell zu ernsthaften Schädigungen beim Kind führen können.
- Verfahren und ambulante Interventionen, die in der Bundesrepublik bei Kindeswohlgefährdung zum Einsatz kommen, sind in ihrer Wirksamkeit kaum durch wissenschaftliche Untersuchungen abgesichert. Tatsächlich gibt es in der Bundesrepublik bislang keine einzige Kontrollgruppenuntersuchung zur Wirksamkeit von Interventionen bei Gefährdung und keine einzige Validierungsstudie zur Aussagekraft von Gefährdungseinschätzungen. Derzeit international am besten wissenschaftlich abgesicherte Verfahren und Interventionen kommen in der

Bundesrepublik bislang kaum zum Einsatz. Im internationalen Vergleich werden wenige Mittel eingesetzt, um die Wissensbasis weiterzuentwickeln und die Fachbasis durch aufbereitete, leicht zugängliche Informationen zu unterstützen. Einzelne Studien deuten zudem darauf hin, dass die Rate misshandlungsbedingter Todesfälle in der Bundesrepublik trotz eines gut ausgebauten und teuren Jugendhilfesystems nur im internationalen Durchschnitt liegt und zudem jährlich eine hohe Rate an sekundären Traumatisierungen von Kindern als unbeabsichtigte Nebenwirkung von Kinderschutzmaßnahmen zu verzeichnen ist.

4. **Wie bewerten Sie aus juristischer Sicht die Regelungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz? Welche Änderungen würden Sie vorschlagen? Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik, den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?**
k. A.

III. Die Bedeutung des Schutzauftrages für die beteiligten Berufsgruppen und Institutionen

A. Themenbereich: Früherkennungsuntersuchungen, Rolle der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen und Institutionen:

1. **Halten Sie die Verpflichtung von Früherkennungsuntersuchungen für ein geeignetes Mittel, Vernachlässigung von Kindern zu erkennen und Kinder wirksam zu schützen? Wie bewerten Sie die Forderung, die im SGB V verankerten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1–U 9) so verbindlich zu gestalten, dass alle Kinder erfasst werden? Welche gesetzlichen Änderungen wären nötig bzw. sind überhaupt verfassungsrechtlich möglich? Gibt es andere gesetzliche Lösungen – z.B. Landesgesetze, Erlasse, Verordnungen –, Früherkennungsuntersuchungen verbindlicher zu gestalten?**

Angesichts tödlich verlaufener Fälle früher Vernachlässigung stellt sich nahezu zwangsläufig die Frage, inwieweit ein noch rechtzeitiges Erkennen und Eingreifen möglich gewesen wäre. Insbesondere die Chancen der kostenlosen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach § 26 SGB V werden hierbei öffentlich diskutiert. Dies ist nachvollziehbar, da diese Vorsorgeuntersuchungen bereits jetzt eine tragende Säule der staatlichen Gesundheitsvorsorge für Kinder darstellen. Der Gedanke liegt

daher nahe, dieses Instrument gerade während der ersten Lebensjahre, in denen andere Institutionen in Deutschland keinen flächendeckenden Zugang zu Kindern haben, auch zum Erkennen von Misshandlung bzw. Vernachlässigung zu nutzen. Diskutiert wird eine Erhöhung der Teilnahmequoten an den Vorsorgeuntersuchungen durch Erinnerungsschreiben oder durch die Einführung einer Inanspruchnahmepflicht, eine Aufnahme von Untersuchungsinhalten zu Vernachlässigung bzw. Misshandlung in die Untersuchungsrichtlinien und die Meldung von Eltern, die ihre Kinder nicht bei den Untersuchungen vorstellen, an die Jugendämter. Es ist nötig, diese vier Kernfragen präventiver Programme (Zugang zur Klientel, sichere Problemerkennung, zuverlässige Risikokommunikation und wirksame Reaktion) gleichermaßen im Blick zu behalten, da die Güte der Lösung aller vier Probleme gemeinsam über den erreichbaren Nutzen entscheidet. Eine vertiefende, an empirischen Befunden orientierte Fachdiskussion dieser Punkte, auf die Politik zurückgreifen könnte, hat sich bislang noch nicht entwickelt. Sie ist aber nötig, weil jede der Kernfragen nicht unerhebliche fachliche Probleme aufwirft, wobei wir mögliche rechtliche Probleme aus unserer Beantwortung ausklammern. In der gegenwärtigen, durch eine Fülle empirisch wenig abgesicherter Meinungsäußerungen und noch nicht hinreichend detaillierter Handlungsvorschläge gekennzeichneten Situation erscheinen uns abschließende Beurteilungen noch nicht möglich. Auch ist es uns bisher nicht gelungen, die vorhandene empirische Literatur gründlich zu sichten, doch scheinen uns folgende Hinweise möglich:

Im Hinblick auf den Zugang zur Klientel, d.h. im Hinblick auf die Frage, wie die Teilnahmequote besonders in risikobelasteten Familien am besten gesteigert werden können, liegen einige internationale wie auch deutsche Modellversuche vor, in denen Erinnerungsschreiben oder ähnliche auf Freiwilligkeit setzende Vorgehensweisen erprobt wurden. Eine systematische Analyse der Ergebnisse steht bisher aus. Uns sind bislang keine Studien bekannt, in denen Wirkungen von (sanktionsbewehrten) Verpflichtungen zur Teilnahme untersucht wurden. Unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit wären hierbei Daten zum inkrementellen Nutzen der Vorsorgeuntersuchungen, also der Rate neu entdeckter Krankheiten bzw. Gefährdungen, von Bedeutung. Aus der Bundesrepublik liegen hierzu keine veröffentlichten Daten vor, internationale Befunde deuten jenseits des ersten Lebensjahres auf einen eher mäßigen inkrementellen Nutzen hin.

Bezüglich eines möglichst zuverlässigen und frühzeitigen Erkennens von Misshandlung bzw. Vernachlässigung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen sind mindestens zwei Arten von Befunden zu berücksichtigen: Zum einen akutmedizinische Befunde, die selbst bei vorfindbaren Verletzungen bzw. behandlungsbedürftigen Beeinträchtigten der körperlichen Entwicklung (z.B. Untergewicht) einen hohen Anteil an Fällen anzeigen, bei denen mit medizinischen Mitteln die Ätiologie nicht weiter aufklärbar erschien. Hieraus ergibt sich die nahe liegende Frage, wie mit solchen erwartbaren Verdachtsfällen verfahren werden soll. Zum anderen deutet die Befundlage darauf hin, dass die Sensitivität der Vorsorgeuntersuchungen in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf mögliche Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung, wie etwa Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Beziehungsanomalien, eher gering ist, so dass sich die Frage nach Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung stellt. Tatsächlich gab es unter den aktuellen vernachlässigungsbedingten Todesfällen auch einige, bei denen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen keine Auffälligkeiten festgestellt wurden. Es ist noch unklar, wie international in der Diskussion befindliche Strategien der Qualitätsverbesserung von Früherkennungsuntersuchungen, wie Fortbildungen, Einsatz standardisierter Instrumente und Qualitätskontrollen in Deutschland zum Tragen gebracht werden könnten.

Im Hinblick auf Risikokommunikation und wirksame Reaktion betreffen relevante Punkte, die in der gegenwärtigen Diskussion noch nicht geklärt erscheinen, beispielsweise den Umgang in der kinderärztlichen Praxis mit solchen Problemlagen und Risiken, bei denen ein rechtfertigender Notstand, der zur Weitergabe von Informationen gegen den Willen der Eltern berechtigen würde, nicht angenommen werden kann, wohl aber Hilfe zur Erziehung angezeigt erscheint. Hier würden Kinderärztliche Praxen in die Rolle geraten, bei den Eltern um Zustimmung zur Informationsweitergabe werben zu müssen, wofür in erheblichem Umfang Informationen über die Jugendhilfe an Ärztinnen und Ärzte vermittelt werden müssten. Kann eine Zustimmung der Eltern nicht erreicht werden, scheint klärungsbedürftig, ob und wie Hinweise auf Problemlagen und Gefährdungsrisiken unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert werden sollen. Für die Fachkräfte der Jugendämter stellt sich die Frage, ob und wie mit den vorhandenen Ressourcen auf eine nicht unerhebliche Anzahl an Mitteilungen über nicht wahrgenommene Vorsorgeuntersu-

chungen reagiert werden könnte, die per se wohl kaum als Kindeswohlgefährdung zu werten wären. Zudem würde sich für die Jugendhilfe das Problem der dringend notwendigen Entwicklung belegbar wirksamer und zugleich finanzierbarer Präventions- und Interventionsansätze in Gefährdungsfällen verschärft stellen.

Die Aufzählung noch ungelöster Problempunkte macht deutlich, dass es einer gemeinsamen politischen und fachlichen Anstrengung bedürfte, wenn Ansätze einer verstärkten frühen Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung durch eine engere Verzahnung von Geburtshilfe, Pädiatrie und Jugendhilfe zu einem tatsächlichen Erfolg geführt werden sollen. Jedoch ist der Weg früher Prävention nach den bereits vorliegenden, mehrfach bestätigten internationalen Wirksamkeitsbefunden Erfolg versprechend. Allerdings wurden dabei in den verfügbaren Befunden durchwegs Formen fachlich geförderter, aber letztlich freiwilliger Teilnahme gewählt.

2. **Wie bewerten Sie die Forderung nach Sanktionen für die Eltern, deren Kinder nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen? Sind Sanktionen möglich bzw. notwendig, und wenn ja, welche könnten das sein? Welche Stelle sollte dafür zuständig sein? Halten Sie die Durchführung von Kontrollen für notwendig, und wenn ja, wie sollten diese aussehen?**

Siehe III. A. 1.

3. **Welche Rolle kommt den Krankenkassen beim Schutz von Kindern zu? Welche Präventionsmaßnahmen können Krankenkassen anbieten?**
k. A.
4. **Welche Rolle kommt den Kinderärzten beim Schutz von Kindern zu? Welche Maßnahmen können Kinderärzte anbieten? Wie sollte die notwendige Finanzierung geregelt werden?**
k. A.
5. **Welche Rolle kommt den Hebammen beim Schutz von Kindern zu? Welche Maßnahmen können Hebammen anbieten? Wie sollte die notwendige Finanzierung geregelt werden?**
k. A.

6. **Welche Rolle kommt den Krankenhäusern beim Schutz von Kindern zu? Welche Maßnahmen können Krankenhäuser bieten? Wie sollte die notwendige Finanzierung geregelt werden?**
k. A.

7. **Welche Datentransfers sind Ihrer Auffassung nach notwendig, um Kinder aus „Risikofamilien“ besser zu schützen?**

In der internationalen Literatur liegen einige Befunde über belegbar wirksame, teilweise flächendeckend installierte frühe Präventionsprojekte gegen Misshandlung und Vernachlässigung vor, in denen bei feststellbaren Gefährdungen und Entwicklungsrisiken noch während der Schwangerschaft oder bereits früh nach der Geburt noch im Kontext der Geburtshilfe bzw. der Pädiatrie um die Inanspruchnahme früher Hilfen und die Erlaubnis zur Informationsweitergabe an Präventionsprojekte geworben wird. Eine solche Form des Datentransfers erscheint auch in der Bundesrepublik möglich und Erfolg versprechend. Denkbar wären auch Meldungen über die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt an eine staatliche Stelle, die diese mit vorhandenen Daten (Melderegister) abgleicht. Juristisch fraglich scheint – ohne dass es von uns kompetent beurteilt werden könnte –, ob solche Meldungen als zulässiger Eingriff in das Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung erachtet werden können.

Die Familien, deren Kinder nicht ärztlich untersucht wurden, könnten vom öffentlichen Gesundheitsdienst über die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen informiert und zur Teilnahme motiviert werden.

Unklar bleibt jedoch, was im Falle einer fortgesetzten Verweigerung geschieht. Das Jugendamt darf nicht einfach „auf Verdacht“, also ohne konkrete Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung in das Elternrecht eingreifen. Allein aus der Nichtteilnahme an der Untersuchung kann nicht der Schluss gezogen werden, dass solche Anhaltspunkte vorliegen. Denkbar wäre aber, dass das Jugendamt den Kontakt zur Familie aufnimmt und ihnen die freiwillige Inanspruchnahme von Hilfen anbietet.

8. **Welche Rolle messen Sie der Schweigepflicht und dem Datenschutz dabei zu?**
k. A.

9. **Welche Änderungen in den sog. „Kinderrichtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses halten Sie für notwendig, um die Früherkennungsuntersuchungen zu modernisieren und effektiver auf den Schutz von Kindern auszurichten?**

k. A.

10. **Was können Schuleingangsuntersuchungen zu einem besseren Schutz von Kindern beitragen? Wie bewerten Sie die Forderung nach einer landesgesetzlichen Regelung einer „Kindergarteneingangsuntersuchung“?**

Ähnlich wie Früherkennungsuntersuchungen stellen Schuleingangs- und Kindergarteneingangsuntersuchungen eine Möglichkeit dar, Zugang zum Kind und seiner Familie zu finden, mögliche Risiken zu erkennen und primärpräventive Angebote zu unterbreiten. Im Falle gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung könnten in Analogie zum § 8a SGB VIII Verfahrensweisen entwickelt werden, die zuverlässig in Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung münden.

11. **Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik, den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?**

k. A.

12. **Welche Möglichkeiten gibt es, Schutzmaßnahmen möglichst früh und nicht erst mit Beginn des Schulalters einzuleiten?**

k. A.

13. **Könnte aufsuchende Hilfe nach skandinavischem Vorbild von Vorteil sein?**

k. A.

14. **Gibt es hierzu bereits Modellprojekte in Deutschland?**

k. A.

B. Themenbereich Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, Familienbildung, Gesundheitswesen, Polizei und Justiz zum besseren Schutz für gefährdete Kinder:

1. **Was bedeutet der Schutzauftrag des KJHG für Ihre Berufsgruppe? Welche Hindernisse sehen Sie, um einen wirksamen Schutz von gefährdeten Kindern in die Praxis umzusetzen?**

Vgl. Antwort auf Frage III. B. 3.

2. **In welcher Weise können die Änderungen des KJHG (§§ 8a und 72) dazu beitragen, den Schutzauftrag besser zu erfüllen? Welche Maßnahmen auf Landes- und kommunaler Ebene sind notwendig, um dem Schutzauftrag des KJHG Geltung zu verschaffen?**

Vgl. Antwort auf Frage III. B. 3.

3. **Welche Umsetzungsprobleme des Schutzauftrages können Sie aufgrund Ihrer Praxis feststellen? Wodurch entstehen aus Ihrer Sicht die Umsetzungsprobleme und welche Lösungen schlagen Sie vor?**

Besondere Anforderungen werden an die Fachpraxis gestellt, wenn Kinder in psychosozial hochbelasteten Familien aufwachsen, die als schwer erreichbar gelten. Strukturen der Gewalt und Vernachlässigung ziehen sich möglicherweise schon seit mehreren Generationen durch die Familie. Konflikträchtige Interaktionsmuster, instabile Beziehungen und häufige Beziehungsabbrüche wiederholen sich. Diese Erfahrungen können sich auch im Kontext des Hilfesystems re-inszenieren und verfestigen, wenn es an geeigneten Interventionsformen mangelt, inadäquate Hilfeformen scheitern und Fachkräfte unzureichend qualifiziert sind. Das Implementieren früher Hilfen gestaltet sich diffizil, wenn Eltern kein adäquates Wahrnehmungs- und Reflexionsvermögen bezüglich der prekären Situation ihres Kindes zeigen und keinen Hilfebedarf erkennen. Zudem können deren ambivalente Gefühle gegenüber sozialen Institutionen den Zugang zu desorganisierten Familien erschweren, wenn sie einerseits immer wieder oder dauerhaft auf soziale Unterstützung angewiesen sind und Abhängigkeiten bestehen, andererseits jeder diesbezügliche Kontakt auch Misstrauen und Angst vor Kontrolle weckt.

Seitens des Hilfesystems können folgende Probleme die Umsetzung des Schutzauftrags erschweren:

- *Gefährdungseinschätzung und Hilfsangebote:*
Fehlende valide, praktikable Instrumente der Gefährdungseinschätzung und Verdachtsabklärung
Mangel insbesondere an frühen Hilfen, die sich für psychosozial hochbelastete Familien eignen
Mangel an längerfristigen, kontinuierlichen Fallbegleitungen und an Risikomanagement
- *Qualifikation:*
Defizitäre Wissensbasis bezüglich der Gefährdungseinschätzung und der Wirksamkeit von Hilfen
- *Kooperation und Vernetzung:*
Unklare Informationswege und Zuständigkeiten sowie fehlende systematische Vernetzungsstrukturen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheits- und des Bildungswesens
- *Ressourcen:*
Überlastung staatlicher und verbandlicher Institutionen
Einsatz ungeeigneter Hilfen aus Kostengründen und aus Mangel an geeigneten Hilfeformen

Um die Umsetzung des Schutzauftrags zu verbessern, benötigen wir

- Forschungskultur jenseits einzelner Initiativen und Modellprojekte im deutschen Kinderschutz
- valide, praktikable Instrumente der Gefährdungseinschätzung und Verdachtsabklärung
- wirksame Hilfen
- systematische Verzahnung von Modulen in den Bereichen Früherkennung, Hilfemaßnahmen, kontinuierliche Begleitung, Prozesskontrolle, Risikomanagement
- mono- und multiprofessionelle Richtlinien zur Kooperation, eindeutig geregelte Informationswege und Zuständigkeiten sowie systematische Vernetzungsstruk-

turen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheits- und des Bildungswesens,

- regelhafte Qualifizierung der Professionellen.

Insbesondere psychosozial hochbelastete Familien bedürfen aufsuchender Hilfeformen als Bestandteil eines mehrdimensionalen, passgenauen, flexiblen und gut koordinierten Hilfearrangements. Ein zentraler Aspekt sollte in der Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion und der elterlichen Fürsorge- und Erziehungsfähigkeit liegen. Die betroffenen Familien benötigen langfristige, kontinuierliche Begleitung, die unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Bedarfs- und Ressourcenlage positive Entwicklungsprozesse fördert und stabilisiert. Dabei erscheint eine reine Krisenorientierung bei der Begleitung nicht ausreichend aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit der Eltern, Krisen und ihr Ausmaß entsprechend einzuschätzen. Für Säuglinge und Kleinkinder können eventuell lebensbedrohliche Situationen entstehen.

Für die nachhaltige Erreichbarkeit von Familien mit Risikokonstellationen bedarf es hoher Fachlichkeit. Die Professionellen müssen nicht nur methodisch fundiert und persönlich qualifiziert sein, sie sollten zudem mit der speziellen Lebenswelt der Familie und ihren Beziehungsdynamiken vertraut sein, um Re-Inszenierungen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe zu vermeiden.

Ein weiterer Aspekt ist dringend zu bedenken: Eine wirksame Unterstützung von Hochrisikofamilien ist ohne die entsprechenden personellen, zeitlichen und somit finanziellen Ressourcen nicht zu leisten.

4. **Welche Rolle sollte Ihrer Meinung nach in einer vernetzten Kooperation von Frühen Hilfen Ihrer Profession zukommen? An welcher Schnittstelle sehen Sie aufgrund bestehender rechtlicher Regelungen und/oder aufgrund bestehender Strukturen die größten Hindernisse für einen wirksamen Schutz von gefährdeten Kindern?**
k. A.

5. **Wie bewerten Sie aus Ihrer beruflichen Erfahrung die Schweigepflichtvorschriften und Datenschutzregelungen? Welche Änderungen würden Sie für notwendig erachten, um eine verbindlichere Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen zum Schutz der Kinder zu erreichen?**
k. A.

6. Halten Sie risikogruppenorientierte Frühwarnsysteme für sinnvoll? Halten Sie kommunale oder landesweit verbindliche Einrichtungen bzw. Organisationsformen für wünschenswert? Wer sollte der Träger sein und wie kann eine Finanzierung gesichert werden? Welche Rolle sollte Ihre Berufsgruppe in diesem Frühwarnsystem einnehmen? Welche Möglichkeiten sehen Sie, die derzeitige „Komm-Struktur“ in den bestehenden Hilfesystemen in eine „Geh-Struktur“ zu verändern, welche Bedingungen müssen erfüllt sein? Wie können „Hochrisikofamilien“ erreicht werden?
k. A.
7. Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?
k. A.

Fragenkatalog der CDU-Fraktion:

I.

1. Welche Stellen erfassen bisher Daten über die Anzahl der Fälle bzw. der betroffenen Kinder?

Werden Kinder mit Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrungen als „betroffene“ Kinder verstanden, so ist festzustellen, dass aussagekräftige Informationen über den Umfang der Problematik in Deutschland bzw. Hessen bislang – unseres Wissens nach – von keiner Stelle erhoben werden. Zwar erfasst das statistische Bundesamt bundesweit die Fälle des Sorgerechtsentzugs nach § 1666 BGB, jedoch sind darin nur Fälle enthalten, in denen sich die Sorgeberechtigten anhaltend zur Abwehr der Gefährdung nicht bereit oder in der Lage gezeigt haben. Zudem können außer Misshandlung und Vernachlässigung auch andere Problemlagen zu einem Sorgerechtsentzug führen. Die Jugendhilfestatistik verzeichnet nicht, inwieweit aus Sicht der fallzuständigen Jugendamtsfachkraft eine Kindeswohlgefährdung durch Misshandlung oder Vernachlässigung vorliegt. Misshandlungs- und vernachlässigungsbedingte Todesfälle werden über die ärztliche Todesursachenstatistik erfasst, jedoch machen Todesfälle nur einen sehr kleinen und daher nicht reliablen Prozentsatz der Gefährdungsfälle aus, zudem ist in einigen Bereichen (z.B. Todesfälle durch mangelnde Beaufsichtigung) von erheblichen Ungenauigkeiten in den Daten auszugehen. Gleiches lässt sich über polizeiliche Statistiken zu diesem Thema sagen. Ret-

rospektive Befragungen von Erwachsenen (und eingeschränkt auch von Jugendlichen) zu Misshandlungserfahrungen in der Kindheit liegen vor. Dies gilt aber nicht für den Bereich der Vernachlässigung.

2. Gibt es hier faktische oder rechtliche Probleme?

Zu rechtlichen Problemen der Sammlung von Daten über die Anzahl misshandelter bzw. vernachlässigter Kinder kann von unserer Seite aus nicht Stellung genommen werden. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Erhebung von Daten im Rahmen der Jugendhilfestatistik auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen erfolgt, so dass hier eine Änderung erfolgen müsste, wenn etwa die Anzahl der Fälle, in denen ein Verfahren nach § 8a Abs. 1 SGB VIII durchlaufen wird, erhoben werden sollte. Der Erhebung aussagekräftiger Daten zur Häufigkeit von Vernachlässigung und Misshandlung in Deutschland stellen sich einige faktische Probleme entgegen. So ist es etwa vergleichsweise schwierig, Vernachlässigung zu Erhebungszwecken zu definieren. Ein bisheriges Hauptproblem bezogen auf die Jugendhilfestatistik, nämlich das Fehlen definierter Punkte im Fallablauf, an denen eine Gefährdungseinschätzung vorgenommen wird, ist durch die Vorschriften des § 8a SGB VIII wesentlich vermindert worden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich im internationalen Vergleich recht unterschiedliche Jugendhilfesysteme als fähig erwiesen haben, aussagekräftige Statistiken zur Erhebung der Häufigkeit verschiedener Gefährdungslagen aufzubauen. Die internationale Forschung zeigt jedoch auch, dass solche Systeme durch Vertiefungsstudien (etwa zur Dunkelziffer z.B. NIS-1 bis NIS-4 in den USA) wesentlich an Aussagekraft gewinnen.

3. Differenziert nach öffentlichen und privaten (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppen etc.) Stellen. k. A.

4. Ist die Einführung einer bundesweiten Fallstatistik sinnvoll?

In mehreren Ländern stellt die Berichterstattung über die Anzahl bekannt gewordener Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Missbrauchsfälle einen als wichtig angesehenen, selbstverständlichen Teil der Gesundheits- und Sozialberichterstattung über Kinder dar (z.B. Kanada: Trocmé et al. 2005, Australien: Australian Institute of Health

and Welfare 2006, USA: U.S. Department of Health and Human Services 2006). Entwicklungstrends bezüglich der Häufigkeit verschiedener Formen von Kindeswohlgefährdung geben Hinweise auf sich verschärfende oder entspannende gesellschaftliche Problematiken, ermöglichen politischen Entscheidungsträgern Schwerpunktsetzungen und fördern die fachliche Fokussierung relevanter Themen. So wurde beispielsweise die Einrichtung des äußerst ertragreichen amerikanischen LONGSCAN-Projektverbundes zur besseren Erforschung von Vernachlässigung wesentlich durch den wiederkehrenden Befund einer hohen Anzahl früher Vernachlässigungsfälle gefördert. Im Zusammenhang mit Modellversuchen dienen Fallstatistiken auch zur Leistungs- und Erfolgsdokumentation (z.B. Abnahme ungünstiger Fallverläufe nach Einführung strukturierter Gefährdungseinschätzungen in einigen Studien).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde kann die Einführung einer bundesweiten Fallstatistik zu Gefährdungsfällen als zumindest überlegenswert angesehen werden. Wie bei anderen Bereichen der Sozialberichterstattung wäre es vermutlich sinnvoll, zunächst auf kommunaler Ebene Erfahrungen mit verschiedenen Erhebungsweisen zu sammeln. Dies dürfte auch möglich sein, da mehrere bundesdeutsche Kommunen durch die Einführung strukturierter elektronischer Formen der Gefährdungseinschätzung und Falldokumentation dazu in die Lage versetzt werden, entsprechende Daten ohne großen Aufwand zu erheben.

5. **Welche Stelle ist am geeignetsten, eine bundesweite Fallstatistik zu erstellen?**
k. A.
6. **Gibt es vergleichbare Fallstatistiken (evtl. auch nur für Hessen) für die Jahre 1985, 1995, 2005?**
k. A.
7. **Wie hoch ist die geschätzte Dunkelziffer?**
k. A.

II.

1. **Wie wird Kindesvernachlässigung definiert?**
k. A.

2. **Welche Formen von Vernachlässigungen gibt es?**
k. A.
3. **Welche möglichen Folgen treten bei den betroffenen Kindern auf?**
k. A.
4. **Wie sind Vernachlässigungen zu erkennen?**
k. A.
5. **Welche Risikofaktoren für eine Gefährdungslage gibt es?**
k. A.
6. **Welche Daten gibt es über die Anzahl und das Alter der betroffenen Kinder?**
k. A.
7. **Welche Erkennungsmöglichkeiten gibt es?**
k. A.
8. **Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?**

Siehe Antworten auf gleich lautende Fragen im Fragenkatalog der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion.

III.

1. **Welches sind die rechtlichen Grundlagen in Deutschland, welche Regelungen gibt es in anderen europäischen Ländern? Halten Sie die gesetzlichen Regelungen in Deutschland für ausreichend, welche Änderungen schlagen Sie vor? In Amerika gibt es für die Berufe, die mit Kindern zu tun haben, eine Meldepflicht an die Kinderschutzagenturen. Halten Sie dieses Modell auf Deutschland übertragbar? Welche gesetzlichen Änderungen müssten vorgenommen werden? Welche gesetzlichen Änderungen wären nötig bzw. sind überhaupt verfassungsrechtlich möglich, um die Früherkennungsuntersuchungen verbindlich zu gestalten?**
k. A.
2. **Ergibt sich aus den bundesgesetzlichen Regelungen die Notwendigkeit für die Länder weitergehende Bestimmungen – z.B. in einem Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz, Kindertagesstättengesetz, Ausführungsgesetz**

zum KJHG etc. – zu fassen? Welche Bundesländer haben bereits länder-spezifische Regelungen zum besseren Schutz von Kindern bzw. planen solche als Ergebnis der Debatte und wenn ja, welche?
k. A.

3. Sind Ihnen Umsetzungsprobleme aus den gesetzlichen Regelungen bekannt, wenn ja, welche? Wie können diese Umsetzungsprobleme beseitigt werden?
k. A.
4. Wie bewerten Sie aus juristischer Sicht die Regelungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz? Welche Änderungen würden Sie vorschlagen?
k. A.
5. Welche Empfehlungen haben Sie für die Landespolitik, den Schutz von vernachlässigten bzw. von Vernachlässigung bedrohten Kindern in Hessen zu verbessern?

Siehe Antworten auf gleich lautende Fragen im Fragenkatalog der Fraktion „Bündnis 90/ Die Grünen“ und der SPD-Fraktion.

III. A.

1. Ist eine verpflichtende Durchführung der „Freiwilligen Regeluntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kleinst- und Kleinkindern“ aus Ihrer Sicht geeignet, Vernachlässigungen und Misshandlungen von und an Kindern zu erkennen?

Siehe Antworten auf entsprechende Frage im Fragenkatalog der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion.

2. Wie beurteilen Sie die Initiative des Saarlands, die für die verpflichtenden U 1 bis U 9 Untersuchungen die gesetzlichen Krankenkassen in die Pflicht nehmen wollen und entsprechende gesetzliche Regelungen fordern?
k. A.
3. Welche Stellen sollten in einen Datenaustausch zur Sicherstellung einer Teilnahme an verpflichtenden Frühuntersuchungen eingebunden werden? Welche Stellen dürfen Einblick in diese Akten haben?
k. A.

4. **Welche Zwangs- bzw. Sanktionsmaßnahmen halten Sie für diejenigen Erziehungsberechtigten für sinnvoll, die ihr Kind nicht zur Untersuchung schicken?**
k. A.

5. **Welche spezifischen Ursachen liegen im familiären Bereich, die Eltern dazu bringen, ihr Kind zu misshandeln oder zu vernachlässigen?**
k. A.

6. **Gibt es soziale Indikatoren, die das Risiko erhöhen?**
k. A.

7. **Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? Sehen Sie Grenzen?**

Belegbar wirksame ambulante Hilfeansätze existieren sowohl im Hinblick auf Misshandlung als auch im Hinblick auf Vernachlässigung, wobei die vorliegenden Untersuchungen an vier Erfolgskriterien gemessen wurden (keine neue Kindeswohlgefährdung, Förderung positiver Entwicklung, Ausgleich bereits bestehender Entwicklungsbelastungen, Zufriedenheit teilnehmender Eltern und Kinder). In Hinblick auf Misshandlung zeichnen sich besonders erfolgreiche Ansätze durch zwei thematische Schwerpunkte aus: Förderung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung und Erlernen angemessener Formen der Konfliktbewältigung in der Beziehung zum Kind. Bedeutsam ist auch, dass bei besonderen Problemen (in erster Linie behandlungsbedürftige Depression, Suchterkrankung und Partnerschaftsgewalt) spezialisierte Hilfen unkompliziert zugezogen werden können. Die beobachtbaren Wirkungen fallen überwiegend in den Bereich moderater Effekte: Zwar sind bei der Mehrzahl der teilnehmenden Familien positive Veränderungen feststellbar, doch für die übrigen Familien sind im weiteren Verlauf weitergehende Schutzmaßnahmen nicht zu vermeiden.

8. **Wann ist eine Trennung von Kind und Familie oder Gewalttäter und Opfer sinnvoll?**

Folgende fachliche Kriterien können nach unserer Kenntnis der Befundlage herangezogen werden, um in der Zusammenschau eine Einschätzung über die Notwendigkeit einer Trennung von Kind und Familie gegen den Willen der Eltern zu begründen: Aktuelle Sicherheit des Kindes, mittelfristiges Risiko erneuter Misshandlung bzw. Vernachlässigung, Ausmaß und Tragfähigkeit elterlicher Veränderungsbereitschaft,

Ausmaß von Einschränkungen der elterlichen Erziehungsfähigkeit, bereits bestehende Entwicklungsbelastung beim Kind und Verfügbarkeit qualitativ guter ambulanter Hilfen. Für jeden der genannten Punkte liegen zumindest einige empirisch belegbare Orientierungspunkte und Hinweise vor, die den Fachkräften eine Bewertung erleichtern sollen.

III. B.

1. **Welche Berufsgruppen sollten aus Ihrer Sicht in ein Netzwerk zum Schutz von Kindern von Vernachlässigung eingebunden werden?**
k. A.
2. **Ist es rechtlich möglich, Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, wenn ihnen Kindeswohlgefährdungen bekannt geworden sind? Wie ist die Verhältnismäßigkeitsgrenze?**
k. A.
3. **Was halten Sie von einer landesweiten Erfassung von Eltern, bei denen es bereits Erziehungsprobleme gab und in denen das Jugendamt oder die Polizei-/Ordnungsbehörde tätig werden musste? Welche Stellen sollten hier Daten eingeben dürfen und darauf zugreifen können?**
k. A.
4. **Welche Aufklärungs-, Sensibilisierungsmaßnahmen gibt es**
(a) durch die Polizei
(b) Jugendamt
(c) Erzieher
Und für welche Zielgruppe?
k. A.
5. **Ab welchen Altersstufen halten Sie eine verstärkte Aufklärung/Sensibilisierung für sinnvoll?**
k. A.
6. **Welche präventiven Maßnahmen außer der Aufklärung gibt es oder sollen durchgeführt werden? Welche Repressionsmaßnahmen sind geeignet?**
k. A.
7. **Gibt es aus Ihrer Sicht genug Fortbildungen für Erzieher, Jugendamtsmitarbeiter, Polizisten, Ärzte etc.? Müssten hier noch weitere, speziellere Seminare oder Vortragsangebote geschaffen werden?**

Vgl. Antwort auf Frage III. B. 3. im Fragenkatalog der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion.

8. **Gibt es kommunale Beispiele, die bereits Erfahrungen mit Präventionsmaßnahmen gemacht haben, die „Runde Tische“ oder ähnliches bereits eingeführt haben? Wie lauten die Ergebnisse?**
k. A.
9. **Sind die bisherigen Strafvorschriften in Deutschland ausreichend, um die Opfer zu schützen und die Täter angemessen zu bestrafen? Werden die bisherigen Strafrahmen hinreichend durch die Rechtsprechung ausgeschöpft?**
k. A.
10. **Welche Maßnahmen zum Schutz der Opfer und Zeugen sind zur Aufklärung erforderlich? Sind weitere gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen sinnvoll?**
k. A.
11. **Für wie sinnvoll halten Sie eine bundes-/landesweite Aufklärungs-/Werbekampagne, in der auch die Nummer einer Kinderschutz-Telefonhotline bekannt gemacht wird? Von wem sollte eine Initiative ausgehen, welche Partner sind ins Boot zu holen, um den besten Effekt/Erfolg zu erzielen?**
k. A.
12. **Wie beurteilen Sie die Problematik Gewalt von Kindern gegen Kinder?**
k. A.

III. C.

1. **Wie viele Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle sind in den Jahren 2004/05 polizeilich bekannt geworden und gibt es Erkenntnisse über entsprechende Dunkelziffern?**
k. A.
2. **Wie erklären Sie sich eine Untersuchung der Rechtsmedizin Hamburg zu Kindesvernachlässigungen mit tödlichem Ausgang, der zufolge betroffene Familien den Einrichtungen des sozialen Netzes nur selten bekannt waren, nur in fünf von 47 Fällen Behörden um die Not der Familien wussten, 12 von 47 verstorbenen Kindern in ihrem Leben schon einmal beim Arzt gewesen sind, drei davon immerhin kurz vor ihrem Tod und Ärzte vom finalen Zustand nichts bemerkt haben?**
k. A.

3. **Womit hängt es zusammen, dass Ärzte oftmals Zeichen von Gewalt oder Vernachlässigung an kindlichen Körpern nicht erkennen?**
k. A.

4. **Wie erklären Sie sich Untersuchungen des Rechtsmedizinischen Instituts Münster, denen zufolge bei fast 100% der dort obduzierten tödlichen Kindesmisshandlungen mindest ein, meistens mehrere Ärzte im Vorfeld mit Verletzungen des Kindes konfrontiert worden waren?**
k. A.

5. **Welche Initiativen und Maßnahmen hat die Berliner Polizei ergriffen, um auf die Problematik aufmerksam zu machen?**
k. A.

6. **Welche Maßnahmen sind nach Ihrer Einschätzung erforderlich, um Kinder wirksam gegen Misshandlung und Verwahrlosung zu schützen:**
 - a) **Wie können auffällige Familien wirksamer kontrolliert werden?**
 - b) **Wie stehen Sie zu einer Meldepflicht von Misshandlungen**
 - c) **Sind Änderungen im Adoptionsrecht notwendig?**k. A.

7. **Welches sind die Gründe, dass (kirchliche, kommunale, private) Bestandsangebote wie Schreiambulanzen, Erziehungsberatung, Kinderschutzzentren und Kompetenztraining i.d.R. gerade die nicht erreichen, die Hilfe am nötigsten hätten?**

Vgl. Antwort auf Frage III. B. 3. („Bündnis 90 / Die Grünen“ und SPD-Fraktion)

8. **Was ist unter dem „Säuglingsprojekt 0-3“ bzw. unter dem Frühinterventionsprogramm „Steep“ zu verstehen?**
k. A.

9. **Trifft es zu, dass in der Nachkriegszeit Fürsorgetermine für Eltern in Gesundheitsämtern verpflichtend waren und wenn ja, warum ist die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern auf niedergelassene Ärzte übergegangen?**
k. A.

10. **Wie stehen Sie zur Forderung, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder mindestens bis zum Ende des Grundschulalters verpflichtend zu machen?**

Vgl. Antwort auf Frage III. A. 1. im Fragenkatalog der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion.

11. **Welche Inhalte hat das Programm „Hamburg schützt seine Kinder“?**
k. A.
12. **Wie funktioniert das von Ihnen (Dr. Kratzsch) initiierte Präventionsprojekt?**
k. A.
13. **Was halten Sie von der Einführung eines zentralen Schülerregisters zur Erfassung von schulpflichtigen Kindern, um feststellen zu können, wenn Kinder in Schulen nicht erscheinen?**
k. A.
14. **Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu einem Datenaustausch mit den Familienkassen, um klären zu können, welche Kinder schulpflichtig sind und wo sie sich aufhalten?**
k. A.
15. **Was halten Sie vom Hamburger Projekt „Baby im Bezirk“, bei dem das Einwohnermeldeamt regelmäßig alle Geburten und Zuzüge von Kindern an das Jugendamt meldet, um abzugleichen, ob die jeweils Sorgeberechtigten bereits mit Kindeswohlgefährdungen aktenkundig geworden sind?**
k. A.

Fragenkatalog der FDP-Fraktion:

1. **Wie ist die medizinische Qualität von den im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr zu bewerten? Welche Fehlentwicklungen können im Rahmen der Untersuchungen aufgedeckt werden und wo liegen die Defizite?**
k. A.
2. **Sind die Vorsorgeuntersuchungen von Kindern in der derzeitigen Form geeignet, Fälle von Kinderverwahrlosung aufzudecken? Sind die vorgesehenen (zeitlichen) Abstände zwischen den Untersuchungen hierfür (U1 bis U9) angemessen? Bedarf es zur Feststellung von Verwahrlosungen bzw. Misshandlungen besonderer Kenntnisse?**
k. A.
3. **Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang verpflichtende Untersuchungen? Welche Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Patient (Kinder und Eltern) und Arzt hätte eine solche gesetzliche Verpflichtung – auch vor dem Hintergrund der ärztlichen Schweigepflicht? Bestehen (verfassungs-) rechtliche Bedenken? Wäre der bürokratische Aufwand vertretbar und wer sollte die Einhaltung der gesetzlichen Pflicht zur Vorsorge überwachen?**

Vgl. zu den Fragen 1-3 die Antwort auf Frage III. A. 1. im Fragenkatalog der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion.

4. **Welche Sanktionen über die Reduzierung des Kindergelds hinaus sind denkbar, wenn Eltern der Pflicht zur Vorsorgeuntersuchung nicht nachkommen? Gibt es Modelle/Überlegungen, bei denen die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen besonders honoriert werden kann?**
k. A.

5. **Wie ist das Phänomen der Kinderverwahrlosung zu erklären? Betreffen Fälle von Kinderverwahrlosung überwiegend bestimmte soziale Schichten? Wie ist der Vorschlag zu bewerten, die gesetzliche Verpflichtung ausschließlich auf Kinder bzw. Eltern zu beziehen, die von staatlicher Unterstützung leben und/oder nur auf solche Eltern, bei denen wegen Erziehungsproblemen das Jugendamt schon eingreifen musste?**

Vgl. die Antworten auf die Fragen I. 1.-9. der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion bzw. II. 1.-8. der CDU-Fraktion. Siehe insbesondere die Stellungnahme zu den Risikofaktoren für eine Gefährdungslage bzw. zu Risikogruppen.

6. **Welche Zahlen und Erkenntnisse gibt es über eventuelle Zusammenhänge zwischen nachgeburtlichen Depressionen von Müttern, deren Folge häufig das Unvermögen ist, ihre Kinder anzunehmen und eine affektive Bindung aufzubauen, und den häufiger auftretenden Fällen von Kindesverwahrlosung?**
k. A.

7. **Wie beurteilen Sie die Rolle der Behörden? Ist der Informationsfluss der sozialen Dienste ausreichend?**

Vgl. Antwort auf Frage III. B. 3. der Fraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ und der SPD-Fraktion

8. **Wie beurteilen Sie die „Hilfs-Angebote“ für gefährdete Eltern in Hessen? Welchen Stellenwert nehmen die bestehenden Strukturen in Hessen im Vergleich zu anderen Bundesländern insgesamt ein und im Hinblick auf die finanzielle Situation? Welche qualitativen und quantitativen Unterschiede gibt es zwischen Ballungsraum und ländlicher Region? Wie funktioniert der Informationsaustausch? An welchen Stellen besteht Verbesserungsbedarf?**
k. A.