

DEUTSCHES INSTITUT
FÜR JUGENDHILFE UND
FAMILIENRECHT e. V.



FORUM FÜR FACHFRAGEN

Postfach 10 20 20
D-69010 Heidelberg

Fon 0 62 21/98 18-0
Fax 0 62 21/98 18-28

institut@dijuf.de
www.dijuf.de

Expertise

**des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht
(DIJuF) e. V.**

vom 26. Juli 2007

im Auftrag des

**Universitätsklinikums Ulm, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie**

im Rahmen des Projekts

Guter Start ins Kinderleben –

Länderübergreifendes Modellprojekt mit bundesgeförderter Evaluation zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen in prekären Lebenslagen und Risikosituationen insbesondere zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter

**Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben
– der rechtliche Rahmen**

Dr. Thomas Meysen/Lydia Ohlemann

Projektträger

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

**Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie
und Frauen**

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
Rheinland-Pfalz**

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsübersicht

Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen

A.	Kooperation und Informationsfluss: der datenschutzrechtliche Rahmen	6
I.	Einführung.....	6
II.	Datenschutz als Schutz der Vertrauensbeziehung beim Helfen.....	7
III.	Informationsgewinnung	13
IV.	Informationsweitergabe.....	36
B.	Kooperation und Informationsfluss: Grundlagen gelingender Praxis.....	61
I.	Vorbemerkung.....	61
II.	Mitteilen statt melden: § 8 a SGB VIII als Modell.....	62
III.	Gefährdungseinschätzung: § 8 a SGB VIII als Modell.....	69
IV.	Chronisch kranke Eltern: Grenzen der Freiwilligkeit	72
VI.	Weiterer Forschungsbedarf.....	74
C.	Kooperation und Zuständigkeit: Hilfe ohne Grenzen?	75
I.	Vor der Geburt – alles anders als nach der Geburt?.....	75
II.	Örtliche Zuständigkeit	78
III.	Frühe Förderung und Frühförderung	82
IV.	Zuständigkeit als Grenze des freien Zugangs zu Leistungen	84
D.	Finanzierbarkeit kooperativen Kinderschutzes.....	86
I.	Jugendämter	86
II.	Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe.....	87
III.	Gesundheitsämter	88
IV.	Frühförderstellen	88
V.	Gynäkologie und Pädiatrie	89
VI.	Hebammen/Entbindungspfleger	96
VII.	Weiterer Forschungsbedarf.....	98
E.	Gesetzlicher Änderungsbedarf?	100
I.	Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern.....	100
II.	Möglicher gesetzlicher Änderungsbedarf: ein Ausblick.....	108
F.	Literatur	119

Inhaltsverzeichnis

Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen

A.	Kooperation und Informationsfluss: der datenschutzrechtliche Rahmen	6
I.	Einführung	6
II.	Datenschutz als Schutz der Vertrauensbeziehung beim Helfen	7
1.	Recht auf informationelle Selbstbestimmung	8
2.	Funktionaler Schutz der Vertrauensbeziehung	8
3.	Allgemeine Grundsätze	10
a)	Tranzparenzgebot	10
b)	Bestimmtheitsgrundsatz	11
c)	Verhältnismäßigkeitsgrundsatz	11
4.	Aufgabe, Befugnis, Pflicht	12
III.	Informationsgewinnung	13
1.	Aufgabe als Voraussetzung	13
2.	Jugendamt	13
a)	Aufgaben und Untersuchungsgrundsatz	13
b)	Datenerhebung beim Betroffenen oder bei Dritten	15
3.	Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe	17
a)	Sicherstellung eines entsprechenden Vertrauensschutzes	17
b)	Verträge mit Klient/inn/en als Grundlage	18
c)	Datenerhebung beim Betroffenen oder bei Dritten	20
aa)	Vertrauensverhältnis als Vertragsbestandteil	20
bb)	Bestandteil jeder Hilfe	20
cc)	Bestandteil des Hilfekontrakts als Voraussetzung	21
dd)	Schutzauftrag als integraler Bestandteil der Verträge	21
ee)	Befugte Datenerhebung bei Dritten	22
d)	Umgang mit Informationslücken bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes	22
aa)	Einbeziehung einer Fachstelle	23
bb)	Pflicht zum Einbeziehen des Jugendamts (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII)	24
cc)	Nothilfe und rechtfertigender Notstand	25
dd)	Vertrauliche Beratung von Kinder oder Jugendlichen (§ 8 Abs. 3 SGB VIII)	25
4.	Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger	25
a)	Datenerhebung bei den Patient/inn/en	25
b)	Datenerhebung bei Dritten	27
5.	Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen	28
6.	Gesundheitsämter	29
a)	Gesetzliche Aufgabe als Regelvoraussetzung der Datenerhebung	30
aa)	Beratungs- und Unterstützungsangebote gegenüber hilfebedürftigen Bürger/inne/n	30
bb)	Unterstützung anderer Stellen und Koordinierungsfunktion	31
cc)	Kritik an der Aufgabenerfüllung	32

b)	Besonderer Schutz „sensitiver Daten“ bei der Datenerhebung.....	34
c)	Datenerhebung bei Dritten.....	34
IV.	Informationsweitergabe.....	36
1.	Kinder- und Jugendhilfe.....	36
a)	Parallelität bei öffentlichen und freien Trägern.....	36
b)	Unterscheidung zwischen „anvertrauten“ und sonstigen Informationen.....	36
aa)	„Anvertraute“ Informationen (§ 65 SGB VIII).....	36
bb)	Alle sonstigen Informationen (§ 64 SGB VIII).....	39
cc)	Informationsweitergabe an die Gesundheitshilfe.....	40
dd)	Anonymisierung/Pseudonymisierung im Fachteam.....	41
ee)	Mythen um die Schweigepflicht.....	41
c)	Pflichten zur Informationsweitergabe nach § 8 a SGB VIII.....	42
aa)	Mitteilung an das Jugendamt (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII).....	43
bb)	Anrufung des Familiengerichts (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII).....	45
cc)	Einschaltung anderer Stellen (§ 8 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII).....	45
d)	Rückmeldungen des Mitteilungsempfängers über den weiteren Verlauf.....	46
2.	Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger.....	48
a)	Ärztliche Schweigepflicht.....	48
b)	Einwilligung: schriftlich, mündlich oder wie?.....	50
c)	Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB).....	53
aa)	Gegenwärtige Gefahr für das Kindeswohl.....	54
bb)	Datenweitergabe als mildestes Mittel.....	56
cc)	Interessenabwägung.....	56
dd)	Dokumentation.....	58
3.	Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen.....	58
4.	Gesundheitsämter.....	59
B.	Kooperation und Informationsfluss: Grundlagen gelingender Praxis.....	61
I.	Vorbemerkung.....	61
II.	Mitteilen statt melden: § 8 a SGB VIII als Modell.....	62
1.	Modellcharakter des § 8 a SGB VIII.....	62
2.	Werben um die Inanspruchnahme statt Abgeben von Verantwortung.....	63
3.	Brücken bauen: Einbeziehen weiterer Helfer/innen in laufende Hilfeprozesse.....	65
4.	Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen.....	67
5.	Sofortiges Tätigwerden erforderlich.....	68
III.	Gefährdungseinschätzung: § 8 a SGB VIII als Modell.....	69
1.	Hinzuziehen einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“.....	69
2.	Zusammenführen je eigener Gefährdungseinschätzungen.....	71
IV.	Chronisch kranke Eltern: Grenzen der Freiwilligkeit.....	72
1.	Vernetzte Kooperation als Voraussetzung für hilfreiches Helfen.....	72
2.	Erfolgreiche Hilfe braucht Einverständnis zur Vernetzung der Helfer/innen.....	72
VI.	Weiterer Forschungsbedarf.....	74
C.	Kooperation und Zuständigkeit: Hilfe ohne Grenzen?.....	75
I.	Vor der Geburt – alles anders als nach der Geburt?.....	75
1.	Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe?.....	75
2.	Zuständigkeiten der Gesundheitsämter?.....	76
3.	Aufgaben der Schwangerschafts(konflikt)beratung.....	77

4.	Landesaufgabe an der Schnittstelle zu kommunalen Aufgaben	77
II.	Örtliche Zuständigkeit	78
1.	Jugendämter und Gesundheitsämter	78
2.	Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe	80
3.	Ärzt/inn/e/n, Hebammen, Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen	81
III.	Frühe Förderung und Frühförderung	82
IV.	Zuständigkeit als Grenze des freien Zugangs zu Leistungen	84
D.	Finanzierbarkeit kooperativen Kinderschutzes.....	86
I.	Jugendämter	86
II.	Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe.....	87
III.	Gesundheitsämter	88
IV.	Frühförderstellen	88
V.	Gynäkologie und Pädiatrie	89
1.	Allgemeines	89
2.	Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	91
3.	Untersuchungen bei Kindern bis 6 Jahren	92
4.	Fazit: Zu wenig Zeit, sich psychosozialer Probleme anzunehmen	94
5.	Abrechnungshindernis: Meldepflicht bei drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294 a SGB V)	95
VI.	Hebammen/Entbindungspfleger	96
1.	Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung.....	97
2.	Leistungen während des Wochenbetts.....	97
3.	Sonstige Leistungen.....	98
4.	Fazit	98
VII.	Weiterer Forschungsbedarf.....	98
E.	Gesetzlicher Änderungsbedarf?	100
I.	Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern.....	100
1.	Leistungsrecht.....	101
a)	Kinder- und Jugendhilferecht	101
b)	Gesundheitshilfe	101
2.	Datenschutz.....	103
a)	Kinder- und Jugendhilfe	103
b)	Gesundheitshilfe	105
3.	Behördenstruktur.....	106
II.	Möglicher gesetzlicher Änderungsbedarf: ein Ausblick.....	108
1.	Aktuelle Entwicklungen in den Ländern	108
2.	Änderungsbedarf im Bundesrecht?	116
a)	Kinder- und Jugendhilferecht	116
b)	Familienrecht.....	117
F.	Literatur	119

Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben – der rechtliche Rahmen

A. Kooperation und Informationsfluss: der datenschutzrechtliche Rahmen

I. Einführung

Der Schlüssel, um Kindern in den ersten drei Lebensjahren besser helfen und sie effektiver schützen zu können, liegt in einem **Zugang zu ihren Familien**. Gelingt dieser, so eröffnet dies die Möglichkeit, prekäre Lebenssituationen, erschwerte Erziehungsbedingungen oder möglicherweise sogar schon konkrete Gefährdungen zu erkennen und auf sie zu reagieren. Kinderschutz ist damit zum einen gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die alle angeht. Zum anderen fordert er in besonderer Weise die Institutionen und Professionellen, die mit den Familien in dieser Lebensphase in Kontakt stehen.

Werdende oder frischgebackene Eltern haben während der Schwangerschaft und in den Jahren nach der Geburt in aller Regel **Kontakt zu helfenden Institutionen und Professionellen**. Hierbei handelt es sich vor allem um Vertreter/innen der Gesundheitshilfe, insbesondere Frauenärzt/inn/e/n, Entbindungskliniken, Hebammen/Entbindungspfleger und später Kinderärzt/inn/e/n, Frühförderstellen oder Sozialpädiatrische Zentren. Aber sie finden auch Zugang zu Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen und Elternschulen. Alle diese Beteiligten leisten seit jeher einen wichtigen Beitrag für einen guten Start ins Kinderleben.

Ihr Beitrag zum Schutz von Kindern ist jedoch eindeutig ausbaufähig. Ärzt/inn/e/n sind nicht nur beim Erkennen und Behandeln körperlicher Erkrankungen unverzichtbar, sondern sie sind – genauso wie Hebammen/Entbindungspfleger und Berater/innen – vor allem auch **Vertrauenspersonen**. Sie bekommen intime Einblicke in die Lebenssituation der Familien. Gelingt es Schwangeren oder Eltern, ihren Ärzt/inn/e/n, Hebammen/Entbindungspfleger oder Berater/inne/n zu vertrauen, sich ihnen anzuvertrauen, sich mit ihren Problemen und Nöten zu öffnen, besteht die Chance, diese Hilfebeziehung im Interesse der Kinder und deren Familien zu nutzen. Doch die **Hilfemöglichkeiten der Gesundheitshilfe und Beratungsstellen allein reichen häufig nicht aus**, um den Schutz der Säuglinge und Kleinkinder sicher zu stellen. Familien in

prekären Lebenslagen brauchen in der Regel weitergehende Hilfen, etwa Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe.

Bei dem Bestreben, die Bedingungen für ein Aufwachsen von Kindern zu verbessern, führt somit kein Weg an einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe vorbei. Effektiver Kinderschutz braucht **stabile Brücken** von der Gesundheits- hinüber zur Jugendhilfe. Am anderen Ufer sind Gesundheits- und Jugendämter sowie Träger der freien Jugendhilfe mehr als bisher gefragt, Frauenärzt/inn/e/n, Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, Geburtskliniken, Hebammen/Entbindungspflegern und Kinderärzt/inn/en als **geeignete und verlässliche Partner** zur Verfügung zu stehen. Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen wollen mit dem Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ Grundsteine für diese Brücken legen.

II. Datenschutz als Schutz der Vertrauensbeziehung beim Helfen

Gelebte **Kooperation bedarf der Kommunikation**. Auch im Kinderschutz. Wollen oder „sollen“ sich die verschiedenen Systeme der Gesundheits- und Jugendhilfe einander annähern, ist daher automatisch die Frage nach den jeweiligen Verpflichtungen zur Verschwiegenheit und Vertraulichkeit aufgeworfen. Je enger und verbindlicher Helfer/innen und Institutionen in Kooperationsstrukturen eingebunden sind, desto mehr ist damit zudem ein Autonomieverlust sowohl für die jeweiligen Beteiligten als auch die betroffenen Eltern und Kinder verbunden. Vorbehalte gegenüber allzu engmaschiger Vernetzung finden daher nicht selten ihren Ausdruck in Hinweisen auf Grenzssetzungen durch Datenschutz und Schweigepflicht („Ich würde ja gerne kooperieren, aber ich darf nicht.“).¹

Doch was ist tatsächlich erlaubt? Wie verträgt sich Kooperation mit den jeweiligen Verpflichtungen zur Verschwiegenheit? Wie kann das **Vertrauen der Patient/inn/en und Klient/inn/en geachtet und trotzdem verlässliche Partnerschaft** zwischen den Hilfesystemen gelebt werden? Wann erlaubt der Schutz von Kindern, notfalls auch gegen den Willen von Eltern die Zugbrücke herunter zu lassen und Informationen an das jeweils andere System hinüber zu tragen?

Dies nur einige der Fragen an den Datenschutz, denen sich die potenziellen Kooperationspartner/innen im Kontext der Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder zu stellen haben und deren Beantwortung für den Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe eine der Grundvoraussetzungen ist.

¹ Hierzu auch Meysen *Kinderärztliche Praxis* 77 (2006), 217 ff.

1. Recht auf informationelle Selbstbestimmung

Der Verfassungsrang des Datenschutzes wurde in der Bundesrepublik mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15. Dezember 1983 zum (westdeutschen) Volkszählungsgesetz ausdrücklich festgestellt.² Aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht in Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG wird seitdem – allgemein anerkannt – auch das Grundrecht auf **informationelle Selbstbestimmung** abgeleitet. Dieses umfasst das Recht des Einzelnen, grundsätzlich selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden.³ Daran anknüpfend spricht das Bundesverfassungsgericht später von einem „grundrechtlichen Datenschutz“⁴ bzw. einem „**Grundrecht auf Datenschutz**“.⁵ Gesetzliche Einschränkungen desselben sind nur zulässig, wenn die Weitergabe gesetzlich erlaubt und durch überwiegendes Allgemeininteresse gerechtfertigt erfolgt. Es müssen

- die Voraussetzungen für die Erhebung und Verwendung der Daten sowie deren Umfang für die Bürger/innen im Voraus klar erkennbar (**Transparenzgebot**),
- der Erhebungs- und Verwendungszweck bereichsspezifisch und präzise bestimmbar und bestimmt (**Bestimmtheitsgebot**) und
- die Erhebung und Verwendung der Daten zum Erreichen des angestrebten Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen sein (**Verhältnismäßigkeitsgrundsatz**).⁶

Der grundrechtliche Schutz der informationellen Selbstbestimmung steht somit in Abwägung zu anderen Grundrechtspositionen. Im Kinderschutz begegnet einem daher immer wieder die mitunter gut gemeinte Wertung, die Grundrechte des Kindes überwiegen das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung und daraus wird der kernige Satz formuliert: „Kinderschutz geht vor Datenschutz“.⁷

2. Funktionaler Schutz der Vertrauensbeziehung

Das zentrale Anliegen des Kinderschutzes, **(drohende) Kindeswohlgefährdung möglichst frühzeitig erkennen** zu können, lässt sich in aller Regel nur über den nicht selten

² BVerfGE 65, 1.

³ BVerfGE 65, 1 (42 f.).

⁴ BVerfGE 67, 100 (143).

⁵ BVerfGE 84, 239 (280).

⁶ BVerfGE 65, 1 (43).

⁷ Kritisch hierzu auch Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9.

schwierigen Zugang zu den Kindern und ihren Familien bewerkstelligen. In dieser Hinsicht gilt in der Jugendhilfe das Gleiche wie in der Gesundheitshilfe. Sozialdatenschutz und ärztliche Schweigepflicht beruhen auf der Erkenntnis, dass die jeweilige Hilfe auf einer personalen Beziehung beruht und der geschützte Rahmen des Vertrauensverhältnisses zwischen Helfer/in und Klient/in bzw. Patient/in Grundlage dafür ist, dass sich die Klient/inn/en bzw. Patient/inn/en mit ihren Krankheiten und Problemen den Helfer/inn/en anvertrauen. Entsprechend hat der Gesetzgeber die Hilfebeziehungen in der Gesundheits- und Jugendhilfe vergleichbar geschützt.

Der **Vertrauensbeziehung** zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in, zwischen Hebamme/Entbindungspfleger und Mutter/Eltern, zwischen Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe und Klient/in räumt das Recht daher einen **Eigenwert** ein. Die rechtlichen Schranken für die Weitergabe von Informationen sind daher gerade nicht beim grundrechtlich geschützten Recht auf informationelle Selbstbestimmung angesiedelt, sondern beschränken die Informationsweitergabe in deutlich engeren Grenzen.⁸ Im Regelfall soll zwischen dem Interesse der Eltern (als Sorgerechtsinhaber) an der Geheimhaltung und den – vermeintlichen – Interessen des Kindes an einer Eröffnung weiterer Hilfezugänge durch Informationsweitergabe gerade keine Einzelfallabwägung stattfinden müssen.⁹ Bei genauerer Betrachtung wäre die vorschnelle Informationsweitergabe gegen den Willen der Klient/inn/en vielmehr meist alles andere als hilfreich. Die fürsorgerisch übergestülpte Hilfe würde das Kind nicht erreichen, weil die Eltern den Helfer/inne/n misstrauen und nicht vertrauensvoll mitwirken. Sie – und in zukünftigen Fällen auch abgeschreckte andere hilfebedürftige Familien – würden von der Inanspruchnahme der benötigten Hilfen abgehalten, wenn sie sich der Vertraulichkeit nicht mehr sicher sein könnten.

Der Satz „Kinderschutz geht vor Datenschutz“¹⁰ ist daher deplatziert und irreführend. Er impliziert die Auffassung, im Zusammenhang mit einer (vermuteten) Kindeswohlgefährdung sei jegliche Art der Datenerhebung und -weitergabe erlaubt und verkennt damit die geschützte Funktion von Vertraulichkeit in Hilfebeziehungen.¹¹ Das Recht widersteht dieser Floskel und nimmt stattdessen die **fachliche Erkenntnis** auf, dass **Kinderschutz gerade den funktionalen Schutz von personenbezogenen Daten braucht**,

⁸ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (11).

⁹ Mörsberger, in: DIJuF, Saarbrücker Memorandum, S. 83 (98); VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 46 (49).

¹⁰ In diesem Sinne etwa ZFBS – Bayerisches Landesjugendamt – Landesjugendhilfeausschuss vom 15. März 2006 (A 13100/011/05 unter 12.), zitiert nach Elmayer/Schindler Sozialrecht aktuell 2007, 81 (85 Fn. 45).

¹¹ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9; Tammen UJ 2007, 180 (181); Mörsberger, in: VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 46 (47 ff.).

soll er effektiv sein und möglichst viele Kinder und Jugendliche erreichen („Kinderschutz braucht Datenschutz“).¹²

Der **Schutz der Vertrauensbeziehung** ist nicht nur **beim Aufbau der Hilfebeziehung** unverzichtbar, sondern regelmäßig **auch unabdingbare Voraussetzung für den Erhalt** derselben. Gibt beispielsweise ein/e Arzt/Ärztin gegen den Willen oder hinter dem Rücken seiner/ihrer Patient/in Informationen an das Jugendamt weiter, ist sein/ihr Zugang zur Familie von da an regelmäßig nachhaltig gestört oder gänzlich versperrt. Aber auch die Fachkraft im Jugendamt, die ohne Wissen der Eltern eine/n Arzt/Ärztin konsultiert oder mit einer Hebamme Informationen austauscht, wird kaum noch eine verlässliche Hilfebeziehung zur Familie aufbauen können. Diese wäre aber gerade Voraussetzung, um Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung sicher zu stellen. Die Ärzt/inn/e/n bzw. Fachkräfte sollen in ihrem – auch rechtlich – geschützten Hilfskontakt zu den Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en, d. h., an deren Seite bleiben können.

3. Allgemeine Grundsätze

Zum Schutz vor ungerechtfertigten Einschränkungen des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) und der für die Bürger erkennbaren Vertrauensbeziehung in der Hilfe liegen den datenschutzrechtlichen Vorschriften **drei elementare Grundsätze** für die Arbeit im Umgang mit persönlichen Daten zugrunde: das Transparenzgebot, der Bestimmtheits- und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz.

a) Transparenzgebot

Einschränkungen des Grundrechts der Bürger/innen auf informationelle Selbstbestimmung bedürfen zum einen einer gesetzlichen Grundlage, aus der sich deren Voraussetzungen und Umfang klar ergeben und die damit dem rechtsstaatlichen **Gebot der Normenklarheit** entsprechen.¹³

Der Gesetzgeber hat infolgedessen auch Verarbeitungs- und Verwaltungsabläufe so zu gestalten, dass die Betroffenen möglichst zu jeder Zeit durchschauen können, was mit den von ihnen preisgegebenen oder über sie gespeicherten Informationen ge-

¹² Kohaupt JAMt 2003, 567; Mörsberger, in: DIJuF, Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum, 2004, S. 83 (94 f.); Die Kinderschutz-Zentren JAMt 2003, 234; DIJuF-Rechtsgutachten JAMt 2003, 183; Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (11).

¹³ BVerfGE 65, 1 (44); Kraemer/Stähler, Sozialdatenschutz nach SGB I und X, 2003, § 35 SGB I Rn. 5 a; Seidel, in LPK-SGB X, vor §§ 67-85 a Rn. 8.

schehen soll oder bereits geschehen ist.¹⁴ **Aufklärungs-, Auskunfts- und Löschungspflichten** oder auch Einsichtsrechte der Betroffenen sind insoweit zur Sicherung eines Höchstmaßes an Transparenz ebenso wesentlich wie die Beteiligung eines Datenschutzbeauftragten als Kontrollinstanz.¹⁵

b) **Bestimmtheitsgrundsatz**

Um sich ein verlässliches Bild über die potenziellen Verarbeitungsfolgen machen zu können, wird eine **strenge Zweckbindung** der personenbezogenen Daten als notwendig erachtet.¹⁶ Erst die Klarheit darüber, zu welchem Zweck Angaben verlangt werden und welche Verknüpfungs- und Verwendungsmöglichkeiten bestehen, kann die Frage beantworten, welche Beschränkungen zulässig sind.¹⁷ Der Gesetzgeber ist daher aufgerufen, den Erhebungs- und Verwendungszweck bereichsspezifisch und präzise zu bestimmen.¹⁸

c) **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz**

Jegliche Datenerhebung und -verwendung stellt eine Grundrechtseinschränkung dar. Diese zu rechtfertigen, muss sie den rechtsstaatlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beachten, d. h., zur Erreichung des angestrebten Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen sein.¹⁹

- Die **Geeignetheit** ist immer dann zu bejahen, wenn die Datenschutzbestimmungen die Erreichung des Zwecks bewirken oder zumindest fördern.
- **Erforderlich** ist eine Datenerhebung bzw. -verwendung immer dann, wenn kein anderes Mittel verfügbar ist, das in gleicher (oder sogar besserer) Weise geeignet ist, den Zweck zu erreichen und den Betroffenen dabei weniger belastet.
- Die Datenerhebung bzw. -verwendung ist dann **angemessen**, wenn in der vorzunehmenden Abwägung das (Allgemein-)Interesse, das mit der Datenerhebung bzw. -verwendung verbunden ist, das Persönlichkeitsrecht des Einzelnen an seinen Daten überwiegt.

¹⁴ *Simitis* in: ders., BDSG, 5. Aufl. 2003, Einl. Rn. 37; *Maas/Törnig*, in: Jans/Happe/Saurbier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 62 Rn. 14 f.; *Tammen* UJ 2007, 126 (129).

¹⁵ *Seidel*, in LPK-SGB X, vor §§ 67-85 a Rn. 8; *Simitis*, in: ders., BDSG, Einl. 37; BVerfGE 65, 1 (46).

¹⁶ *Simitis*, in: ders., BDSG, Einl. Rn. 35.

¹⁷ BVerfGE 65, 1 (45).

¹⁸ BVerfGE 65, 1 (46).

¹⁹ *Seidel*, in: LPK-SGB X, vor §§ 67-85 a Rn. 8.

4. Aufgabe, Befugnis, Pflicht

Die Beantwortung der Fragen, was zu tun ist, der Einsatz welcher Mittel dabei erlaubt ist und wozu die Professionellen eventuell sogar verpflichtet sind, erfordert differenzierende, je eigene Antworten. Das Recht unterscheidet hier strikt zwischen Aufgabe, Befugnis und Pflicht. Auch und gerade beim Verständnis der rechtlichen Vorgaben, die das Handeln bei der Erhebung und Verwendung von Daten in Gesundheits- und Jugendhilfe leiten, ist diese Unterscheidung **Grundvoraussetzung für ein Verständnis des rechtlichen und fachlichen Rahmens:**

- Für Jugend- und Gesundheitsämter ergeben sich die **Hilfe- und Schutzaufgaben** und die Voraussetzungen für deren Aktivierung **aus Gesetz**.
- Ärzt/inn/e/n, Hebammen/Entbindungspfleger, Beratungsstellen oder andere Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Gesundheitshilfe werden von Klient/inn/en bzw. Patient/inn/en beauftragt und erhalten damit die **vertragliche Aufgabe**, bestimmte Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen durchzuführen.
- Eine **Befugnis** („ich darf“) in Grundrechte von Betroffenen einzugreifen, etwa durch die Übermittlung von Daten, ergibt sich nur aufgrund spezieller **Ermächtigungsgrundlagen**. Dieser allgemeingültige Grundsatz findet im Sozialdatenschutzrecht seinen Ausdruck in § 35 Abs. 2 SGB I und § 61 Abs. 1 Satz 1 (i. V. m. Abs. 3) SGB VIII.
- Ärzt/inn/e/n, Hebammen/Entbindungspfleger, Beratungsstellen oder Leistungserbringer der Kinder- und Jugendhilfe werden im Gesetz nicht ausdrücklich zur Informationsweitergabe „ermächtigt“. Für eine **Befugnis** bedarf es daher grundsätzlich einer entsprechenden Vereinbarung mit ihren Patient/inn/en oder Klient/inn/en, z. B. eine **ausdrückliche Einwilligung**. Ansonsten kann der unbefugte Bruch der Schweigepflicht allenfalls **wegen einer gegenwärtigen Gefahr gerechtfertigt** sein.²⁰
- Eine **Pflicht** zu einem bestimmten Handeln („ich muss“), etwa auf eine bestimmte Weise Informationen zu gewinnen oder sie an bestimmte Stellen weiterzugeben, haben Fachkräfte in Jugend- und Gesundheitsämtern ebenso wie Ärzt/inn/e/n, Hebammen/Entbindungspfleger oder sonstige Fachkräfte nur und erst dann,

²⁰ Hierzu unten S. 53 ff.

wenn das Gesetz oder eine vertragliche Verpflichtung dieses Verhalten zur Erfüllung der Aufgaben fordert.²¹

III. Informationsgewinnung

1. Aufgabe als Voraussetzung

Soll das Erheben von personenbezogenen Daten zulässig sein, setzt dies eine Aufgabe der erhebenden Stelle bzw. Person voraus, für deren Erfüllung die verantwortliche – sowohl öffentliche als auch nichtöffentliche – Stelle die Kenntnis der gewonnenen Informationen benötigt (vgl. § 13 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz [BDSG], § 62 Abs. 1 SGB VIII).²² Für öffentliche Stellen, wie bspw. Jugend- und Gesundheitsämter, ergibt sich diese **zwingende Koppelung von Aufgabe und Datenerhebung** direkt aus den jeweils einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften im Gesetz. Beruht die Hilfebeziehung auf einem Vertrag, wie bspw. bei Ärzt/inn/e/n oder Hebammen/Entbindungspflegern sowie bei Trägern von Einrichtungen und Diensten, ergibt sich die Aufgabenbindung der Datenerhebung aus den Absprachen mit den Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en im Behandlungs-, Beratungs- bzw. Dienstleistungsvertrag.²³

2. Jugendamt

a) Aufgaben und Untersuchungsgrundsatz

Den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe weist das Kinder- und Jugendhilferecht im SGB VIII eine Vielzahl von Aufgaben zu.²⁴ Zum einen sind sie verpflichtet, tätig zu werden, wenn Familien bei ihnen von sich aus um Hilfen nachsuchen und damit von ihrem Recht auf Leistungen Gebrauch machen und gegebenenfalls die gesetzlichen Ansprüche sogar einfordern. Das Gesetz verpflichtet die Jugendämter aber darüber hinaus, selbst **offensiv auf Familien zuzugehen**, sie über die Angebote zu informieren und Hilfen anzubieten. Sollen Familien in prekären Lebenssituationen frühzeitig erreicht werden, ihnen der Zugang zur Hilfe erleichtert und die Schwellen zu deren In-

²¹ Ministerium für Bildung und Frauen des Landes Schleswig-Holstein, Datenschutz und familiäre Gewalt, S. 20.

²² BVerfG, Beschl. v. 15. Dezember 1983 – 1 BvR 209/83 = BVerfGE 65, 1 (41 ff.).

²³ Schöne, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 52 (55); Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, § 61 Rn. 33 ff.; Kunkel, in: LPK-SGB VIII, § 61 Rn. 273; a. A. Mörsberger, in: Wiesner, SGB VIII, § 61 Rn. 20, der BDSG und LDSG für anwendbar hält.

²⁴ Zu den verschiedenen Rollen des Jugendamts siehe z. B. Tammen UJ 2007, 180 (181).

anspruchnahme verkleinert werden, erfordert dies aufsuchende, sozialpädagogische Angebote.²⁵

Zentrales Angebot dieses präventiven, zugehenden Ansatzes im SGB VIII ist die **„allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ (§ 16 SGB VIII)**. Diese soll Müttern, Vätern und anderen Erziehungsberechtigten ungeachtet der Familienform und Lebenssituation angeboten werden.²⁶ Die Leistung umfasst Angebote der Familienbildung (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII) und damit u. a. die Vorbereitung auf das Zusammenleben mit Kindern sowie die Erweiterung der Handlungskompetenzen der Erziehungsberechtigten.²⁷ Außerdem sollen Eltern Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen gemacht werden (§ 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII). Neben diesen informierenden, aufklärenden, übenden und entlastenden Formen der Förderung haben Jugendämter auch die allgemeine Pflicht, über die Leistungen nach dem SGB VIII aufzuklären (§ 13 SGB I).

Die Jugendämter haben somit ganz allgemein die Aufgabe, informierend und aufsuchend mit Familien Kontakt aufzunehmen, auf sie zu und mit ihnen ins Gespräch zu gehen. Hierbei erhalten sie notwendig stets auch Informationen zur wirtschaftlichen, sozialen und psychosozialen Situation der Eltern, deren Kindern und möglicherweise weiterer Personen im Familiensystem. Ergeben sich dabei **Hinweise auf einen weitergehenden Hilfebedarf**, haben die Jugendämter darüber hinaus die Pflicht, von sich aus der Frage nachzugehen, ob die Gewährung weiterer Leistungen nach dem SGB VIII in Betracht kommt, und mit der Familie Antworten hierauf zu suchen. Dies ergibt sich aus dem **Untersuchungsgrundsatz des § 20 SGB X**:

„(1) Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen; an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten ist sie nicht gebunden.

(2) Die Behörde hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen.“

²⁵ Eine Betonung des „präventiven Kinderschutzes“ begrüßend Jugendministerkonferenz FORUM Jugendhilfe 2/2006, 40 (41); zu entsprechenden Modellen siehe *Lukaczyk/Pölln*, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 161 ff.; *Blum-Maurice*, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 171 ff.

²⁶ *Struck*, in: Wiesner, § 16 Rn. 5; *Schleicher*, in: GK-SGB VIII, Stand: Jul. 2001, § 16 Rn. 4; *Krug/Grüner/Dalichau*, SGB VIII, Stand: Apr. 2006, § 16 Anm. III. 1; *Grube*, in: Hauck/Noftz, SGB VIII, Stand: Apr. 2002, § 16 Rn. 11.

²⁷ *Struck* § 16 Rn. 11, 14; *Schleicher*, in: GK-SGB VIII, Stand: Jul. 2001, § 16 Rn. 11.

Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung²⁸ bekannt, hat es die Aufgabe, die Gefährdung einzuschätzen und hierzu auch weitere Informationen zu gewinnen (§ 8 a Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB VIII i. V. m. § 20 SGB X).²⁹

b) Datenerhebung beim Betroffenen oder bei Dritten

Auch in der Kinder- und Jugendhilfe gilt der allgemeine **Grundsatz** des Datenschutzrechts, dass **Sozialdaten beim Betroffenen zu erheben** sind (§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Als „Betroffene“ versteht das Gesetz dabei den- oder diejenige, über den oder die Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (§ 67 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Dieser allgemeine Grundsatz ist aufgrund der Fachlichkeit in den Hilfen nach dem SGB VIII auch auf das Familiensystem anzuwenden, da Hilfebedarfe in aller Regel nur mit der Gesamtheit der Beziehungs- und Bezugssysteme des Familienverbands zu ermitteln sind. Dies gilt auch für die grundsätzliche Notwendigkeit einer gemeinsamen Problemkonstruktion³⁰ mit der Familie bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (§ 8 a Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 SGB VIII).³¹

Die **Arbeit mit Familiensystemen erfordert** Informationen auch bei Dritten im Sinne des Datenschutzrechts zu gewinnen. Unterhält sich eine Fachkraft mit einer Mutter über andere aus deren Familie, erhält sie von einer dritten Person (Mutter) Sozialdaten über den/die andere/n Beteiligte/n aus dem Familiensystem als datenschutzrechtlich „Betroffene/n“ (Kind, Vater, Partner etc.). Wenn es sich dabei nicht um ein gezieltes Ausfragen hinter dem Rücken anderer Angehöriger eines Familiensystems handelt, ist diese Datenerhebung bei Dritten auch ohne weiteres zulässig, da sie notwendigerweise integraler Bestandteil der Aufgabenerfüllung bei der Hilfe nach dem SGB VIII ist.

Eine ausschließliche Erhebung beim Betroffenen ist daher nicht möglich. Ein Gespräch kann nicht deshalb unterbrochen werden, weil eine Mutter von ihrem Kind, ein Vater von seiner Partnerin, die Großmutter von ihrer Tochter etc. erzählt; vielmehr

²⁸ Zum Verständnis des Begriffs „gewichtige Anhaltspunkte“ *Kindler/Lillig* IKK-Nachrichten 1-2/2006, 16.

²⁹ *Salgo* ZKJ 2007, 12 (14); *ders.*, in: *Ziegenhain/Fegert*, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 9 (21); *Schindler* IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (10); *Meysen/Schindler* JAmt 2004, 449 (450).

³⁰ Hierzu ausführlicher *Wolff*, in: *Ziegenhain/Fegert*, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 37 (39 f.); *Meysen*, ebd., S. 30 (31 f.).

³¹ *Maas/Törnig*, in: *Jans/Happe/Saubier/Maas*, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 62 Rn. 47g.

ist gerade das gewollter Bestandteil der Beratung. Eine solche „Datenerhebung bei Dritten“ dient entweder der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen, der Erfüllung einer (Beratungs-)Leistung bzw. anderen Aufgabe nach dem SGB VIII oder sie ist erforderlich zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung (§ 62 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. a, c, d SGB VIII).

Anders zu bewerten ist hingegen die **Datenerhebung außerhalb des Familiensystems**. Erreichen das Jugendamt ungefragt Informationen, so dürfen diese zwar problemlos entgegen genommen, also erhoben, werden. Aber wenn es möglich ist, die benötigten Informationen auch von den Klient/inn/en direkt zu bekommen, dürfen Fachkräfte im Jugendamt ohne Einverständnis der Klient/inn/en nur ausnahmsweise von sich aus auf Personen außerhalb des Familiensystems zugehen, um von diesen etwas über die Eltern oder deren Kinder zu erfahren. Wenn sich Fachkräfte aus dem Jugendamt mit Fachkräften bei Trägern von Einrichtungen und Diensten oder Professionellen aus anderen Hilfesystemen, etwa der Gesundheitshilfe, über eine Familie austauschen wollen, bedarf es dazu regelmäßig nicht nur **Transparenz** gegenüber der Familie bezüglich Inhalt und Umfang, sondern auch der **vorherigen Einwilligung der Betroffenen**.³²

Ohne Einwilligung ist die Datenerhebung bei Dritten nur zulässig, wenn von den Beteiligten aus der Familie die Informationen nicht erlangt werden können, beispielsweise weil diese sie nicht selbst geben, Erinnerungslücken haben, Dinge nicht wissen oder nicht ihr Einverständnis erteilen, dass sie das Jugendamt bei Anderen einholt (§ 62 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII).³³ In den hier relevanten Konstellationen fordert das Gesetz an diesem Punkt zusätzlich, dass die Kenntnis der Sozialdaten erforderlich ist für die Feststellung der Voraussetzungen oder für die Erfüllung einer Leistung nach dem SGB VIII (Nr. 2 Buchst. a) bzw. die Wahrnehmung der Aufgabe der Inobhutnahme (Nr. 2 Buchst. c). Eine Datenerhebung an den Betroffenen vorbei ist auch zulässig, wenn die Kenntnis zur Gefährdungseinschätzung im Rahmen der Erfüllung des Schutzauftrags nach § 8 a SGB VIII erforderlich und die Erhebung bei den Betroffenen nicht möglich ist, weil die Eltern an der Risikoabschätzung nicht ausreichend mitwirken (Nr. 2 Buchst. d).³⁴

Diese Befugnistatbestände unterliegen allesamt dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Für die Fachkräfte heißt dies, stets zu reflektieren, wie sich die Datenerhebung bei

³² Bke ZKJ 2006, 346 (349 f.); Maas, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 62 Rn. 15.

³³ Hierzu Wiesner IKK-Nachrichten 1-2/2006, 4 (7); ders. FPR 2007, 6 (9).

³⁴ BT-Drucks. 15/3676, S. 14; Tammen UJ 2006, 381 (382 f.); Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (11); Wiesner IKK-Nachrichten 1-2/2006, 4 (7); Münder u. a., FK-SGB VIII, § 8 a Rn. 21.

Dritten auf den Hilfeprozess mit den Betroffenen auswirkt. Die Notwendigkeit und der Wert solcher indirekt, durch andere Personen und Stellen erhaltener Kenntnis von Informationen ist abzuwägen, also ins Verhältnis zu setzen mit der Wichtigkeit einer **Arbeit am und das Aushalten von Widerstand** für den Aufbau und Erhalt einer Hilfebeziehung, insbesondere mit unfreiwilligen Klient/inn/en.³⁵ Sozialpädagogisch-fachlich gesprochen ist entscheidend, ob die Datenerhebung bei Dritten insgesamt gesehen hilfreich ist oder nicht, insbesondere ob die Hilfebeziehung stabil ist, der Hilfezugang erhalten bleibt und der Prozess der Hilfe nicht behindert wird. Hierbei ist die Herstellung von Transparenz über die Notwendigkeit einer Datengewinnung bei Dritten ein wesentlicher Baustein.³⁶

Darüber hinaus kann vom Grundsatz der Erhebung beim Betroffenen abgewichen werden, wenn durch eine Informationsgewinnung in der Familie oder bei bestimmten Angehörigen des Familiensystems der **Zugang zur Hilfe ernsthaft gefährdet** würde (§ 62 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII). Aus fachlicher Sicht greift diese Ausnahme insbesondere im Zusammenhang mit einem vermuteten sexuellen Missbrauch,³⁷ da eine Konfrontation zu einer Abschottung führen und den Geheimhaltungsdruck auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen im Einzelfall in solcher Weise erhöhen kann, dass sich die Gefährdung verschärft.³⁸ Weil zudem das Geheimhaltungsinteresse der Täter und die Scham der Betroffenen sehr ausgeprägt ist, greifen die für Kindeswohlgefährdung (körperliche oder psychische Misshandlung, Vernachlässigung) üblichen Kommunikationsansätze – Hilfebedarf mit den Betroffenen gemeinsam zu eruieren – nicht. Daraus kann häufiger als in allen anderen Fällen die Notwendigkeit entstehen, Daten bei Dritten zu erheben. Transparenz ist hierbei in erster Linie mit der/dem vom Missbrauch Betroffenen herzustellen.

3. Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe

a) Sicherstellung eines entsprechenden Vertrauensschutzes

Träger von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erbringen oder Aufgaben nach dem SGB VIII erfüllen, sollen den Schutz personenbezogener Daten bei der **Erhebung und Verwendung in entsprechender Weise** gewähr-

³⁵ Zur Arbeit am Widerstand Kinderschutz-Zentrum Berlin, Kindesmisshandlung Erkennen und Helfen, S. 102 ff.

³⁶ Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 62 Rn. 14 f.

³⁷ Deutscher Verein NDV 2006, 494 (500); Salgo, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 9 (23).

³⁸ BT-Drucks. 15/3676, S. 38; Münder u. a., FK-SGB VIII, § 8 a Rn. 21 und § 62 Rn. 22.

leisten (§ 61 Abs. 3 SGB VIII). Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen dies sicherstellen.³⁹ „In entsprechender Weise“ bezieht sich dabei sowohl auf die Grenzen als auch auf die Reichweite der Befugnisse, Daten zu erheben, zu speichern und zu übermitteln.⁴⁰

Dieser Gewährleistungsauftrag betrifft auch die Aufgaben der Träger von Einrichtungen und Diensten, zu deren Wahrnehmung sie über die Vereinbarungen nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII verpflichtet werden. Auch hier heißt es, sie sollen den **Schutzauftrag bei Gefährdung** des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen „in entsprechender Weise“ wie das Jugendamt wahrnehmen (§ 8 a Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Bei der Erhebung von personenbezogenen Daten stellt sich daher die Frage, ob sie wie das Jugendamt zur investigativen Informationsgewinnung verpflichtet sind – wie zum Teil vermutet wird⁴¹ – oder ob ihr professionelles Hinschauen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung anderen Regeln unterworfen ist.

b) Verträge mit Klient/inn/en als Grundlage

Die Aufgaben von Fachkräften bei Trägern von Einrichtungen und Diensten ergeben sich – anders als beim Jugendamt – nicht aus dem Gesetz, sondern aus Verträgen, insbesondere aus dem Hilfevertrag mit den Klient/inn/en oder den Vereinbarungen mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe. Inwieweit Fachkräfte bei Trägern von Einrichtungen und Diensten berechtigt oder sogar verpflichtet sind, Informationen zu gewinnen, ergibt sich aus **vertraglichen Beziehungen**.⁴²

Auch bei nichtöffentlichen Leistungserbringern ist eine Datenerhebung in jedem Fall nur zulässig, soweit sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist (§ 62 Abs. 1 SGB VIII entsprechend).⁴³ Die Datenerhebung muss damit von den Aufgaben im jeweiligen Hilfekontext erfasst sein. Diese sind in einem in der Regel mündlich vereinbarten Hilfevertrag, also einem Vertrag, mit den Klient/inn/en und einem – korrelierenden – Vertrag mit dem Jugendamt konkretisiert, beraterisch-fachlich ausgedrückt ergeben sie sich aus den **erteilten und angenommenen Aufträgen**, und sind dementsprechend dif-

³⁹ Hierzu *Tammen* UJ 2007, 180 (182).

⁴⁰ *Pluhar* JAmt 2003, 336; zum Stand der rechtsdogmatischen Herleitung *Mörsberger*, in: *Wiesner*, SGB VIII, § 61 Rn. 20 ff.; *Kunkel*, in: *LPK-SGB VIII*, § 61 Rn. 269 ff.

⁴¹ So *Diakonie* Korrespondenz 04/05, S. 7.

⁴² *Elmayer/Schindler* Sozialrecht aktuell 2007, 81 (82); *Maas/Törnig*, in: *Jans/Happe/Saurbier/Maas*, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 61 Rn. 33. – Siehe auch oben Fn. 23.

⁴³ *Maas/Törnig*, in: *Jans/Happe/Saurbier/Maas*, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 61 Rn. 50 f.

ferenziert zu betrachten.⁴⁴ Die Aufgaben werden von den Vereinbarungen nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII nur dann erweitert, wenn auch der Hilfevertrag zwischen den Klient/inn/en und der Fachkraft entsprechend geschlossen ist bzw. erweitert wird.

Die **Verträge**, die der Hilfe zugrunde liegen, sind **dynamisch**. Werden beispielsweise gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, sind die Fachkräfte bei Trägern von Einrichtungen und Diensten verpflichtet, auf ihre Klient/inn/en als „wichtigste Co-Produzenten“⁴⁵ bei der Pflege und Erziehung der Kinder zuzugehen und die Wahrnehmungen zu thematisieren (§ 8 a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 Satz 2 SGB VIII).⁴⁶ Lassen sich die Klient/inn/en auf den Kontakt ein, erweitert sich der Hilfevertrag entsprechend und werden in der Familie notwendigerweise zusätzliche Informationen erhoben.

Eine – gesetzliche – **Pflicht zur weiteren Informationsgewinnung**, wie sie sich für das Jugendamt aus dem Untersuchungsgrundsatz nach § 20 SGB X ergibt, ist **nicht Bestandteil des Pflichtenkanons in § 8 a Abs. 2 SGB VIII** (bzw. § 8 a Abs. 1 SGB VIII, auf den Absatz 2 verweist). Wenn § 8 a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII fordert, dann nicht auf die Personensorgeberechtigten oder Kinder zuzugehen, wenn dadurch der wirksame Schutz des Kindes in Frage gestellt würde, so werden damit der vertraglichen Ausgestaltung der Hilfebeziehung mit den Klient/inn/en Grenzen gesetzt, diese aber nicht erweitert.

Keinesfalls können Träger von Einrichtungen und Diensten in Verträgen mit den Jugendämtern zur Wahrnehmung von Aufgaben verpflichtet werden, die sie nicht gleichzeitig in die Verträge mit ihren Klient/inn/en aufnehmen.⁴⁷ Auch Vereinbarungen nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII erweitern die Befugnisse zur Erhebung – sowie Weitergabe – von Privatgeheimnissen nicht.⁴⁸ **Geheimaufträge** im Sinne einer verdeckten Ermittlung oder „Bespitzelung“ sind **unzulässig**. Ein entsprechendes Vorgehen verstieße in eklatanter Weise gegen Grundrechte⁴⁹ und Menschenrechte⁵⁰ der Betroffenen.

⁴⁴ Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 61 Rn. 26 f.

⁴⁵ Gerber IKK-Nachrichten 1-2/2006, 34 (36).

⁴⁶ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (12).

⁴⁷ Elmayer/Schindler Sozialrecht aktuell 2007, 81 (82 f.).

⁴⁸ Elmayer/Schindler Sozialrecht aktuell 2007, 81 (84); Meysen Jugendhilfe-Report 2/2007, 8 (9 f.).

⁴⁹ BVerfG, Beschl. v. 21. Juni 2002 – 1 BvR 605/02 = JAmt 2002, 307.

⁵⁰ EGMR, Urf. v. 8. April 2004 – Beschwerde Nr. 11057/02 (Haase ./ Deutschland) = FamRZ 2005, 585 m. Anm. Rixe S. 589.

c) **Datenerhebung beim Betroffenen oder bei Dritten**

aa) **Vertrauensverhältnis als Vertragsbestandteil**

Der Hilfevertrag begründet ein Vertrauensverhältnis. Bestandteil dieses Vertrags ist daher in aller Regel **nicht, hinter dem Rücken oder gegen den Willen der Familie** Ermittlungen anzustellen oder Aufklärungsarbeit bei Dritten zu betreiben.⁵¹ Dies ist folglich nicht Aufgabe von Fachkräften bei Einrichtungen oder Diensten. Ermitteln sie doch, verstoßen sie gegen die vertraglichen Vereinbarungen mit ihren Klient/inn/en. Sie gefährden zudem das Zustandekommen einer Hilfebeziehung bzw. den Erfolg ihrer Hilfe:

- Mit der Vertrauensbeziehung z. B. in der sozialpädagogischen Familienhilfe und damit den Aufgaben der Familienhelfer/in regelmäßig nicht vereinbar ist, hinter dem Rücken oder gegen den Willen der Familie in Kindergarten, Schule oder Nachbarschaft „Aufklärungsarbeit“ zu betreiben und Informationen einzuholen.
- Zu den Aufgaben von Erzieher/inne/n in einer Kindertageseinrichtung gehört nicht, in der Nachbarschaft Informationen über das Erziehungsverhalten der Eltern einzuholen.

bb) **Bestandteil jeder Hilfe**

Davon abgesehen ist die Erhebung von personenbezogenen Daten bei Dritten jedoch gleichzeitig selbstverständlicher Bestandteil der alltäglichen Aufgabenerledigung in allen Hilfekontexten, auch bei Trägern von Einrichtungen und Diensten. Wenn eine Mutter von ihrem Kind oder ein Jugendlicher von seinem Vater erzählt, ist dies im datenschutzrechtlichen Sinne, wie gesehen, eine Datenerhebung bei Dritten.⁵² Kind bzw. Vater sind in diesem Fall **von der Datenerhebung „Betroffene“** (§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII, § 67 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Da die Aufgaben der Träger von Einrichtungen und Diensten stets eine Erhebung von Daten über andere Personen erfordern, insbesondere aus dem familiären System, bezieht sich schon der Hilfevertrag auf ein Familiensystem.

Aber auch sonst sind Datenerhebungen bei Dritten **ohne Kenntnis des Betroffenen** von den Aufgaben bei Trägern von Einrichtungen und Diensten erfasst. Wenn sie nicht hinter dem Rücken oder gegen den ausdrücklich erklärten Willen der Klient/in-

⁵¹ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (13); Wiesner FPR 2007, 6 (10); Jordan, in: ders., Kindeswohlgefährdung, S. 23 (30); Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saurbier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 62 Rn. 47g.

⁵² Hierzu oben S. 15 ff.

n/en erfolgen, unterliegen sie grundsätzlich erst einmal keinen rechtlichen Bedenken, wie folgende profane Beispiele deutlich machen:

- Die sozialpädagogische Familienhelferin steht bei Familie X vor verschlossener Tür. Die Nachbarin spricht die Helferin an: „Suchen Sie Frau X?“ Diese bestätigt und fragt nach, ob die Nachbarin Frau X heute schon gesehen habe.
- Ein Vater hat zum zweiten Mal hintereinander einen Termin in der Beratungsstelle nicht wahrgenommen. Die Fachkraft ruft bei ihm an, um sich über die Hintergründe des Fernbleibens zu erkundigen. Es meldet sich die Frau des Vaters. Die Fachkraft fragt, ob ihr Mann zuhause sei.
- Der 10-jährige Peter kommt nicht in den Gruppennachmittag beim Erziehungsbeistand. Da Peter normalerweise direkt vom Hort in die Gruppe kommt, ruft die Fachkraft dort an, um sich zu erkundigen, ob er schon aufgebrochen ist.

cc) Bestandteil des Hilfekontrakts als Voraussetzung

Fachkräfte bei Trägern von Einrichtungen und Diensten sind im Rahmen der Wahrnehmung des Schutzauftrags somit vor allen Dingen dann befugt, Informationen bei Dritten zu gewinnen, wenn ihre Klient/inn/en sich damit zuvor einverstanden erklärt haben.⁵³ Ohne deren Wissen oder ohne deren Einwilligung ist die Datenerhebung bei Dritten nur zulässig, wenn die Fachkräfte

- eine **entsprechende Aufgabe** haben, die sich aus dem Vertrag (Hilfekontrakt) mit ihren Klient/inn/en und einem korrelierenden Vertrag mit dem Jugendamt ergibt,
- auf der **Grundlage dieser Verträge** datenschutzrechtlich befugt sind, an den Klient/inn/en vorbei Informationen zu erheben.

dd) Schutzauftrag als integraler Bestandteil der Verträge

Aus § 8 a SGB VIII ergibt sich keine eigenständige Pflicht, entgegen den vertraglichen Vereinbarungen mit den Klient/inn/en hinter deren Rücken oder gegen deren ausdrücklich erklärten Willen weitere Informationen bei Dritten außerhalb des familiären Systems zu erheben. Ob die Fachkräfte in Einrichtungen oder bei Diensten die Aufgabe haben, Informationen bei Dritten zu erheben, ist damit **keine Frage der Vereinbarung nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII**, sondern der Leistungsbeschreibung sowie der Hilfekontrakte mit den Klient/inn/en.⁵⁴ Entsprechende Aufgaben können sich beispielsweise ergeben, wenn eine auf Fragen des sexuellen Missbrauchs spezialisierte Bera-

⁵³ Siehe oben S. 18; ausführlich Meysen Jugendhilfe-Report 2/2007, 8 (9 f.).

⁵⁴ Hierzu oben S. 20 f.

tungsstelle mit der/dem Klient/in vereinbart, weitere Informationen einzuholen, ohne die Familie oder bestimmte Personen hierüber in Kenntnis zu setzen. Diese Aufgabe kann hier möglicherweise sogar ausdrücklich dem Konzept der Beratungsstelle und damit der Leistungsvereinbarung mit dem Jugendamt zugrunde liegen.

ee) Befugte Datenerhebung bei Dritten

Datenerhebung bei Dritten gehört somit einerseits zum Alltag jeder Leistungserbringung. Andererseits wird die professionelle Neugier mit der Forderung diszipliniert, Informationen direkt bei den Betroffenen zu erheben (§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Die **gezielte Erhebung von Informationen** über nicht anwesende Personen, ohne dass diese damit einverstanden sind oder davon wissen, ist näher definierten Beschränkungen unterworfen (§ 62 Abs. 3 SGB VIII).

Für Fachkräfte bei Einrichtungen und Diensten gelten insoweit die gleichen Regeln wie für die Fachkräfte im Jugendamt. Wenn dies in ihren Hilfeverträgen mit den Klient/inn/en vereinbart ist,⁵⁵ dürfen sie sich im Kontext von Kindeswohlgefährdungen bei Dritten Informationszugänge insbesondere dann erschließen, wenn

- die Erhebung beim Betroffenen den **Zugang zur Hilfe ernsthaft gefährden** würde (§ 62 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII) oder
- sie konkret entsprechende Informationsgewinnungsaufgaben **bei der Wahrnehmung des Schutzauftrags** mit ihren Klient/inn/en und dem öffentlichen Träger vereinbart haben *und* bspw. wegen mangelnder Mitwirkung der Eltern die Informationen zur Wahrnehmung der betreffenden Aufgaben **benötigt** werden (§ 62 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. d SGB VIII).

d) Umgang mit Informationslücken bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes

Bei Trägern von Einrichtungen und Diensten kommen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung an. In der Regel ist die **Konfrontation der Betroffenen** mit Eindrücken oder Tatsachen, die unangenehm sind oder Auswirkungen haben, eine der wichtigen Interventionen im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung. Sie verlangt ein geübtes, methodisch versiertes Vorgehen, ist aber meist ohne Alternative.

⁵⁵ Die bke (ZKJ 2006, 346 [349]) empfiehlt, sich bei der Risikoabschätzung nur auf die Informationen zu stützen, die ihnen bei Gelegenheit der Leistungserbringung bekannt geworden sind.

Mitunter erscheint aus fachlicher Sicht erforderlich, dass den gewichtigen Anhaltspunkten vertiefter nachgegangen wird und hierbei auch Informationen von Personen und Stellen außerhalb des Familiensystems eingeholt werden. Die Fachkräfte bei Trägern von Einrichtung oder Diensten sind mangels entsprechender Aufgabe regelmäßig nicht befugt, bei diesen Dritten Informationen einzuholen. Sie werden aber im Rahmen der sozialpädagogischen, erzieherischen, psychologischen etc. Fachlichkeit zu klären haben, ob und wie die Informationen trotzdem für den Hilfekontext erlangt und nutzbar gemacht werden können.⁵⁶ Ist den Fachkräften in der Einrichtung oder beim Dienst eine **weitere Datenerhebung nicht möglich**, bleibt der Weg über eine Einbeziehung anderer Stellen. In diesem Fall stellt sich allerdings stets auch die Frage nach der Zulässigkeit einer Weitergabe von Informationen an dieselben.⁵⁷

aa) Einbeziehung einer Fachstelle

Möchte eine Fachkraft in der Einrichtung oder beim Dienst entsprechende erweiterte Hilfeaufträge nicht übernehmen oder sind diese mit ihrem Hilfekontext nicht vereinbar, bleibt ein Tätigwerden in der Regel dennoch weiter notwendig. Nach der Konzeption des § 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII soll sie (zunächst) bei ihren Klient/inn/en darauf hinwirken, weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie kann im Einvernehmen und/oder mit Kenntnis der Klient/inn/en einen Kontakt zu entsprechenden Fachstellen eines anderen freien Trägers herstellen. Nicht nur rechtlich indiziert, sondern auch aus fachlicher Sicht ist die Form der **Kontaktaufnahme für alle Beteiligten transparent** zu gestalten.⁵⁸ Dabei ist die Fachkraft in der Einrichtung oder beim Dienst nicht unbedingt darauf angewiesen, dass die Familie, das Kind, die/der Jugendliche, die Eltern von sich aus den Weg bspw. zu einer Beratungsstelle finden. Vielmehr können auch die Fachkräfte der spezialisierten Einrichtungen oder Dienste Kontakt zu dem Kind oder dem Elternteil, der es abholt, aufnehmen (bspw. in der Kindertageseinrichtung).

Mit Kenntnis und Einwilligung der Betroffenen ist ein solches Initiieren von Kontakten datenschutzrechtlich zulässig. Wenn die Klient/inn/en damit einverstanden sind, dürfen auch die Gründe mitgeteilt werden, weshalb der Kontakt hergestellt werden soll (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII). Liegt ein **Einverständnis nicht** vor, kann der Kontakt

⁵⁶ Hierzu auch Meysen Jugendhilfe-Report 2/2007, 8 (10 ff.). – Zum Umgang der Erziehungsberatung mit dieser Problemstellung bke, Kinderschutz und Beratung, S. 24.

⁵⁷ Zur Informationsweitergabe ausführlich unten S. 36 ff.

⁵⁸ Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 62 Rn. 14.

trotzdem hergestellt werden, wenn die Daten nicht mit besonderer Geheimhaltungserwartung anvertraut sind und der Erfolg der eigenen Leistungserbringung nicht gefährdet wird (vgl. § 64 Abs. 2 SGB VIII).⁵⁹ Personenbezogene Daten werden durch eine solche Kontaktaufnahme mit einer anderen Stelle stets weitergegeben, denn sie enthält zumindest die Information, dass ein bestimmtes Kind, ein/e Jugendliche/r oder Eltern mit der anfragenden Fachkraft in einer Hilfebeziehung steht und dass offensichtlich das Hinzuziehen der ersuchten Fachkraft für erforderlich gehalten wird. Ob die bestehende Hilfebeziehung eine solche eingeschränkte Informationsweitergabe verkräftet, ohne dass der Erfolg der Hilfe gefährdet ist, obliegt der Einschätzung der Fachkräfte im Einzelfall.⁶⁰

bb) Pflicht zum Einbeziehen des Jugendamts (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII)

Es kommt vor, dass die Eltern oder das Kind nicht bereit sind, die weitergehende Hilfe anzunehmen, die in der Einrichtung oder beim Dienst zur Abwendung der Gefährdung als notwendig erachtet wird. Es kann auch möglich sein, dass die **gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung** mit den Klient/inn/en nicht angesprochen werden können, weil andernfalls der wirksame Schutz des Kindes in Frage gestellt wäre (§ 8 a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 Satz 2 SGB VIII).⁶¹

Gelingt es nicht, den Hilfebedarf durch eine zusätzlich hinzugezogene Fachstelle zu decken, und reichen die eigenen Hilfemöglichkeiten der Einrichtung oder dem aktuell am Fall tätigen Dienst der Jugendhilfe nach wie vor nicht aus, so schreibt § 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII verpflichtend die **Information des Jugendamts** vor. Diese zählt dann unabhängig von einem Einverständnis der Klient/inn/en zu den Aufgaben der Fachkräfte beim Träger von Einrichtungen und Diensten.⁶² Die damit verbundene Informationsweitergabe ist zulässig (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VIII i. V. m. § 203 Abs. 1 StGB i. V. m. § 34 StGB⁶³ entsprechend bzw. § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII entsprechend).

⁵⁹ Zur Unterscheidung zwischen sog. „anvertrauten“ und allen sonstigen Sozialdaten eingehend unten S. 36 ff.

⁶⁰ Ausführlich hierzu siehe unten S. 39 ff.

⁶¹ Deutscher Verein NDV 2006, 494 (500 f.).

⁶² Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (14).

⁶³ Bke ZKJ 2006, 346 (349); *Elmayer/Schindler Sozialrecht aktuell* 2007, 81 (86); hierzu näher unten 43 f.

cc) Nothilfe und rechtfertigender Notstand

Die Pflicht zur Informationsweitergabe nach § 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII entspricht der Schwelle, an welcher die eigentlich unbefugte Weitergabe von Informationen wegen Nothilfe (§ 32 StGB) oder rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) ausnahmsweise gerechtfertigt ist.⁶⁴ Die Datenerhebung bei Dritten ohne Einverständnis der Klient/inn/en ist danach zulässig, wenn sie erforderlich ist, um einen „**gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff**“ (§ 32 StGB) bzw. eine „**gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr**“ (§ 34 StGB) gegen eine Person oder Sachen abzuwenden. Gegenwärtig ist ein Angriff, wenn er unmittelbar bevorsteht, und eine Gefahr, wenn „bei natürlicher Weiterentwicklung der Dinge der Eintritt eines Schadens sicher oder doch höchstwahrscheinlich ist.“ Ob die Datenerhebung bei Dritten durch die Fachkräfte bei Trägern von Einrichtungen und Diensten – anstelle der Hinzuziehung des Jugendamts – erforderlich ist, kann nur anhand der Umstände im Einzelfall beurteilt werden.

dd) Vertrauliche Beratung von Kinder oder Jugendlichen (§ 8 Abs. 3 SGB VIII)

Im vorliegenden Zusammenhang weniger relevant, aber zumindest Erwähnung finden soll die vertrauliche Beratung von Kindern und Jugendlichen. Vertrauen sich Kinder oder Jugendliche mit einer besonderen Not- oder Konfliktlage an, so dürfen sie auch **ohne Wissen und Einbeziehung ihrer Eltern** beraten werden, wenn dies erforderlich erscheint und der Beratungszweck andernfalls vereitelt würde (§ 8 Abs. 3 SGB VIII). Aus dieser Beratungsbeziehung heraus kann der Hilfeauftrag u. U. erweitert werden und auch die Kontaktaufnahme mit anderen Personen oder Stellen außerhalb des familiären Systems umfassen. Die Fachkräfte bei Einrichtungen und Diensten können solche erweiterten Kontrakte mit den Kindern oder Jugendlichen eingehen, wenn dies mit ihrer sonstigen Aufgabenerfüllung vereinbar ist.⁶⁵

4. Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger

a) Datenerhebung bei den Patient/inn/en

Wird ein/e Arzt/Ärztin oder ein/e Hebamme/Entbindungspfleger von einer/einem Patient/in mit der Behandlung, Untersuchung oder auch Beratung beauftragt, kommt – nach überwiegender Meinung auch mit gesetzlich versicherten Pati-

⁶⁴ Befürchtend, die Schwelle sei durch § 8 a SGB VIII in rechtswidriger Weise gefährdet Schindler/Huber/Elmayer/Braun/Senge neue caritas 20/2005, 34.

⁶⁵ Hierzu eingehend etwa DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2003, 352.

ent/inn/en⁶⁶ – zwischen beiden Seiten ein **Behandlungsvertrag** zustande. Um die für die Heilung notwendigen therapeutischen Entscheidungen treffen zu können, beinhaltet dieser Behandlungsauftrag zwangsläufig, den Gesundheitszustand des/der Patient/in zu ermitteln und zu bewerten.

Diese Berufsgruppen sind nichtöffentliche Stellen im Sinne des Datenschutzrechts, die Daten entweder unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen oder in nicht automatisierten Dateien (Patient/inn/enkarte) erheben und/oder verarbeiten. Die relevanten datenschutzrechtlichen Vorgaben sind somit dem **Bundesdatenschutzgesetz** (BDSG) zu entnehmen.⁶⁷ Seit der Datenschutz-Richtlinie der Europäischen Union im Jahr 1995 und den daraufhin novellierten Regelungen des BDSG gehören die Gesundheitsdaten zu den besonderen Arten personenbezogener Daten, auch sog. „**sensitive**“ **Daten** genannt (§ 3 Abs. 9 BDSG).⁶⁸ Diese unterliegen aufgrund ihrer Sensibilität eines besonders intensiven Schutzes durch sehr restriktive Voraussetzungen hinsichtlich ihrer Erhebung, Verarbeitung bzw. Nutzung (Art. 8 Abs. 1 und 2 Datenschutz-RL, § 13 Abs. 2, § 28 Abs. 6 ff. i. V. m. § 3 Abs. 9 BDSG). Auch Heilpraktiker/inn/en haben diesen gesteigerten Schutz sicherzustellen (vgl. § 28 Abs. 7 Satz 3 BDSG).⁶⁹

Um die Erfüllung des Behandlungsvertrags zu ermöglichen, macht das Datenschutzrecht für die Gesundheitsdaten eine weiterreichende sog. „**Bereichsausnahme**“ (Art. 8 Abs. 3 Datenschutz-RL, § 13 Abs. 2 Nr. 7, § 28 Abs. 7 Satz 1 BDSG). Die Datenerhebung ist danach auch dann zulässig, wenn sie zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen.

Der Abschluss des Behandlungsvertrags und die damit einhergehende Einwilligung in die Behandlung bilden in diesem Sinne somit die Befugnis zur Datenerhebung, begrenzen allerdings gleichzeitig auch deren **Umfang**.⁷⁰ Kommen Eltern z. B. zur Behandlung einer Erkältung ihres Kindes in die Kinderarztpraxis, erstreckt sich die Befug-

⁶⁶ *Schulenburg* Rheinisches Ärzteblatt 2004, 16 m. w. Nachw.

⁶⁷ Vom Anwendungsbereich der jeweiligen Landesdatenschutzgesetze (LDSG) sind diese Berufsgruppen hingegen nicht erfasst, da sie als nicht-öffentliche Stellen keine hoheitlichen Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnehmen (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 3 LDSG BW; Art. 2 Abs. 2 DSG BY; § 2 Abs. 1 Satz 3 LDSG RP; § 2 Abs. 2 Satz 1 DSG TH).

⁶⁸ Ausführlich und kritisch zur Bedeutung und Reichweite der sensitiven Daten *Dammann*, in: *Simitis*, BDSG, § 3 Rn. 257 ff.

⁶⁹ *Simitis*, in: ders., BDSG, § 28 Rn. 341.

⁷⁰ Bundesärztekammer, Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, Deutsches Ärzteblatt 1996, A 2809 (A 2810).

nis zur Datenerhebung grundsätzlich nur auf die zur Behandlung der Erkältung notwendigen Daten. Bemerkt der Arzt zudem eine weitergehende Behandlungsbedürftigkeit des Kindes, wird er jedoch versuchen, in Abstimmung mit den Eltern, den Behandlungsvertrag und damit auch seine Befugnisse zur Datenerhebung entsprechend zu erweitern („Ich sehe, Ihr Kind fasst sich immer wieder an den Bauch und seine Mimik und Gestik signalisieren mir deutlich, dass es sich unwohl fühlt. Sind Sie damit einverstanden, wenn ich mir Ihr Kind noch mal etwas genauer anschau?“).

Aus **zeitlicher Perspektive** besteht die Befugnis zur Datenerhebung nur solange, wie der Behandlungsvertrag noch besteht. In der Regel endet dieser mit dem Ende der Behandlung (Vertragserfüllung). Der/die Patient/in kann ihn jedoch auch als Dienstvertrag mit einer besonderen Vertrauensstellung jederzeit ohne Angaben von Gründen kündigen (§ 627 Abs. 1 BGB). Umgekehrt kann der Behandlungsvertrag allerdings nur dann gekündigt werden, wenn der/die Patient/in dadurch nicht in eine Notsituation gerät und sich die Behandlung rechtzeitig anderweit beschaffen kann (§ 627 Abs. 2 BGB).

b) Datenerhebung bei Dritten

Grundsätzlich sind auch in der Gesundheitshilfe alle Daten beim Betroffenen zu erheben (§ 4 Abs. 2 Satz 1 BDSG).

Eine Ausnahme kann sich gem. § 4 Abs. 2 Nr. 2 a BDSG jedoch dann ergeben, wenn der Geschäftszweck eine Erhebung bei anderen Personen oder Stellen erforderlich macht und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass überwiegende schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden. Damit bildet wiederum der **Behandlungsvertrag** die Befugnis wie auch die Grenze zur Datenerhebung bei Dritten. Macht der Behandlungsauftrag eine Datenerhebung bei Dritten (z. B. vorbehandelnden Fachärzten) erforderlich, so beinhaltet dieser – nach entsprechender Aufklärung des/der Patient/in – auch die dafür notwendige Einwilligung des/der Patient/in. Wird hingegen z. B. ein Labor für das Untersuchen von Blutwerten eingeschaltet, benötigt dieses für seinen Auftrag nicht die Daten des/der Patient/in, so dass nur verschlüsselte oder anonymisierte Angaben erfolgen dürfen.⁷¹

⁷¹ Bergmann/Möhrle/Herb, Datenschutzrecht, Bd. 1, Stand: Aug. 2006, § 28 Rn. 85.

5. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen

Hinsichtlich der anwendbaren Datenschutzbestimmungen ist zwischen Beratungsstellen in öffentlicher Trägerschaft einerseits und Beratungsstellen eines freien oder privatgewerblichen Trägers andererseits zu unterscheiden.

Schwangerschafts(konflikt)beratung erfolgt auf der gesetzlichen Grundlage des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (**Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG**). Dieses ist – anders als das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (§ 68 Nr. 17 SGB I) – nicht Bestandteil des Sozialgesetzbuchs.

Die **Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen in öffentlicher Trägerschaft** fallen als Behörden daher nicht in den Anwendungsbereich des Sozialdatenschutzes nach § 35 SGB I, §§ 67 ff. SGB X. Aufgrund ihrer Eigenschaft als „öffentliche Stellen“ sind allerdings die **Landesdatenschutzgesetze** anwendbar.⁷²

Gesetzlich nicht eindeutig geklärt ist hingegen, welchen datenschutzrechtlichen Bestimmungen die **Beratungsstellen freier Träger** unterliegen. Grundsätzlich können auch nichtöffentliche Stellen vom Anwendungsbereich der LDSG umfasst sein, wenn sie als solche hoheitliche Aufgaben wahrnehmen.⁷³ Das ist nicht der Fall. Wohlfahrts-träger übernehmen die Aufgaben von sich aus und ohne gesetzliche Beleihung und üben damit keine besonderen Hoheitsrechte aus.⁷⁴ Infolgedessen unterfallen sie nicht den Anwendungsbereichen der Landesdatenschutzgesetze.

Letztlich scheidet auch die **Anwendung des BDSG** aus, da diese eine Datenverarbeitung personenbezogener Daten in oder aus nicht automatisierten Dateien erfordern würde (§ 1 Abs. 2 Nr. 3, § 27 Abs. 1 BDSG). Nach der Legaldefinition des § 3 Abs. 2 Satz 2 BDSG ist eine nicht automatisierte Datei jede nicht automatisierte Sammlung personenbezogener Daten, die gleichartig aufgebaut, nach bestimmten Merkmalen zugänglich ist und ausgewertet werden kann. Das für die Beratungsstellen maßgebliche SchKG legt den Beratungsstellen zwar in § 10 Abs. 2 die Pflicht auf, den wesentlichen Inhalt der Beratung und der angebotenen Hilfsmaßnahmen zu protokollieren. Allerdings dürfen diese Aufzeichnungen gerade keine Rückschlüsse auf die Identität

⁷² § 2 Abs. 1 LDSG BW; Art. 2 Abs. 1 DSG BY; § 2 Abs. 1 LDSG RP; § 2 Abs. 1 DSG TH.

⁷³ § 2 Abs. 2 Satz 3 LDSG BW; Art. 2 Abs. 2 DSG BY; § 2 Abs. 1 Satz 3 LDSG RP; § 2 Abs. 2 Satz 3 DSG TH,

⁷⁴ Meyer, in: Knack, VwVfG, § 1 Rn. 23; Engelmann in: von Wulffen, SGB X, § 1 Rn. 12.

der Schwangeren zulassen, so dass sich diese manuelle Datensammlung nicht auf personenbezogene Daten bezieht.⁷⁵

Letztlich kann die Entscheidung, welches Datenschutzrecht Anwendung findet, vorliegend dahinstehen. Denn die Befugnis zur Datenerhebung und deren Umfang leitet sich in jedem Fall – genau wie für die Beratungsstellen in öffentlicher Trägerschaft⁷⁶ – auch bei den freien und privatgewerblichen Trägern wiederum aus der mit dem Beratungsvertrag einhergehenden **Einwilligung** ab. Diese wird sich regelmäßig nur auf eine Informationsgewinnung bei der beratenen Person beziehen.

6. Gesundheitsämter

Die gesetzlichen Grundlagen der Arbeit der Gesundheitsämter finden sich in den jeweiligen **Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer** bzw. in Thüringen in einer Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst.⁷⁷ Diese enthalten neben einer allgemeinen Zielsetzung und weiterer Konkretisierungen der Aufgaben auch eigene Datenschutzregelungen. Sind letztere nicht umfassend ausgestaltet, ist auf die jeweiligen Landesdatenschutzgesetze (LDSG) zurückzugreifen. Dies folgt entweder aus den ausdrücklichen Verweisungen in den Gesundheitsdienstgesetzen (Baden-Württemberg;⁷⁸ Rheinland-Pfalz⁷⁹) und dort, wo diese nicht enthalten sind, aus dem allgemeinen Subsidiaritätsgrundsatz der LDSG⁸⁰ (Bayern;⁸¹ Thüringen⁸²).

⁷⁵ Bergmann/Möhrle/Herb, Datenschutzrecht, Bd. 1 Stand: Aug. 2006, § 3 BDSG Rn. 21, Rn. 58 i. V. m. 47 ff.

⁷⁶ § 4 Abs. 1 Nr. 2 LDSG BW; Art. 15 Abs. 1 Nr. 2 DSG BY; § 5 Abs. 1 LDSG RP; § 4 Abs. 1 DSG TH.

⁷⁷ Baden-Württemberg: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 12. Dezember 1994 (ÖGDG BW); Bayern: Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung vom 24. Juli 2003 (GDVG BY); Rheinland-Pfalz: Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 17. November 1995 (ÖGDG RP); Thüringen: Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 in Form der Bekanntmachung der als Landesrecht fortgeltenden Vorschriften der ehemaligen DDR vom 2. Oktober 1998 (VO TH).

⁷⁸ § 14 Satz 3 ÖGDG BW.

⁷⁹ § 11 Abs. 1 Satz 2 ÖGDG RP.

⁸⁰ Bergmann/Möhrle/Herb, Datenschutzrecht, Bd. 2, Stand: Aug. 2000, § 2 LDSG BW, Anm. 7.1.

⁸¹ Art. 2 Abs. 7 DSG BY.

⁸² § 2 Abs. 3 Satz 1 DSG TH.

a) **Gesetzliche Aufgabe als Regelvoraussetzung der Datenerhebung**

Zur Datenerhebung enthalten die Gesundheitsdienstgesetze keine eigenständigen Datenschutzregelungen. Nach den LDSG ist die Datenerhebung der Gesundheitsämter – neben dem Vorliegen einer Einwilligung des Betroffenen – immer dann zulässig, wenn sie der eigenen Aufgabenerfüllung dient.⁸³ Deshalb soll im Folgenden ausführlicher auf die – zumindest denkbaren – jeweiligen gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter im Kinderschutz eingegangen werden.

aa) **Beratungs- und Unterstützungsangebote gegenüber hilfebedürftigen Bürger/inne/n**

Zum Teil ist den Gesundheitsämtern die Aufgabe zugewiesen, selbst Beratungs- und Unterstützungsangebote für hilfebedürftige Bürger/innen vorzuhalten.

- So besteht z. B. in der Thüringer Verordnung sogar die ausdrückliche Vorgabe, Kinder und Sorgeberechtigte hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Entwicklung bis zum Übergang in das Berufsleben zu beraten und zu betreuen,⁸⁴ oder im bayerischen Gesetz, **gesundheitliche Beratungen und Untersuchungen** im Kindesalter durchzuführen.⁸⁵
- Die bayerischen Gesundheitsämter sollen zudem **Familienberatung** sowie Beratung hinsichtlich der Familienplanung anbieten.⁸⁶ In Thüringen ist den Gesundheitsämtern auch die Beratung Schwangerer übertragen,⁸⁷ in Baden-Württemberg soll die Schwangerschaftskonfliktberatung noch solange fortgeführt werden, bis das sonstige Angebot von Beratungsstellen gesichert ist.⁸⁸
- Für Personen und Personengruppen, die aufgrund ihrer besonderen Situation Leistungen anderer für die Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen nicht in Anspruch nehmen, sollen die Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz entsprechende **Beratungsangebote vorhalten** bzw. auch **aufsuchende Gesundheitshilfe** durchführen.⁸⁹

⁸³ § 13 Abs. 1 LDSG BW; Art. 16 Abs. 1 DSG BY; § 12 Abs. 1 LDSG RP; § 19 Abs. 1 DSG TH.

⁸⁴ § 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 VO TH.

⁸⁵ Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 GDVG BY.

⁸⁶ Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GDVG BY.

⁸⁷ § 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VO TH.

⁸⁸ § 23 ÖGDG BW.

⁸⁹ § 5 Abs. 3 Satz 1 ÖGDG RP.

- In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz besteht die zusätzliche Besonderheit, dass die dortigen Gesundheitsämter eine Art „**Ausfallfunktion**“ wahrnehmen, sofern die anderen in diesem Bereich tätigen Stellen keine oder nur unzureichende Angebote vorhalten. So ist den Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg freigestellt, zielgruppenspezifische Beratungs- und Betreuungsleistungen zu entwickeln und anzubieten, sofern die erforderlichen Angebote anderer Aufgabenträger fehlen.⁹⁰ Nach der allgemeinen Aufgabenbeschreibung in Rheinland-Pfalz sollen die dortigen Gesundheitsämter „bei Bedarf ergänzende Leistungen anbieten“.⁹¹

Andererseits haben die Gesundheitsämter vor allem auch die Aufgabe, hilfebedürftige Bürger darüber aufzuklären und zu informieren, welche **Hilfsangebote anderer Institutionen** für sie zur Verfügung stehen.

- So sollen die Gesundheitsämter in Bayern Schwangere über Dienste und Einrichtungen zur Vermeidung, Erkennung und Beseitigung von Gesundheitsgefahren während der Schwangerschaft beraten.⁹²
- In Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen sollen sie die Menschen, die an einer Sucht, an einer psychischen Krankheit, einer chronischen Krankheit oder an einer Behinderung leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, über bestehende Hilfemöglichkeiten, Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote informieren und sie bei der Wahrnehmung dieser Angebote beraten.⁹³

bb) Unterstützung anderer Stellen und Koordinierungsfunktion

Die Landesgesetzgeber aller vier am Projekt beteiligten Bundesländer haben den Gesundheitsämtern ebenso die Aufgabe übertragen, **andere mit der Gesundheitsförderung befasste Stellen⁹⁴ zu beraten, zu unterstützen** und ggf. geeignete Maßnahmen anzuregen.⁹⁵ In diesem Rahmen ist die primäre Aufgabe der Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz, diese Stellen über den Bedarf an Angeboten der Gesundheitsförderung zu beraten,⁹⁶ was insbesondere auch die Angebote der aufklärenden

⁹⁰ § 7 Abs. 2 Satz 3 ÖGDG BW.

⁹¹ § 1 Abs. 1 Nr. 2 ÖGDG RP.

⁹² Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GDVG BY.

⁹³ § 7 Abs. 2 Satz 1 ÖGDG BW; Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 GDVG BY; § 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 VO TH.

⁹⁴ Nach dem gesetzlichen Wortlaut in Thüringen sind allerdings nur öffentliche Stellen (Behörden und Gerichte) vom Gebot des Zusammenwirkens erfasst (§ 5 Abs. 1 VO TH).

⁹⁵ § 7 Abs. 3 Satz 1 ÖGDG BW; Art. 9 Sätze 1 und 2 GDVG BY; § 5 Abs. 2 ÖGDG RP; § 5 Abs. 1 VO TH.

⁹⁶ § 5 Abs. 2 Satz 1 ÖGDG RP.

Gesundheitsberatung der Bevölkerung in Fragen der körperlichen und seelischen Gesundheit umfassen soll.⁹⁷

Zudem ist den Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz eine Art Koordinierungsfunktion zugeordnet. In diesem Rahmen sind sie in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz dazu aufgefordert, die **Angebote der Gesundheitsförderung mit den zuständigen Stellen zu koordinieren**.⁹⁸ In Baden-Württemberg sollen sie zudem auf eine enge Zusammenarbeit hinwirken.⁹⁹ Den bayerischen Gesundheitsämtern wird die Vorgabe gemacht, eine Vernetzung ihrer Informationen und Aktivitäten sowie der auf diesen Gebieten tätigen öffentlichen und privaten Stellen zu ermöglichen, soweit datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht entgegenstehen.¹⁰⁰

cc) Kritik an der Aufgabenerfüllung

Diese zum Teil sehr **offenen und weitgefassten Aufgabenbeschreibungen** in den einzelnen Gesundheitsdienstgesetzen erlauben es den Gesundheitsämtern in diesen vier Bundesländern somit entscheidende Funktionen im Kinderschutz wahrzunehmen. In Bayern wird dies ausdrücklich dadurch unterstrichen, dass das Gesetz eine programmatische Vorschrift enthält, wonach bei der Aufgabenerfüllung der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter, besonders belasteter oder schützbedürftiger Bürger/innen sowie der Förderung und dem Schutz von Kindern ein besonderer Stellenwert einzuräumen ist.¹⁰¹ Aber auch ohne solche ausdrückliche Zielvorgaben können Gesundheitsämter aufgrund ihrer Wahrnehmung in der Bevölkerung als eher „neutrale“ Behörde oftmals als ein **wichtiger Türöffner** fungieren, um den regelmäßig schwierigen Zugang zu Familien in prekären Lebenslagen zu unterstützen.

So wäre es ihnen möglich, zum einen eigene, evtl. fehlende Leistungsangebote an bedürftige Familien heranzutragen. Zum anderen sind sie mit ihren gesetzlichen Aufgaben zur Unterstützung und Zusammenarbeit geradezu prädestiniert, als **Brückbogen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe** zu fungieren. In diesem Sinne wären sie mit ihren medizinisch-fachlichen Kenntnissen und Erfahrungen z. B. für Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe in gesundheitlichen Fragestellungen wichtige Berater

⁹⁷ § 5 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 ÖGDG RP.

⁹⁸ § 7 Abs. 3 ÖGDG BW; § 1 Abs. 1 Nr. 2 ÖGDG RP.

⁹⁹ § 7 Abs. 3 ÖGDG BW.

¹⁰⁰ Art. 6 Abs. 1 GDVG BY.

¹⁰¹ Art. 13 Abs. 1 Satz 3 GDVG BY.

und Unterstützer. Insbesondere könnten sie sich – gemeinsam mit den Jugendämtern – auch als Koordinationsstellen anbieten, die die jeweiligen Hilfeangebotsstrukturen vor Ort erfassen, auf dem aktuellen Stand halten und bei Bedarf den einzelnen Helfer/inne/n zur Verfügung stellen.

Die große Offenheit in den gesetzlichen Aufgabenbeschreibungen lässt die Übernahme dieser durchaus zentralen Beiträge der Gesundheitsämter im Kinderschutz zu. Da ihnen gesetzlich jedoch (zu) **wenig einforderbare Verbindlichkeit** („sollen“ bzw. „können“) inne wohnt, stellen sie in Anbetracht notwendiger Konsolidierung öffentlicher Haushalte gleichzeitig einen großen Stolperstein dar. So bleibt die konkrete Ausgestaltung der Aufgabenerfüllung weitgehend dem Ermessen der kommunalen Träger der Gesundheitsämter überlassen. Die Angebotspalette ist damit stark vom politischen Willen in den jeweiligen Gebietskörperschaften abhängig.

Immer wieder ist in der Praxis zu hören, dass sich der Beitrag der Gesundheitsämter im Kinderschutz schon seit längerer Zeit auf die (kinder- und) schulärztlichen Untersuchungen reduziere. Die früheren, zum Teil auch als aufsuchende Hilfen praktizierten Angebote für Familien bzw. Mütter und insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder seien zurückgefahren und irgendwann ganz eingestellt worden. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich die Gesundheitsämter – begleitet durch entsprechende Personalpolitik – im Laufe der vergangenen Jahre immer mehr und bis ausschließlich auf ihre **Funktion als „Gefahrenabwehrbehörde“** konzentriert haben. Die gesetzlich ebenfalls vorgesehenen präventiven Hilfeangebote scheinen nur für Bezugsgruppen wie Suchtgefährdete, psychisch Kranke und Kranke mit Immunabwehrschwächen entwickelt.

Eine bedeutsame Chance für alle beteiligten Helfer/innen könnte dementsprechend darin liegen, die große Offenheit des Aufgabenkanons der Gesundheitsdienstgesetze zu nutzen, um gemeinsam mit den Gesundheitsämtern – aber vor allem auch mit den entsprechenden politisch Verantwortlichen – ihre Rolle zu überdenken.¹⁰² Im Falle einer neuen Positionierung hinsichtlich ihrer Funktion im Kinderschutz sollte allerdings die derzeitige **Personalstruktur** nicht unberücksichtigt bleiben. Um die für den Kinderschutz bedeutsamen Beiträge der Gesundheitsämter langfristig und stabil zu (re)aktivieren und nicht der Beliebigkeit und vor allem der jeweiligen Haushaltspolitik auf Kommunalebene zu überlassen, wären die Landesgesetzgeber aufgefordert,

¹⁰² Siehe § 3 Abs. 2, §§ 8 f. Regierungsentwurf für ein Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz). – Hierzu und zu weiteren Entwicklungen in den Ländern unten S. 108 ff.

über konkretere und vor allem verbindlichere gesetzliche Grundlagen nachzudenken und die entsprechenden Ressourcen einzuplanen.¹⁰³

b) Besonderer Schutz „sensitiver Daten“ bei der Datenerhebung

Bei der Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter handelt es sich regelmäßig um Gesundheitsdaten und damit wiederum um „sensitive“ Daten, deren besonderer Schutz durch die LDSG gewährleistet wird.

Auch hier rechtfertigt die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben die Datenerhebung. Nehmen Hilfebedürftige somit beim Gesundheitsamt oder von diesem an sie herangetragene Hilfeangebote wahr, liegt der Datenerhebung somit nicht nur eine rechtfertigende besondere Rechtsvorschrift, sondern auch regelmäßig eine ausdrückliche **Einwilligung der Betroffenen** zugrunde.¹⁰⁴

In Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen gilt zudem die für den Gesundheitsbereich festgeschriebene **Bereichsausnahme zur Erhebung sensitiver Daten**, wenn diese zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen.¹⁰⁵

c) Datenerhebung bei Dritten

Nehmen Gesundheitsämter ihre Aufgabe der Unterstützung anderer Behörden bzw. ihre allgemeine Koordinierungsfunktion wahr, so dürfte dies in der Regel ohne konkreten Bezug zu einzelnen hilfebedürftigen Familien erfolgen, so dass es sich nicht um personenbezogene Daten handelt, die den Datenschutzbestimmungen unterfallen.

Erfordert die Aufgabenerfüllung der Gesundheitsämter ausnahmsweise doch ihre Datenerhebung bei Dritten, so ist eine solche grundsätzlich immer dann gerechtfertigt, wenn eine ausdrückliche **Einwilligung der Betroffenen** vorliegt.¹⁰⁶ Damit diese wirksam ist, muss der Betroffene vorher entsprechend aufgeklärt worden sein (z. B.

¹⁰³ Siehe hierzu etwa § 4 Abs. 2, § 13 im Regierungsentwurf für ein Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz; ausführlicher siehe unten S. 108 f.

¹⁰⁴ § 33 Abs. 1 Nr. 1 und 2 LDSG BW; Art. 15 Abs. 7 Nr. 1 und 2 DSG BY; § 12 Abs. 5 Nr. 1 i. V. m. Abs. 4 Nr. 1 und 2 LDSG RP; § 4 Abs. 5 Nr. 1 und 2 DSG TH.

¹⁰⁵ Art. 15 Abs. 7 Nr. 9 DSG BY; § 12 Abs. 5 Nr. 4 LDSG RP; § 4 Abs. 5 Nr. 8 DSG TH.

¹⁰⁶ § 4 Abs. 1 Nr. 2 LDSG BW; Art. 15 Abs. 1 Nr. 2 DSG BY; § 12 Abs. 4 Nr. 2 LDSG RP; § 4 Abs. 1 letzter Halbs. DSG TH.

über den Zweck der Datenerhebung) und diese **grundsätzlich schriftlich** erteilt haben.¹⁰⁷

Darüber hinaus ermöglichen die **Landesdatenschutzgesetze** in Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen eine Datenerhebung bei Dritten, wenn die zu erfüllende Aufgabe ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen Personen bzw. Stellen erforderlich macht und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen der Betroffenen vorliegen.¹⁰⁸

In den Ländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz kann eine Datenerhebung bei Dritten zudem dann erfolgen, wenn diese zur Abwehr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer anderen Person erforderlich ist.¹⁰⁹ Werden den dortigen Gesundheitsämtern **gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung** bekannt, ist allerdings fraglich, ob die geeignete Handlung zur Abwehr der Gefährdungssituation in einer Datenerhebung bei Dritten bestehen kann. Denn grundsätzlich fällt eine weitere Datenerhebung in Situationen von möglichen Kindeswohlgefährdungen nicht in das Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter, sondern ist vielmehr typische Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Hinzu kommt, dass eine Datenerhebung bei Dritten die Gefährdungssituation regelmäßig nicht abwenden, wenn nicht sogar – aufgrund der dadurch möglicherweise eintretenden zeitlichen Verzögerung – vergrößern wird.

Gelangen die Gesundheitsämter deshalb zur Einschätzung, dass von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist, besteht die geeignete und erforderliche Abwehrhandlung regelmäßig in einer Information des Jugendamts, damit dieses im Rahmen seiner Hilfe- und Schutzaufgaben darauf reagieren kann.¹¹⁰ Das **Transparenzgebot** gilt als allgemeiner Grundsatz aber auch hier, so dass dieser Schritt den Eltern und Kindern möglichst vorab, zumindest aber im Nachhinein offen gelegt werden muss.

¹⁰⁷ § 4 Abs. 2 ff. LDSG BW; Art. 15 Abs. 2 ff. DSG BY; § 5 Abs. 2 ff. LDSG RP; § 4 Abs. 2 f. DSG TH. – Vertiefter zu den Anforderungen an eine wirksame Einwilligungserklärung, siehe unten S. 50 f.

¹⁰⁸ § 13 Abs. 4 Nr. 2 LDSG BW; Art. 16 Abs. 2 Nr. 2a DSG BY; § 19 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, Satz 3 DSG TH.

¹⁰⁹ § 13 Abs. 4 Nr. 1 i. V. m. § 15 Abs. 2 Nr. 5 letzter Halbs. LDSG BW; § 12 Abs. 4 Nr. 5 LDSG RP.

¹¹⁰ Zu den Befugnissen der Datenweitergabe siehe unten S. 59 ff.

IV. Informationsweitergabe

1. Kinder- und Jugendhilfe

a) **Parallelität bei öffentlichen und freien Trägern**

Das Recht schützt die Vertrauensbeziehung in der Hilfe funktional, auch und gerade in Bezug auf die Weitergabe von Informationen. Die Übermittlung personenbezogener Daten unterliegt für das Jugendamt den datenschutzrechtlichen Beschränkungen im SGB VIII sowie den Vorgaben in SGB X und § 35 SGB I (§ 61 Abs. 1 SGB VIII). Die Träger der freien Jugendhilfe haben die dort vorgegebene Vertraulichkeit in entsprechender Weise zu gewährleisten (§ 61 Abs. 3 SGB VIII). In den Verträgen (Hilfekontrakten) mit ihren Klient/inn/en¹¹¹ sind sie daher gehalten, die Einhaltung der Vorgaben, insbesondere in §§ 64, 65 SGB VIII, zu vereinbaren.¹¹² Dabei sind sie verpflichtet, nicht mehr Weitergabebefugnisse zu eröffnen, aber auch nicht weniger.¹¹³

b) **Unterscheidung zwischen „anvertrauten“ und sonstigen Informationen**

Das Kinder- und Jugendhilferecht normiert **zwei Kategorien von Sozialdaten**, die sog. „anvertrauten“ (§ 65 SGB VIII) und die sonstigen (§ 64 SGB VIII), und beschreibt für diese je unterschiedlichen Anforderungen, bei deren Vorliegen erlaubt ist, sie an andere Stellen weiterzugeben (Befugnis). Bei Ersteren stellt das Gesetz die Informationsweitergabe unter einen gesteigerten Schutz, bei Letzteren verlangt er, dass die Übermittlung der Erfüllung von eigenen oder fremden Hilfeaufgaben dient und den Erfolg der eigenen Hilfeaufgaben nicht gefährdet.

aa) **„Anvertraute“ Informationen (§ 65 SGB VIII)**

Wenn einer Fachkraft zum Zweck bzw. im Rahmen einer persönlichen und erzieherischen Hilfe Daten „anvertraut“ werden, stellt das Kinder- und Jugendhilferecht die Hilfebeziehung unter einen **besonderen Schutz**. Die Informationen dürfen nur unter den Voraussetzungen des § 65 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII übermittelt werden, die der ärztlichen Schweigepflicht¹¹⁴ vergleichbar sind. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass

¹¹¹ *Elmayer/Schindler Sozialrecht aktuell 2007*, 81 (82).

¹¹² *Elmayer/Schindler Sozialrecht aktuell 2007*, 81 (83); *Delmas/Lindner/Mörsberger Jugendhilfe 2006*, 311 (317).

¹¹³ *Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006*, 9 (14); *Münder u. a.*, FK-SGB VIII, § 61 Rn. 24 und 26; *Mörsberger*, in: *Wiesner, SGB VIII*, § 61 Rn. 21 f.; *Mann*, in: *Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII*, §§ 61-68 Rn. 17; a. A. im Hinblick auf kirchliche Träger *Kunkel*, in: *LPK-SGB VIII*, § 61 Rn. 270; für eine Differenzierung *Maas/Törnig*, in: *Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht*, Stand: Jul. 2006, § 61 Rn. 27.

¹¹⁴ Hierzu unten S. 48 ff.

Hilfe nach dem SGB VIII nur effektiv erbracht werden kann, wenn die Leistungsberechtigten eine vertrauensvolle Beziehung zu einzelnen Fachkräften entwickeln können.¹¹⁵ Auch im Jugendamt oder bei Einrichtungen und Diensten sollen bestimmte Informationen bei der einzelnen Person (zuständigen Fachkraft) bleiben und nicht „in die Behörde bzw. Institution als solche“ einfließen.¹¹⁶

Hierbei ist zu beachten, dass das gesetzliche Verständnis des Anvertrauens ein anderes ist, als das im Bereich der (sozial)pädagogischen bzw. psychologisch-therapeutischen Fachlichkeit. Im Beratungsvorgang wird dem Beziehungsaufbau zwischen dem/der Ratsuchenden und dem/der Berater/in eine für das Gelingen des Beratungsprozesses wesentliche Bedeutung zugemessen. Für den Beziehungsaufbau ist die Vertraulichkeit und die Herstellung von Vertrauen eine unverzichtbare Komponente. Durch diese Grundhaltung definieren sich Beratungsgespräche als vertraulich.¹¹⁷ Wird aus methodischer Sicht in einer Hilfebeziehung/Beratung jede Information von den Klient/inn/en als „anvertraut“ verstanden, so ist demgegenüber die juristische **Begriffsverwendung in § 65 SGB VIII** vergleichbar dem Verständnis eines nicht weitergeben Dürfens von als solchen kenntlich gemachten Geheimnissen.¹¹⁸ Mit dieser Vorschrift ist die besondere Konstellation angesprochen, in der sich der/die Klient/in der Fachkraft mit der Erwartung offenbart, sie werde die Information ganz für sich behalten (im Sinne eines „Das sage ich nur Ihnen, und Sie dürfen das auch Keinem weitererzählen.“). Im Gegenzug muss die Fachkraft direkt oder indirekt zu verstehen gegeben haben, dass sie diese Verschwiegenheit zusichert.¹¹⁹ Damit ist für

¹¹⁵ Münder u. a., FK-SBG VIII, § 65 Rn. 1; Mörsberger, in: Wiesner, SGB VIII, § 65 Rn. 1; Rombach, Hauck/Noftz, SGB VIII, Stand: Mai 2006, § 65 Rn. 1; Pape, Jung, SGB VIII, § 65 Rn. 2; Krug/Grüner/Dalichau, SGB VIII, Stand: Nov. 2002, § 65 Anm. II.1.

¹¹⁶ Hierzu instruktiv auch Ministerium für Bildung und Frauen des Landes Schleswig-Holstein, Datenschutz und familiäre Gewalt, S. 10.

¹¹⁷ Brem-Gräser, Handbuch der Beratung für helfende Berufe, S. 15 („Notwendigkeit eines Arbeitsbündnisses“), auch S. 275 („Einleiten eines vertrauensvollen Klimas“).

¹¹⁸ Krug/Grüner/Dalichau, SGB VIII, § 65 Anm. 1 („Geheimnis, wenn es dem Mitarbeiter im inneren Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs [...] unter Umständen mitgeteilt worden ist, aus denen sich die Anforderung des Geheimhaltens ergibt“) m. w. Nachw. zur entsprechenden strafrechtlichen Begriffsdefinition im Sinne des § 203 StGB.

¹¹⁹ Mörsberger, in: Wiesner, SGB VIII, § 65 Rn. 12 („derjenige, der die Information dem Mitarbeiter preisgibt, [...] von dessen Verschwiegenheit ausgeht und dies ausdrücklich signalisiert wird oder aus dem Zusammenhang erkennbar ist“); Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 65 Rn. 7 („auf dessen Verschwiegenheit verlassen“); Münder u. a., FK-SBG VIII, § 65 Rn. 6 („Mitteilung einer vertraulichen Information“); Kunkel, in: LPK-SGB VIII, § 65 Rn. 7 („in der Erwartung mitgeteilt worden sind, dass sie Dritten nicht zugänglich sind“); Mann, in: Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII, §§ 61-68 Rn. 80 („Erwartung [...], dieser werde die Information vertraulich behandeln und nicht offenbaren“); Mrozynski, SGB VIII, § 65 Rn. 3 („im Vertrauen auf die Ver-

Berater/innen die fachliche Einschätzung vorgegeben, welche Informationen zwecks der Gewährung von Sozialleistungen weitergegeben werden können und welche als besonders geschützt anzusehen sind.

Würde die Fachkraft in einem solchen Fall die ihr „anvertrauten“ Geheimnisse ohne Einverständnis der Klient/inn/en weitergeben, sind nachhaltig negative Auswirkungen auf die Hilfebeziehung und damit auf den Erfolg von Hilfe und Schutz zu befürchten. Deshalb ist die Weitergabe solcher personenbezogener Daten entsprechend der gesetzlichen Auflistung der diesbezüglichen Befugnisse nur unter folgenden engen **Voraussetzungen** zulässig:

- Es liegt eine **Einwilligung** dessen vor, der die Daten anvertraut hat (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII).
- Es liegen **gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung** i. S. d. § 8 a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII vor **und**
 - zur Abwendung der Gefährdung erscheint dem Jugendamt eine **Anrufung des Familiengerichts** (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII) bzw. einer Einrichtung oder einem Dienst eine **Informationsweitergabe an den zuständigen sozialen Dienst im Jugendamt erforderlich** (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII entsprechend) und/oder
 - es tritt ein **Wechsel in der Person der fallverantwortlichen Fachkraft** ein, etwa wegen Vertretung oder Zuständigkeitswechsel (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII) und/oder
 - es ist eine **Beratung im Fachteam** nach § 8 a Abs. 1 Satz 1 (i. V. m. Abs. 2 Satz 1 SGB VIII) durchzuführen (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VIII).
- Es liegen die Voraussetzungen der Nothilfe (§ 32 StGB) oder des **rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB)** vor, d. h., es besteht die begründete Annahme für eine gegenwärtige, nicht anders als durch die Informationsweitergabe abwendbare Gefahr für Leib oder Leben des Kindes. Zudem muss einerseits der Schutz des Kindes oder des/der Jugendlichen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der von der Datenweitergabe Betroffenen wesentlich überwiegen, was meist un schwer angenommen werden kann, sowie andererseits das Interesse am Kinder-

schwiegenheit des Mitarbeiters“); Hoffmann, in: Münder/Wiesner, Hdb. KJHR, Kap. 6.2 Rn. 33 („unter Umständen erhält, aus denen sich ein Interesse des Betroffenen an einer Geheimhaltung gerade durch den einzelnen ... Mitarbeiter ergibt.“).

schutz im Einzelfall auch deutlich höher einzustufen sein, als das Interesse am funktionalen Schutz der Vertraulichkeit in der Hilfebeziehung.

Bringen Klient/inn/en einer Fachkraft so viel Vertrauen entgegen, dass sie dieser „Geheimnisse anvertrauen“, so hält der Gesetzgeber die Hilfebeziehung folglich vergleichbar schützenswert wie die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in. Der **funktionale Schutz des Vertrauensverhältnisses** soll den Schutz der Kinder unterstützen bzw. in vielen Familien überhaupt ermöglichen.¹²⁰

Sog. „anvertraute“ Daten aus dem Anwendungsbereich des § 65 SGB VIII können ihren Geheimnischarakter allerdings auch verlieren. Dies ist der Fall, wenn die Informationen mit Einverständnis der/des Anvertrauenden oder auf der Grundlage einer der anderen Befugnisse in § 65 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII weitergegeben werden und etwa in ein **Hilfeplangespräch** oder ein **Gerichtsverfahren** Eingang finden. Außerdem ist nicht ungewöhnlich, dass im Laufe eines längeren Hilfeprozessen sog. Familiengeheimnisse in ihrer Funktion als „Hilfblockaden“ erkannt und verstanden werden. Eltern und Kinder gelingt es dann, die bis dahin anvertrauten Daten auch für andere Hilfesysteme und Helfer/innen zu öffnen, so dass sie infolgedessen als „gewöhnliche“ Sozialdaten unter den Voraussetzungen § 64 SGB VIII weiter gegeben werden dürfen.

bb) Alle sonstigen Informationen (§ 64 SGB VIII)

Sind die Daten nicht (mehr) im Sinne des § 65 SGB VIII anvertraut, ergeben sich Reichweite und Grenzen der Übermittlungsbefugnis aus § 64 SGB VIII. Danach dürfen sie zu dem Zweck weitergegeben werden, zu dem sie erhoben wurden (§ 64 Abs. 1 SGB VIII). Zweck der Datenerhebung im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB VIII ist jedoch in aller Regel nicht die Weitergabe derselben an andere Stellen. Eine Befugnis zur Informationsweitergabe kann sich daher allenfalls aus § 64 Abs. 2 SGB VIII ergeben, der auf **§ 69 Abs. 1 SGB X** verweist. Danach ist die Datenübermittlung insbesondere zulässig, wenn

- sie der **Erfüllung der eigenen Hilfeaufgaben dient** (Nr. 1 Alt. 2),
- sie dem **anderen Sozialleistungsträger** bzw. Träger einer Einrichtung oder eines Dienstes, an den sie übermittelt werden sollen, zur **Erfüllung von dessen Aufgaben dient** (Nr. 1 Alt. 3),

¹²⁰ Mörsberger, in: DIJuF, Saarbrücker Memorandum, S. 83 (94 f.); Kohaupt JAmt 2003, 567; DIJuF/Die Kinderschutz-Zentren JAmt 2003, 234; DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2003, 183.

- sowie in allen Fällen, in denen eine Informationsweitergabe auch **im engen Rahmen des § 65 SGB VIII** zulässig wäre.¹²¹

Grenze dieser Befugnistatbestände ist jeweils der **Erfolg der zu erbringenden Leistung**. Dieser darf durch die Datenübermittlung nicht in Frage gestellt sein (§ 64 Abs. 2 SGB VIII). Bspw. wäre in der Erziehungsberatung, in der ebenfalls nicht jede Information den Status eines „Geheimnisses“ im Sinne des § 65 SGB VIII hat, die niedrigschwellige, fragile Hilfebeziehung sowie die Inanspruchnahme häufig gefährdet, wenn die Vertraulichkeit nicht gewahrt bliebe. Die Beurteilung, ob die Weitergabe von Informationen an eine andere Stelle die Hilfebeziehung zwischen dem Jugendamt bzw. dem Träger der Einrichtung oder des Dienstes und den Kindern, Jugendlichen und/oder Eltern so beeinträchtigt, dass der Hilfeerfolg – zu der selbstverständlich auch der Schutz gehört – gefährdet ist, obliegt den zuständigen Fachkräften im Einzelfall.¹²²

cc) Informationsweitergabe an die Gesundheitshilfe

Da Ärzt/inn/e/n oder andere Vertreter/innen der Gesundheitshilfe keine „anderen Sozialleistungsträger“ sind, kommt eine Informationsweitergabe seitens der Kinder- und Jugendhilfe grundsätzlich nur in Betracht, wenn eine **Einwilligung** der Betroffenen vorliegt (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII)¹²³ oder wenn die Datenübermittlung der **Aufgabenerfüllung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe** dient (§ 64 Abs. 2 SGB VIII i. V. m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB X).¹²⁴ Letzteres ist bspw. der Fall, wenn im Rahmen einer Inobhutnahme eine ärztliche Behandlung oder Untersuchung erforderlich ist.

Im Übrigen setzt § 8 a Abs. 4 Satz 1 SGB VIII der direkten Hinzuziehung von Vertreter/inne/n der Gesundheitshilfe ausdrückliche Grenzen. Hält das Jugendamt die Inanspruchnahme von Diensten der Gesundheitshilfe für erforderlich, ist es verpflichtet, zunächst bei den Personensorge- bzw. Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme hinzuwirken. Erst dann, wenn **„sofortiges Tätigwerden“ erforderlich** erscheint und die Eltern sich bspw. trotz vorheriger Aufforderung passiv verhalten, ist das Ju-

¹²¹ Mörsberger, in: Wiesner, SGB VIII, § 64 Rn. 18; wohl auch Rombach, in: Hauck/Noftz, SGB VIII, § 64 Rn. 6; a. A. offensichtlich Mann, in: Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII, §§ 61-68 Rn. 73.

¹²² Münder u. a., FK-SBG VIII, § 64 Rn. 8; Maas/Törnig, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jul. 2006, § 64 Rn. 40; Mörsberger, in: Wiesner, SGB VIII, § 64 Rn. 15 f.; Pape, in: Jung, SGB VIII, § 64 Rn. 6.

¹²³ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (13).

¹²⁴ In der Literatur sind die Vertreter/innen der Gesundheitshilfe bislang nicht im Blick und wird vor allem die Übermittlung an Strafverfolgungsbehörden genannt Seidel, in: LPK-SGB X, § 69 Rn. 3; Rombach, in: Hauck/Noftz, SGB X, Stand: Mrz. 2003, § 69 Rn. 22; DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 139.

gendamt befugt und gleichzeitig verpflichtet, die entsprechenden Stellen der Gesundheitshilfe selbst einzuschalten (§ 8 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Zur entsprechenden Informationsweitergabe ist das Jugendamt auch stets befugt (§ 64 Abs. 2 SGB VIII i. V. m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB X bzw. § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VIII i. V. m. § 203 Abs. 1, § 34 StGB).

dd) Anonymisierung/Pseudonymisierung im Fachteam

Werden im Jugendamt oder bei einem Träger von Einrichtungen oder Diensten externe Fachleute, bspw. Ärzt/inn/e/n, zur **Fach(team)beratung im Rahmen der Risikoeinschätzung** nach § 8 a Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB VIII oder zur Hilfeplanung nach § 36 Abs. 2, Abs. 3 SGB VIII hinzugezogen, sind die personenbezogenen Daten zu anonymisieren (Namen etc. schwärzen, § 67 Abs. 8 SGB X) oder pseudonymisieren (Namen etc. ändern, § 67 Abs. 8 a SGB X)¹²⁵ – wenn dies die Aufgabenerfüllung zulässt (§ 64 Abs. 2 a SGB VIII).¹²⁶

Nimmt eine Fachkraft bei einer Einrichtung oder einem Dienst eine externe Fachberatung in Anspruch, anonymisiert bzw. pseudonymisiert die Fallschilderung und stellt sich währenddessen heraus, dass die/der Fachberater/in aufgrund der Angaben die **betreffende Familie identifiziert**, so ist dies zu thematisieren.¹²⁷ Ist die/der hinzugezogene Fachberater/in beim Jugendamt beschäftigt, ist insbesondere zu klären, wie damit umzugehen ist, dass das Jugendamt nun selbst in seinem Schutzauftrag nach § 8 a SGB VIII aktiviert ist, weil der dortigen Fachkraft zuordenbare gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt geworden sind.¹²⁸ Gemeinsam ist aus sozialpädagogisch-fachlicher Sicht zu klären, ob, wann und wie die Familie hiervon Kenntnis erhalten soll und wer den nächsten Kontakt mit der Familie aufnimmt.

ee) Mythen um die Schweigepflicht

In einigen Beratungsstellen ist die Vorstellung anzutreffen, die dort tätigen Fachkräfte hätten etwas Besonderes: die Schweigepflicht.¹²⁹ Deshalb dürften sie aufgrund recht-

¹²⁵ Zu den Begriffen Anonymisierung und Pseudonymisierung ISA, Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, S. 58.

¹²⁶ Zur Gesetzesbegründung siehe BT-Drucks. 15/3676, S. 38.

¹²⁷ Theissen, Expertise zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung Ausgestaltung und Inhalte von Vereinbarungen aus Sicht der Träger von Erziehungshilfen, S. 32 (www.kindeschutz.de).

¹²⁸ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 295 (297).

¹²⁹ Vgl. u. a. Nonninger, in: LPK-SGB VIII, § 28 Rn. 36; Münder u. a., FK-SGB VIII, 4. Aufl. 2003, § 28 Rn. 5.

lichen Verbots generell und unabhängig vom Hilfekontext dem Jugendamt keine Informationen weitergeben.¹³⁰ Durch diese vermeintliche „Pflicht zum Schweigen“ werden die Grenzen für eine Informationsweitergabe von vornherein dem fachlichen Diskurs entzogen.

Dem liegt ein grundlegendes Missverständnis zugrunde. Die Schweigepflicht ist **keineswegs exklusives Merkmal** der Arbeit in Beratungsstellen. Ihr unterliegen neben den Berater/inne/n (§ 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB) auch alle Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog/inn/en im Jugendamt oder bei Trägern von Einrichtungen und Diensten (§ 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB). Alle diese Personen verletzen die strafbewehrte, sog. Schweigepflicht, wenn sie ihnen anvertraute oder sonst bekannt gewordene Geheimnisse „unbefugt“ offenbaren.¹³¹

Wann jedoch eine **Befugnis zur Weitergabe der Informationen** besteht, ergibt sich aus der Vorschrift zur Schweigepflicht, dem § 203 StGB, nicht. Sie richtet bzw. orientiert sich auch in der Erziehungsberatung nach bzw. an den Vorgaben in §§ 64, 65 SGB VIII – bei der kommunalen Beratungsstelle direkt, ansonsten mittelbar über die Pflicht zur Gewährleistung entsprechenden Schutzes in den Verträgen mit den Klient/inn/en (§ 61 Abs. 3 SGB VIII).¹³²

Die jeweilige **Begründung für besondere Verschwiegenheitsanforderungen** wird daher vor allen Dingen in sozialpädagogisch- bzw. psychologisch-fachlichen Argumenten zu suchen sein. So braucht etwa Erziehungsberatung gerade im Kontext von Kindeswohlgefährdung für die Gewährleistung ihres Hilfeerfolgs ein besonders hohes Maß an Vertraulichkeit. Die Aufgabenerfüllung verbietet in der Regel, dass die in der Beratung gewonnenen Informationen gegen den Willen der Beratenen an das Jugendamt oder andere Dritte weitergegeben werden.¹³³

c) Pflichten zur Informationsweitergabe nach § 8 a SGB VIII

Neben den Befugnissen zur Informationsweitergabe normiert die Vorschrift zum Schutzauftrag nach § 8 a SGB VIII auch Pflichten, zur Eröffnung von Hilfezugängen Informationen über Hilfebedarfe bei Kindeswohlgefährdung weiterzugeben.

¹³⁰ Hierzu bke Informationen für Erziehungsberatungsstellen 2/1989, 21 (22 f.).

¹³¹ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (13).

¹³² Nachweise siehe oben Fn. 111 bis 113.

¹³³ Menne, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 149 (150); allgemein für alle Hilfen Mann, in: Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII, §§ 61-68 Rn. 75.

aa) Mitteilung an das Jugendamt (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII)

Eine **ausnahmsweise Pflicht zur Weitergabe von Daten** durch eine Einrichtung oder einen Dienst an das Jugendamt, wird im Rahmen des Schutzauftrags nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII an Bedingungen geknüpft. Sie setzt voraus, dass

- einer Fachkraft (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII) bei einem Träger von Einrichtungen und Diensten **gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt** geworden sind (§ 8 a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 Satz 1 SGB VIII) *und*
- sie mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft eine **erste oder erneute Gefährdungseinschätzung** vorgenommen hat (§ 8 a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Abs. 1 Satz 1 SGB VIII) *und*
- sie vorher oder im Anschluss an die Gefährdungseinschätzung auf die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zugegangen ist, um im Kontakt mit diesen auf die **Inanspruchnahme von weitergehenden Hilfen hinzuwirken**, die ihr zur Abwendung der Gefährdung erforderlich erscheinen (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII) *und*
- eine (weitere) Risikoeinschätzung ergeben hat, dass die eigenen Hilfeangebote und ggf. weitere bisher **in Anspruch genommene Hilfen**¹³⁴ **nicht ausreichen**, um die Gefährdung abzuwenden (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII).

Sind die Fachkräfte bei Trägern von Einrichtungen und Diensten an diesen Punkt angelangt, sind sie verpflichtet, Informationen über eine (potenzielle) Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt weiterzugeben (§ 8 a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). Diese Pflicht ist obligatorischer Bestandteil der Vereinbarung nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII.¹³⁵

Bei **akuter Gefahr** können einzelne der beschriebenen Handlungsschritte auch übersprungen werden und ein sofortiges Hinzuziehen des Jugendamts gefordert sein.

Die in § 8 a Abs. 2 SGB VIII beschriebene Grenze für die Annahme einer Informationspflicht wird in den Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten sinnvollerweise entsprechend der jeweiligen Fachlichkeit der Fachkräfte und dem

¹³⁴ *Blum-Maurice*, Sowohl als auch statt entweder oder – Jugendhilfe zwischen Schutzauftrag und Beziehungsangebot im Kontakt zu Eltern bei Kindeswohlgefährdung, in: Verein für Kommunalwissenschaften e. V., *Verändertes Kinder- und Jugendhilferecht und seine Auswirkungen auf die Praxis. Die Umsetzung aktueller Gesetzesänderungen im SGB VIII. Dokumentation der Fachtagung vom 22. bis 24. Juni 2005 in Berlin. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe* 53, 2005, S. 172 (180).

¹³⁵ Hierzu *Schindler* IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (14); *Münder u. a.*, FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 28; a. A. *Elmayer/Schindler* Sozialrecht aktuell 2007, 81 (86).

Hilfekonzept bei der Leistungserbringung **differenzierte Berücksichtigung** finden müssen. Beispielsweise:

- Bei Fachkräften in **Kindertageseinrichtungen** wird zu beachten sein, dass sie als Erzieher/innen eher an die Grenzen der Überforderung kommen, wenn sie die Eltern mit den Beobachtungen konfrontieren und möglicherweise sogar eine gemeinsame Problemkonstruktion erarbeiten sollen. Sie dürfen in der Arbeit mit der Familie **nicht überfordert** und insbesondere mit ihrer Verantwortung **nicht allein gelassen** werden. Wegen der begrenzten eigenen Hilfemöglichkeiten zur Abwendung der Gefährdung ist eine Informationsweitergabe folglich angezeigt, wenn ein weiteres Werben für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen nicht mehr verantwortet werden kann.¹³⁶
- Von Fachkräften in einer **Beratungsstelle** oder einer sonstigen Hilfe zur Erziehung kann indes erwartet werden, dass sie **erst selbst mit der Familie arbeiten** und ihren Hilfekontakt nachhaltig für den Abbau der Hemmschwellen zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfen nutzen,¹³⁷ bevor sie zwar vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen der Klient/inn/en den Weg zum Jugendamt gehen, weil sie dies zur Abwendung der Gefährdung für erforderlich halten.¹³⁸

Die Pflicht zur Datenübermittlung ergibt sich also, wenn die Zugänge des Kindes und seiner Eltern zur eigenen Hilfe nicht ausreichen. Die Fachkraft in einer Einrichtung oder bei einem Dienst hat das Jugendamt zu informieren, wenn sie zur Öffnung der Hilfestrukturen für das Kind eine **Hinzuziehung des Jugendamts** für erforderlich hält. Hierzu ist sie auch befugt – entweder nach den mit den Klient/inn/en vereinbarten Vorgaben des Datenschutzrechts (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB VIII entsprechend) oder zumindest und in jedem Fall aufgrund des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB, § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 5 SGB VIII entsprechend).¹³⁹

¹³⁶ Zu einem qualifizierten Umgang mit Informationen über eine (potenzielle) Kindeswohlgefährdung in Kindertageseinrichtungen *Reichert-Garschhammer*, Soziale Netzwerkarbeit bei Gefährdungen des Kindeswohls, in: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen/Staatsinstitut für Frühpädagogik München (Hrsg.), Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung, 2006, S. 455 ff.

¹³⁷ Deutscher Verein NDV 2006, 494 (497).

¹³⁸ Hierzu *Kohaupt*, Expertise zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, S. 11, 14 (www.kindeschutz.de); *Menne*, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 149 (155).

¹³⁹ *Elmayer/Schindler* Sozialrecht aktuell 2007, 81 (86); *bke*, Kinderschutz und Beratung, S. 23; *Mann*, in: Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII, § 8 a Rn. 13.

Diese Vorgaben spiegeln sich beispielsweise auch in den „Grundsätzen fachlichen Handelns in der Institutionellen Beratung“ des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung wider.¹⁴⁰ Danach kommt eine Weitergabe von Daten kommt erst in Betracht, wenn eine **doppelte fachliche Feststellung** zu treffen ist:

- „Das Wohl des Kindes oder Jugendlichen ist gefährdet und zweitens
- die fachlichen Mittel, die der Beraterin im Rahmen der Beratung zur Verfügung stehen, reichen nicht aus, um die Gefährdung des jungen Menschen abzuwenden.“

bb) Anrufung des Familiengerichts (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII)

Die Pflicht der Fachkräfte bei Trägern von Einrichtungen und Diensten zur Mitteilung an das Jugendamt korreliert mit der vergleichbaren Schwelle der Pflicht des Jugendamts zur Anrufung des Familiengerichts (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII). Erforderlich ist diese dann, wenn es der familiengerichtlichen Möglichkeiten zur Herstellung von Verbindlichkeit oder einer familiengerichtlichen Maßnahme bedarf, um den gefährdeten Kindern oder Jugendlichen den Zugang zu den erforderlichen Hilfen zu eröffnen.¹⁴¹ Diese Befugnis zur Informationsweitergabe besteht auch in Bezug auf anvertraute Sozialdaten (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII).

cc) Einschaltung anderer Stellen (§ 8 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII)

Erscheint zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung das Tätigwerden anderer Stellen außerhalb der Jugendhilfe, insbesondere auch der Gesundheitshilfe, notwendig, so hat das Jugendamt zunächst bei den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten **auf die Inanspruchnahme der entsprechenden Dienste hinzuwirken** (§ 8 a Abs. 4 Satz 1 SGB VIII).¹⁴² Ist **sofortiges Tätigwerden erforderlich** – oder in anderen Worten: bei Gefahr im Verzug – ist das Jugendamt verpflichtet, selbst die zuständigen Stellen einzuschalten, von denen Unterstützung bei der Abwendung der Gefährdung zu erwarten ist (§ 8 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII).¹⁴³ Die Befugnis zur Datenübermittlung ergibt sich in diesen Fällen der Nothilfe aus § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VIII.

¹⁴⁰ Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) ZfJ 2005, 60 (63) in der (Um-)Formulierung von Menne JAmt 2007, 117 (118); ders., in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 149 (159); bke, Kinderschutz und Beratung, S. 23 f.

¹⁴¹ Münder u. a., FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 37 ff.; zu aktuellen empirischen Daten hierzu siehe Tammen/Mutke UJ 2006, 134.

¹⁴² Ausführlicher hierzu Münder u. a., FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 52 f.

¹⁴³ Ausführlicher hierzu Münder u. a., FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 54 f.

d) **Rückmeldungen des Mitteilungsempfängers über den weiteren Verlauf**

Informieren Träger von Einrichtungen und Diensten – mit oder ohne Einverständnis der Eltern und/oder der Kinder – das Jugendamt, erschöpft sich die Mitteilung jedoch gerade nicht in einer „**Meldung**“ und der damit einhergehenden Verantwortungsdelegation an das Jugendamt. Vielmehr sind sowohl das Jugendamt als auch die beteiligten Einrichtungen und Dienste gerade auch dann gefordert, ihren Hilfezugang weiter im Interesse der Kinder und Eltern zu nutzen und die Verantwortung des Schutzauftrags gemeinsam zu übernehmen.

Diese **Verantwortungsgemeinschaft** zeigt sich bereits in der Initiierung des Kontakts zum Jugendamt. Aber auch in der weiteren Hilfe des Jugendamtes sollte die Einrichtung durch gemeinsame Gespräche mit den Familien und dem Jugendamt einbezogen bleiben. Dabei ist zu beachten, dass für jede Hilfebeziehung – sowohl im Verhältnis zur Einrichtung bzw. zum Dienst als auch zum Jugendamt – eine vertrauensvolle Basis zu den Kindern, Jugendlichen und Eltern notwendige Voraussetzung ist. Der gemeinsam zu übernehmende Schutzauftrag rechtfertigt deshalb keine Helferbeziehungen, in denen nicht mehr mit den betroffenen Familien, sondern nur noch über diese geredet wird. Insofern weist das Sozialdatenschutzrecht den fachlichen Weg für den in der Hilfebeziehung notwendigen Vertrauensschutz – auch in Bezug auf die Rückkoppelung des Jugendamts mit der Einrichtung bzw. dem Dienst über den weiteren Hilfeverlauf.

Auch bei der **Rückkoppelung** differenziert das Gesetz im Hinblick auf die Voraussetzungen für eine zulässige Weitergabe von Informationen zwischen anvertrauten (§ 65 SGB VIII) und sonstigen Sozialdaten (§ 64 SGB VIII). In § 65 SGB VIII erkennt der Gesetzgeber an, dass persönliche und erzieherische Hilfen nach dem SGB VIII nur dann effektiv erbracht werden können, wenn sich zwischen der Fachkraft und den Hilfeberechtigten eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln kann, die auch rechtlich funktional geschützt wird.¹⁴⁴ Eine Rückkoppelung mit der Einrichtung bzw. dem Dienst ist deshalb in der Regel nur dann erlaubt, wenn der/die Anvertrauende mit der Informationsweitergabe einverstanden ist (§ 65 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII).

Sonstige, d. h. nicht anvertraute Informationen, dürfen insbesondere dann weitergegeben werden, wenn diese Informationsweitergabe zur Erfüllung der eigenen oder der Aufgabe eines anderen Sozialleistungsträgers erforderlich ist und dadurch der Erfolg der zu gewährenden Leistung nicht in Frage gestellt wird (§ 64 Abs. 2 i. V. m.

¹⁴⁴ *Münder u. a.*, FK-SGB VIII, § 65 Rn. 1; *Mörsberger*, in: *Wiesner*, SGB VIII, § 65 Rn. 1.

§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X). Im Hinblick auf eine Rückkoppelung mit der Einrichtung bzw. dem Dienst ist demnach zunächst zu fragen, ob diese **zur eigenen Aufgabenerfüllung** des Jugendamts – vorliegend insbesondere zur Wahrnehmung des Schutzauftrags nach § 8 a SGB VIII – erforderlich ist. Sodann ist aber auch zu beachten, dass die Einrichtung oder der Dienst weiterhin mit dem Kind und seiner Familie zusammenarbeitet und ein Bedürfnis hat, seine Hilfe mit den Hilfen durch das Jugendamt zu koordinieren, um dem Kind und den Eltern angemessen begegnen zu können.

Eine **hilfebezogene gegenseitige Informationsweitergabe** dient daher regelmäßig der Erfüllung entweder der eigenen Aufgaben oder derer des anderen Trägers. Sie ist folglich zulässig, wenn dadurch der Erfolg der zu gewährenden Leistung nicht gefährdet wird. Diese fachliche Einschätzung erfordert eine sorgfältige Einschätzung im Einzelfall. Einerseits ist zu berücksichtigen, dass die Hilfebeziehungen zu den Kindern, Jugendlichen und Eltern oftmals sehr fragil sind. Häufig wird es auch bei den „sonstigen Daten“ um intime, zum Teil schambesetzte Informationen und Kontexte gehen, Ängste der Eltern vor Diskriminierung und Eingriffen in ihre Elternrechte sind immer wieder präsent. Deshalb ist generell ein **sensibler Umgang mit dem Weiterreichen von Informationen** erforderlich, um die Hilfen sowohl des Jugendamts als auch der Einrichtungen und Dienste nicht zu gefährden.

Allerdings kann es – auch u. U. gegen den Willen der Kinder, Jugendlichen oder Eltern – für die jeweiligen Hilfen gerade wichtig und fachlich notwendig sein, Informationen auszutauschen. Um die Betroffenen jedoch im Hilfeprozess nicht zu verlieren und somit den Erfolg der Hilfen nicht zu gefährden, erfordert eine solche Rückkoppelung unbedingt einer **vorherigen Abstimmung mit den Eltern und dem Kind**, was in das gemeinsame Gespräch mit der Einrichtung bzw. dem Dienst eingebracht werden soll. Im Zweifel ist im jeweiligen Hilfekontext gemeinsam mit den Klient/inn/en zu klären, auf welcher Basis man beiderseits agieren will bzw. muss.¹⁴⁵ Dies erfordert stets eine vorherige und transparente Verständigung über das Vorgehen zwischen Fachkraft und Klient/inn/en.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Mörsberger, in: Wiesner, SGB VIII, § 65 Rn. 12.

¹⁴⁶ Bke ZKJ 2006, 346 (349 f.).

2. **Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger**

a) **Ärztliche Schweigepflicht**

„Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf.“¹⁴⁷

Dieser Gedanke der ärztlichen Schweigepflicht entstammt dem **Eid des Hippokrates** (um 460 bis 370 v. Chr.). Er kann allgemein als Vorläufer gesetzlicher Regelungen zum Datenschutz in der Gesundheitshilfe angesehen werden,¹⁴⁸ der somit bereits seit rund 2.300 Jahren Geltung beansprucht.

Er wurzelt offensichtlich in der – schon damals und bis heute gültigen – Erkenntnis, dass eine hilfreiche medizinische Behandlung eine vertrauensvolle Basis benötigt, in der auch persönliche Informationen offenbart werden können. Das Wissen um die grundsätzliche Pflicht zur Verschwiegenheit soll den/die Patient/in ermutigen, sich dem/der Arzt/Ärztin, aber auch der/dem Hebamme/Entbindungspfleger anzuvertrauen, damit diese/r die erforderliche Hilfe anbieten und veranlassen kann. Dieser **funktionale Schutz der Institution „Gesundheitshilfe“** ist jedoch nicht nur im Hinblick auf die Einladung und Ermunterung zur Inanspruchnahme von Hilfe notwendig. Vielmehr muss für den/die Patient/in gerade auch nach einem aufgebauten Hilfekontakt die Verschwiegenheit sichergestellt sein, da nur auf diese Weise ein anhaltendes (An-)Vertrauen und somit eine dauerhafte Hilfebeziehung ermöglicht wird.

Das **Bundesverfassungsgericht** hat in einer Entscheidung aus dem Jahre 1972 diesen notwendigen Schutz des Vertrauensverhältnisses im Rahmen der ärztlichen Behandlung anschaulich herausgestellt:

„Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößert und damit der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.“¹⁴⁹

¹⁴⁷ Eid des Hippokrates, zitiert nach Landesärztekammer Baden-Württemberg, Schweigepflicht und Datenschutz in der Arztpraxis, Stand: Apr. 2004, S. 5.

¹⁴⁸ Parzeller/Wenk/Rothschild Deutsches Ärzteblatt 2005, 289.

¹⁴⁹ BVerfG, Beschl. v. 8. März 1972 = NJW 1972, 1123 (1124).

Die **Pflicht zur Verschwiegenheit** ist im Rahmen des Behandlungsverhältnisses ein Grundpfeiler für eine wirksame Gesundheitsvorsorge und -behandlung. Sie gilt deshalb grundsätzlich umfassend und wird von unserer Rechtsordnung in vielfacher Weise geschützt und eingefordert.¹⁵⁰

aa) Der erste Gedanke beim Blick auf die ärztliche Schweigepflicht geht regelmäßig an die **Strafbewehrung** bei einem Bruch derselben (§§ 203 ff. StGB). Nach dem Strafgesetzbuch wird derjenige/diejenige, der/die unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm/ihr als Arzt/Ärztin oder Angehörige/r eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung einer staatlich geregelten Ausbildung bedarf, anvertraut oder bekannt geworden ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB). Das Gleiche gilt auch für deren berufsmäßig tätigen Gehilfen (z. B. Arzthelfer/innen) sowie zur Vorbereitung auf diese Berufe Tätige (§ 203 Abs. 3 Satz 2 StGB). Bei der Ausbildung zur/zum Hebamme/Entbindungspfleger handelt es sich um eine staatlich geregelte Ausbildung, so dass sich diese ebenso nach § 203 StGB strafbar machen können.¹⁵¹

Der weit auszulegende **Begriff des Geheimnisses in § 203 Abs. 1 StGB** umfasst jede Tatsache, die nur einem/einer einzelnen oder einem beschränkten Personenkreis bekannt ist und an deren Geheimhaltung der/die Betroffene ein schutzwürdiges Interesse hat.¹⁵² Der Begriff des Patient/inn/engeheimnisses in diesem Sinne ist demnach sehr weitreichend zu verstehen und kann sich von der Tatsache, dass sich der/die Betroffene überhaupt in ärztlicher Behandlung befindet, bis hin zu Drittgeheimnissen erstrecken.¹⁵³ Die Pflicht zur Verschwiegenheit ist sowohl gegenüber anderen Ärzt/inn/en als auch gegenüber Familienangehörigen der Patient/inn/en sowie eigenen Familienangehörigen einzuhalten.¹⁵⁴

bb) In standesrechtlicher Hinsicht finden sich **in allen Berufsordnungen gleichlautende Schweigepflichtsnormierungen**.¹⁵⁵ Danach sind sowohl Ärzt/inn/e/n als auch Hebammen/Entbindungspfleger verpflichtet, über das, was ihnen bei der Ausübung ihres Berufs anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Damit ist die Pflicht

¹⁵⁰ Allgemein zum Geheimnisschutz im Rahmen des bürgerlichen Rechts und des Strafrechts sowie zur Zeugnisspflicht und zum Zeugnisverweigerungsrecht *Tammen UJ 2007, 225 ff.*; zu Letzterem siehe auch DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2006, 139.

¹⁵¹ *Diefenbacher, Praxisratgeber Recht für Hebammen, S. 6.*

¹⁵² *Kühl, in: Lackner/Kühl, StGB, § 203 Rn. 14.*

¹⁵³ *Parzeller/Wenk/Rothschild Deutsches Ärzteblatt 2005, 289 (290).*

¹⁵⁴ Landesärztekammer Baden-Württemberg, Merkblatt zur ärztlichen Schweigepflicht, Stand: März 2006, III. 2 und 3.

¹⁵⁵ Für die Ärzt/inn/en: § 9 (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer (MBO) bzw. jeweils § 9 in den Landes-BO; für die Hebammen/Entbindungspfleger: z. B. § 4 HebBO-BW.

zur Verschwiegenheit zwar berufsrechtlich weiter gefasst als im Strafrecht, allerdings kann als Auslegungsmaßstab auf § 203 StGB zurückgegriffen werden.¹⁵⁶ Ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht kann ebenso als berufsunwürdige Handlung gelten, wie die Unterlassung der in den Berufsordnungen gleichfalls vorgeschriebenen schriftlichen Belehrungen zur Verschwiegenheit von Mitarbeiter/inne/n. Vor Berufsgewichten können diese standesrechtlichen Verstöße mit einer Verwarnung, einem Verweis oder einer Geldbuße geahndet werden.¹⁵⁷

cc) Auch das **Bundesdatenschutzgesetz** enthält seinerseits strenge Restriktionen hinsichtlich einer Weitergabe von Gesundheitsdaten (§ 28 Abs. 8 i. V. m. Abs. 6 und 7 BDSG). Es betrachtet die speziellen Geheimhaltungspflichten als zusätzliche Schutzebene.¹⁵⁸ Greift die weit umfassendere Verpflichtung zur ärztlichen Verschwiegenheit, treten die Beschränkungen des BDSG ausdrücklich dahinter zurück (§ 1 Abs. 3 Satz 2 BDSG). Die Vorschriften des BDSG kommen deshalb nur dort zur Anwendung, wo andere Schutznormen weniger strengen Schutz der Daten gewährleisten (z. B. hinsichtlich der Anforderungen an die Einwilligungserklärung).

b) Einwilligung: schriftlich, mündlich oder wie?

Hält der/die Ärzt/in oder Hebamme/Entbindungspfleger eine Datenweitergabe an eine andere Hilfeinstitution für erforderlich bzw. hilfreich, um beispielsweise andere bzw. weitergehende Hilfen zu ermöglichen, ist seine/ihre Aufgabe, mit den Eltern darüber ins Gespräch zu gehen und bei diesen um ihr Einverständnis **für eine Datenweitergabe zu werben**. Denn als Verfügungsberechtigte über ihre Geheimnisse können die Eltern die jeweiligen Geheimnisträger/innen von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit entbinden.

Eine solche Einverständniserklärung begründet nach allen dargestellten Schutznormierungen dann die Befugnis, die anvertrauten oder auch sonst bekannt gewordenen Informationen weiterzugeben. In Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts besteht für die Eltern einerseits die Möglichkeit, die **Einwilligung nur für Teilbereiche** oder Einzelinformationen zu erteilen, andererseits können sie die bereits erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen, wobei ein **Widerruf** nicht rückwirkend gilt, sondern die Datenweitergabe allein für die Zukunft unzulässig macht.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Trilsch, Die Ärztliche Schweigepflicht, 2005, 48 (56) – zu finden unter: <http://www.slaek.de/60infos/pdf/broschhaft.pdf>.

¹⁵⁷ Parzeller/Wenk/Rothschild, Deutsches Ärzteblatt 2005, 289 (291).

¹⁵⁸ Walz, in: Simitis, BDSG, § 1 Rn. 174; Auernhammer, BDSG, § 1 Rn. 28 f.

¹⁵⁹ Bergmann/Möhrle/Herb, Datenschutzrecht, Bd. 1, Stand: Aug. 2006, § 4 a BDSG Rn. 24.

Um den Eltern auch tatsächlich zu ermöglichen, selbst darüber zu entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen die von ihnen offenbarten Informationen benutzt werden dürfen, knüpft das Recht an eine wirksame Einverständniserklärung einige wichtige **Anforderungen**.¹⁶⁰ In § 4 a BDSG sind diese – im Gegensatz zu den strafrechtlichen und standesrechtlichen Normierungen – ausdrücklich und weitaus umfassender und restriktiver festgeschrieben, weshalb sich die folgende Darstellung auf die Voraussetzung an eine wirksame Einwilligungserklärung nach dem BDSG konzentriert.

Zum einen muss die Einwilligung auf der **freien Entscheidung der Eltern** beruhen, d. h., von ihnen freiwillig und ohne Zwang erteilt worden sein (§ 4 a Abs. 1 Satz 1 BDSG).

Dazu gehört, sie vor Erteilung der Einwilligung umfassend **über deren Bedeutung aufzuklären**, sie über den Zweck der Datenübermittlung zu informieren (§ 4 a Abs. 1 Satz 2 1. Halbs. BDSG). Die dafür notwendige konkrete Darlegung, welche Daten von der Übermittlung erfasst sein sollen, umfasst nach § 4 a Abs. 3 BDSG vor allem auch die sensiblen Daten.¹⁶¹ Zudem beinhaltet die Hinweispflicht auch die Angabe, an welche Hilfeinstitution die Daten übermittelt werden.

Die Eltern sind zudem auf die **Folgen der Verweigerung der Einwilligungserklärung hinzuweisen** (§ 4 a Abs. 1 Satz 2 letzter Halbs. BDSG). Gedacht ist dabei insbesondere an die Fälle, in denen dem/der Betroffenen durch seine/ihre Weigerung Rechtsnachteile entstehen können.¹⁶² Auch wenn dies nur eine Ausnahmvorschrift darstellt, kann angebracht sein, den betroffenen Eltern zu verdeutlichen, welche (rechtlichen) Folgen eine Einwillungsverweigerung im Kontext einer möglichen Kindeswohlgefährdung nach sich ziehen kann.

Diese Einwilligungsvoraussetzung kann gegebenenfalls den Anstoß und die Gelegenheit bieten, mit den Eltern darüber **ins Gespräch zu kommen**, dass möglicherweise schon bald die Grenzen der eigenen Hilfemöglichkeiten erreicht sein werden und insofern andere Institutionen mit ihren Hilfeangeboten hinzugezogen werden sollten bzw. müssen. Beispielsweise in der folgenden Form:

„Gut, ich respektiere Ihre Entscheidung, dass Sie (noch) nicht damit einverstanden sind, dass wir das Jugendamt um Mithilfe bitten. Aber nach dem, was ich so beobachte, werden wir vielleicht doch irgendwann – und evtl. auch schon bald – an einen Punkt gelangen, an dem ich das, was ich von Ihnen weiß, nicht mehr nur bei mir behalten kann. Dann werde ich u. U. auch gegen Ihren Willen das Jugendamt informieren müssen. Ich

¹⁶⁰ *Simitis* in: ders., BDSG, § 4 a Rn. 2.

¹⁶¹ Zu diesem Begriff ausführlich oben S. 17 f.

¹⁶² *Simitis* in: ders., BDSG, § 4 a Rn. 70 ff.

glaube allerdings, es ist für Sie, wie auch für uns beide, hilfreicher, wenn es nicht erst soweit kommt, dass ich gezwungen bin, gegen Ihren Willen zu handeln, sondern Sie vielmehr von vornherein mitbestimmen können, was Sie (zunächst) mitteilen möchten und welche Form der Hilfe Sie sich für sich und Ihr Kind wünschen und vorstellen können.“

Als Schutzvorkehrung zugunsten des Betroffenen bedarf die Einwilligung nach § 4 a Abs. 1 Satz 3 BDSG grundsätzlich der **Schriftform**, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist.¹⁶³ Das Einverständnis muss daher nicht nur schriftlich festgehalten, sondern von den Eltern auch **eigenhändig unterzeichnet** werden.¹⁶⁴ Wird die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen abgegeben, ist sie gem. § 4 a Abs. 1 Satz 4 BDSG zudem besonders zu kennzeichnen, d. h., sie muss optisch auffällig gestaltet sein. Außerdem ist eine **Blankoermächtigung zur Datenverarbeitung unzulässig**, d. h., zum Erfassen der Tragweite seiner Einwilligungserklärung muss der Betroffene zumindest anhand einer beispielhaften Aufzählung oder thematischen Eingrenzung diejenigen Daten erkennen können, die von der Einwilligungserklärung erfasst sein sollen.¹⁶⁵

Grundsätzlich rechtfertigt die Befürchtung, die schriftliche Einverständniserklärung könnte den Betroffenen misstrauisch stimmen und von daher abschrecken, nicht die Annahme von besonderen Umständen, die eine **Ausnahme von diesem Schriftformerfordernis** – allerdings nicht von der Voraussetzung einer in anderer Form erklärten Einwilligung – begründen können.¹⁶⁶ Denn ähnlich wie beispielsweise bei der notariellen Beurkundung, die eine besondere Warnfunktion und insofern einen Übereilungsschutz sicherstellen soll,¹⁶⁷ besteht auch das gesetzgeberische Ziel des § 4 a BDSG im Erzeugen eines gesunden Misstrauens. Ob dennoch im seltenen Ausnahmefall besondere Umstände das Abweichen vom Schriftformerfordernis rechtfertigen, lässt sich stets nur in Kenntnis der konkreten Einzelfallumstände sagen.¹⁶⁸

Haben die Eltern eine unter diesen Voraussetzungen zustande gekommene Einwilligung erteilt, kann jede/r Arzt/Ärztin oder Hebamme/Entbindungspfleger sämtliche von der Einwilligung umfasste Daten an jede von der Einwilligung umfasste andere Hilfeinstitution übermitteln. Es lohnt daher, die beraterischen Kompetenzen zu schär-

¹⁶³ In strafrechtlicher und standesrechtlicher Hinsicht bedarf die Einwilligung hingegen grundsätzlich keiner Schriftform.

¹⁶⁴ *Simitis* in: ders., BDSG, § 4 a Rn. 35.

¹⁶⁵ OLG Celle, Urt. v. 14. November 1979 = NJW 1980, 347 (348).

¹⁶⁶ *Simitis* in: ders., BDSG, § 4 a Rn. 59.

¹⁶⁷ *Hertel*, in: Staudinger, BGB, Vor §§ 127 a, 128 (BeurkG) Rn. 7.

¹⁶⁸ *Bergmann/Möhrle/Herb*, Datenschutzrecht, Bd. 1, Stand: Aug. 2006, § 4 a BDSG Rn. 85.

fen und einzusetzen, um bei den betroffenen Familien für diese Einwilligung zu werben.

Nicht unterschätzt werden soll allerdings, mit wie viel Anstrengung dieses Werben gerade auch im Hinblick auf die geforderte Transparenz verbunden sein kann. Die Eltern spüren oft ziemlich deutlich, dass sie ihrer Erziehungsverantwortung nicht in der – oftmals auch von ihnen selbst – gewünschten Weise nachkommen. Von Anderen zur Sprache und ins Bewusstsein gebracht, können sehr leicht Scham-, Angst- oder auch Schuldgefühle entstehen. Es besteht die Gefahr, dass sich die Eltern abgewertet und stigmatisiert fühlen. Die besondere Herausforderung besteht deshalb darin, in einem solchen **Gespräch des Werbens um die Einwilligung**, die nötige Balance zwischen einer großen Portion Feingefühligkeit – gerade auch in der Sprache – und der nötigen Courage, den Eltern offen und ehrlich gegenüber zu treten, zu finden und auszuhalten.

c) **Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)**

Gelingt dem/der Arzt/Ärztin bzw. Hebamme/Entbindungspfleger in diesem Sinne nicht, die Eltern zu einer Einverständniserklärung hinsichtlich der Datenweitergabe zu bewegen, bedarf es zum Handeln gegen den ausdrücklichen Willen bzw. ausnahmsweise ohne Wissen der Betroffenen¹⁶⁹ einer anderen, den Eingriff rechtfertigenden Befugnis. Zu denken ist dabei insbesondere an die **Rechtfertigungsgründe aus dem Strafgesetzbuch** (StGB), die eigentlich strafbare Handlungen rechtfertigen.

Eine Situation, aus der sich eine Übermittlungsbefugnis aufgrund des Nothilfetatbestands nach § 32 Abs. 2 Alt. 2 StGB ergibt, dürfte nur höchst ausnahmsweise vorliegen. Nothilfe erfordert das unmittelbare Bestehen eines Angriffs auf die Gesundheit des Kindes. In der Regel wird die Gefährdungseinschätzung eher zum Ergebnis haben, dass eine Gefährdung vorliegt bzw. ein Angriff auf das Wohl des Kindes (potenziell) zukünftig zu erwarten ist, so dass es sich um eine „**präventive Notwehr**“ handelt, die nur unter den Voraussetzungen des § 34 StGB gerechtfertigt sein kann.¹⁷⁰

Die Rechtfertigung einer eigentlich unbefugten Datenübermittlung lässt sich somit wenn, dann vor allen Dingen aus einem **rechtfertigenden Notstand gem. § 34 StGB** ableiten. Dieser ist gespiegelt auch in den ärztlichen Berufsordnungen mit ihren wortgleichen Offenbarungsrechten enthalten: „zum Schutz eines höherwertigen Rechts-

¹⁶⁹ Für eine Einzelfallprüfung, ob die Mitteilung an das Jugendamt vorher transparent gemacht wird, Deutscher Verein NDV 2006, 494 (498).

¹⁷⁰ Tröndle/Fischer, StGB, § 32 Rn. 10 a.

gutes“¹⁷¹. Seit 2. Juli 2006 gilt nach der Berufsordnung für die Ärzt/inn/e/n des Landes Rheinland-Pfalz diese Offenbarungsbefugnis ausdrücklich insbesondere auch bei dem begründeten Verdacht einer Misshandlung, eines Missbrauchs oder einer schwerwiegenden Vernachlässigung. In den Berufsordnungen der Hebammen/Entbindungspfleger finden sich zwar keine ausdrücklichen Hinweise auf die berufsrechtliche Rechtfertigung im Rahmen der Notstandsvoraussetzungen des § 34 StGB. Diesem liegt jedoch ein allgemeiner Rechtsgedanke zugrunde, der übergesetzlichen Ursprungs ist¹⁷² und von daher in jedem Fall auch berufsrechtlich Berücksichtigung finden muss.

Die Mitteilung über einen weitergehenden Hilfebedarf aufgrund einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung, gestützt auf den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB), bedarf einer qualifizierten, selten einfach zu treffenden **Abwägungs- und gleichzeitig Prognoseentscheidung** des/der behandelnden Arztes/Ärztin oder Hebamme/Entbindungspfleger.¹⁷³ Diese folgt folgenden Prüfkriterien:

aa) Gegenwärtige Gefahr für das Kindeswohl

Eine Rechtfertigung nach § 34 StGB setzt zunächst eine gegenwärtige Gefahr für ein notstandsfähiges Rechtsgut voraus.¹⁷⁴ Der/die Arzt/Ärztin bzw. Hebamme/Entbindungspfleger muss also zu der Einschätzung gelangen, dass die begründete Besorgnis besteht, ohne ein entsprechendes Handeln werde die Gesundheit, das Leben bzw. das Wohl des Kindes ernsthaft gefährdet.¹⁷⁵

Die Rechtsprechung versteht unter einer **Kindeswohlgefährdung** „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“¹⁷⁶ Die nähere Konkretisierung, wann eine entsprechende Gefahr vorliegt, entzieht sich aufgrund der Vielgestaltigkeit und Komplexität des rechtlichen und normativen Konstrukts Kindeswohlgefährdung¹⁷⁷ einer näheren Definition mit Mitteln des Rechts und bleibt der Einschätzung der Fachleute im Einzelfall überlassen. Allenfalls ist zu überle-

¹⁷¹ § 9 Abs. 2 Satz 1 Alt. 2 MBO sowie § 9 Abs. 2 Satz 1 Alt. 2 in den jeweiligen Landes-BO.

¹⁷² *Tröndle/Fischer*, StGB, § 34 Rn. 1.

¹⁷³ Zum Berufsrisiko des/der Entscheiders/Entscheiderin *Merten* KJuG 2007, 33 (34).

¹⁷⁴ Hierzu auch Ministerium für Bildung und Frauen des Landes Schleswig-Holstein, Datenschutz und familiäre Gewalt, S. 11 f.

¹⁷⁵ *Kühl*, in: *Lackner/Kühl*, StGB, § 34 Rn. 2.

¹⁷⁶ BGH, Beschl. v. 14. Juli 1956 = *FamRZ* 1956, 350 (351), ständige Rechtsprechung; ausführlich hierzu *Coester*, in: *Staudinger*, BGB, § 1666 Rn. 78 ff.

¹⁷⁷ *Schöne* IKK-Nachrichten 1-2/2006, 20.

gen, ob analog der Entwicklung von Merkmalslisten bei der Definition der Begrifflichkeit „gewichtige Anhaltspunkte“ aus § 8 a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII¹⁷⁸ den beteiligten Professionen in der Gesundheitshilfe ein – evtl. auf den jeweiligen Handlungszusammenhang speziell zugeschnittener – entsprechender Anhaltsbogen für die Risikoeinschätzung zur Verfügung gestellt werden sollte.¹⁷⁹

Die geforderte **Gegenwärtigkeit** der Gefahr liegt dann vor, wenn nach menschlicher Erfahrung und natürlicher Weiterentwicklung der gegebenen Sachlage der Eintritt des Schadens sicher oder doch höchstwahrscheinlich ist, falls nicht alsbald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden.¹⁸⁰ Selten sind die Anzeichen für eine drohende Kindeswohlgefährdung allerdings so massiv, dass diese tatsächlich mit Sicherheit prognostiziert werden kann. Zu fragen ist deshalb, an welches juristische Geländer sich die Ärzt/inn/e/n im Rahmen des recht großen „Grau-Bereichs“ halten können, in dem bestimmte Zweifel hinsichtlich der Gewährleistung des Kindeswohls gegeben sind, aber (noch) nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob diese tatsächlich eine Gefährdungssituation für das Kind beinhalten.

Zum einen stellen Jurist/inn/en in Rechnung, dass es sich um eine Prognoseentscheidung handelt, deren Grundlage die Perspektive im Entscheidungszeitpunkt darstellt, d. h., die juristische Bewertung, ob die Datenweitergabe nach § 34 StGB gerechtfertigt gewesen ist, beurteilt sich gerade nicht aus der wissenden Sicht im Nachhinein (ex post), sondern nach dem **Erkenntnishorizont im Zeitpunkt der Entscheidung** (ex ante). Zum anderen sind die Anforderungen an die Prognose hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Kindeswohlgefährdung umso geringer, je gewichtiger die Anhaltspunkte und insofern die Risiken für das betroffene Kind sind.¹⁸¹

Die Beurteilung und Entscheidung, ob eine (potenzielle) gegenwärtige Kindeswohlgefährdung anzunehmen ist oder nicht und somit eine Informationsweitergabe gegen den Willen oder/und ohne Wissen der Eltern gerechtfertigt erscheint, wird

¹⁷⁸ Vgl. hierzu etwa Deutscher Verein NDV 2006, 494 (495 f.); Bayerischer Landesjugendhilfeausschuss FORUM Jugendhilfe 1/2006, 31 (32, 38); Hillmeier, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 171 (183); ISA, Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, S. 95 f.; kritisch zu „seitenlangen Kriterienkatalogen“ Greese Jugendhilfe 2007, 61 (64).

¹⁷⁹ Zu Problemen und Vorschlägen im Zusammenhang mit dem Begriff „gewichtige Anhaltspunkte“ Kindler/Lillig IKK-Nachrichten 1-2/2006, 16.

¹⁸⁰ BGH, Ur. v. 30. Juni 1988 = NJW 1989, 176.

¹⁸¹ Tröndle/Fischer, StGB, § 34 Rn. 11; zum ähnlichen Gefahrenbegriff im Polizeirecht Schoch in: Schmidt-Abmann, Besonderes Verwaltungsrecht, Kap. 2 Rn. 87 ff. – Zur Bedeutsamkeit der Dokumentation sieh nachfolgend S. 58.

der/die Arzt/Ärztin bzw. Hebamme/Entbindungspfleger regelmäßig nicht allein treffen, sondern eine fachliche Reflexion mit einem/einer anderen Fachmann/Fachfrau suchen. Ein solcher **Klärungsprozess** und der damit einhergehende Informationsaustausch unter **Hinzuziehung von ausgebildeten Fachkräften** ist sogar in den einzelnen Berufsordnungen¹⁸² vorgesehen und gehört zum allgemeinen fachlichen Standard von Ärzt/inn/en, Psycholog/inn/en und Sozialarbeiter/inn/en. Da die ärztliche Schweigepflicht auch im Verhältnis zu den einzelnen Kolleg/inn/en gilt, muss eine entsprechende Fachberatung, wenn möglich, anonymisiert stattfinden.

bb) Datenweitergabe als mildestes Mittel

Gelangt der/die Arzt/Ärztin oder Hebamme/Entbindungspfleger zu der Einschätzung, dass eine gegenwärtige Gefahr für das Kindeswohl zu bejahen ist, muss er/sie in einer Interessenabwägung prüfen, ob diese Gefährdungslage allein durch die Informationsweitergabe als mildestes Mittel abwendbar ist. Dies kann nur dann bejaht werden, wenn die sonstigen eigenen Hilfe- und Motivationsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Dazu gehört nicht nur die bereits beschriebenen Anstrengungen zu unternehmen, **mit den Eltern ins Gespräch zu gehen** über die Annahme des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung und bei ihnen um ihre Einverständniserklärung für eine Datenweitergabe zu werben. Auch auf Hilfeangebote anderer Institutionen, z. B. des Jugendamts aufmerksam zu machen und sie ggf. bei der Inanspruchnahme dieser Hilfen zu unterstützen (z. B. durch die Vermittlung von hilfreichen Ansprechpartner/innen oder auch direkter Initiierung von Kontakten), sollte – außer in akuten Gefährdungslagen – regelmäßig vor der erwogenen Datenweitergabe erfolgt sein.¹⁸³

Reichen die eigenen Hilfen und die ergänzenden fachlichen Mittel der Beratung für die Motivierung zur Inanspruchnahme der zur Gefährdungsabwendung erforderlichen weitergehenden Hilfen nicht aus, kann die Datenweitergabe gegen den Willen der Eltern bzw. ausnahmsweise auch ohne ihr Wissen das relativ mildeste Mittel darstellen.

cc) Interessenabwägung

Nach den Vorgaben des § 34 StGB muss ferner im Rahmen einer Interessenabwägung geprüft werden, ob der **Schutz des Kindeswohls** höher einzustufen ist als das

¹⁸² Jeweils unter C. Nr. 2 der ärztlichen Berufsordnungen.

¹⁸³ Zur Problematik, dass diese Hilfestellungen nicht vergütet werden Johns, in: VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 101 (105).

Interesse an der Vertraulichkeit in der Behandlungsbeziehung. Dafür muss zum einen der Schutz des Kindes das Recht der Eltern an der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht wesentlich überwiegen, was aufgrund der Bedeutsamkeit der betroffenen Rechtsgüter des Kindes in der Regel anzunehmen ist.

Zum anderen muss aber aufgrund der **Schutzrichtung der ärztlichen Schweigepflicht**, die Vertraulichkeit in der ärztlichen Behandlung funktional zu schützen,¹⁸⁴ das zu schützende Kindesinteresse auch das generelle Interesse am Erhalt einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung im Einzelfall und dem Vertrauen in die jeweiligen Angebote der Gesundheitshilfe im Allgemeinen wesentlich überwiegen. Dafür muss in einer **Risikoeinschätzung** abgewogen werden, ob

- sich mit dem Bruch der ärztlichen Schweigepflicht zukünftig auch ein Abbruch des Behandlungsverhältnisses verbindet und sich dadurch möglicherweise eher noch eine zusätzliche Gefährdungssituation für das Kindeswohl ergeben könnte, oder
- damit zukünftig dieselben oder andere Patient/inn/en aus Furcht vor einer Informationsweitergabe an das Jugendamt möglicherweise von der Inanspruchnahme der benötigten medizinischen Hilfen Abstand nehmen (z. B. eine Mutter ihr nächstes Kind nicht mehr in einer Klinik, sondern zuhause ohne Unterstützung entbindet).

Im Hinblick auf eine **Datenübermittlung an das Jugendamt** ist in dieser Risikoeinschätzung einerseits zu bedenken, dass das Jugendamt die gesetzliche Aufgabe hat, auf Gefährdungssituationen zu reagieren und dabei mit einem breiten und qualifizierten Handlungsinstrumentarium ausgestattet ist. Andererseits ist in diesem Stadium, in dem Vertreter/innen helfender Berufe ohne das Einverständnis der betroffenen Eltern agieren, der ohnehin nicht leichte Hilfezugang des Jugendamts häufig zusätzlich deutlich erschwert.

Die Risikoeinschätzung hat also zu berücksichtigen, dass ein **bestehender vertrauenswürdiger Kontakt zu den Familien** häufig den einzigen Zugang zu den Problemen des Kindes und seiner Eltern bedeutet. Im Kontext von Kindeswohlgefährdung ist die Vertrauensbeziehung zudem oftmals fragil und kann bei einem – tatsächlichen oder von den Eltern als solchen empfundenen – Vertrauensbruch auch relativ leicht gestört oder sogar zerstört werden.

¹⁸⁴ Hierzu ausführlich oben S. 48.

Die Hilfebeziehung gilt es daher wertzuschätzen und die **Zugänge der Familie zu Hilfe** nicht leichtfertig zu verschütten. Eine Datenweitergabe gegen den Willen oder ggf. sogar gegen das Wissen der Eltern ist daher nur dann gerechtfertigt, wenn die eigenen Hilfemöglichkeiten ausgeschöpft sind und nachdrückliche, aber erfolglose Versuche unternommen wurden, auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen hinzuwirken. Das Hinzuziehen anderer Stellen, insbesondere des Jugendamts, ist dann auch Ausdruck von Verlässlichkeit. Durch **transparentes Verhalten** werden die Chancen deutlich erhöht, an das bestehende Behandlungsverhältnis später wieder anzuknüpfen, es wieder aufzubauen oder bei den Eltern wieder Vertrauen in helfende Beziehungen zu entwickeln. Die Möglichkeiten der Hilfe für Kinder werden dadurch verbessert und der Schutz erhöht.

dd) Dokumentation

Die Entscheidung, aufgrund der anzunehmenden Gefährdungssituation für das Kindeswohl entgegen den Willen und ggf. sogar ohne das Wissen der Eltern Daten an eine andere Hilfeinstitution weiterzugeben, beinhaltet somit oftmals nicht nur schwierige Diagnose-, sondern vor allem auch **komplexe Abwägungsprozesse**. Sie bleibt eine individuelle Entscheidung des/der behandelnden Arztes/Ärztin oder Hebamme/Entbindungspfleger.¹⁸⁵

Sowohl zur eigenen Reflexion als auch zur Eröffnung der Möglichkeit, dass die Entscheidung nachträglich von anderen – in der eigenen Organisation, von den Patient/inn/en oder sonstigen Außenstehenden – nachvollzogen werden kann (etwa bei der Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Vorgehens), ist eine **qualifizierte Dokumentation des Pro und Contra im Abwägungsvorgang** sowie des eigenen vorherigen Bemühens um anderweitige Gefährdungsabwendung von besonderer Wichtigkeit.

3. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen

Die Mitarbeiter/innen der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen sind durch das für sie geltende Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) zur Vertraulichkeit und Wahrung der Anonymität verpflichtet (§ 6 Abs. 2, § 10 Abs. 2 Satz 2 SchKG). In Anerkennung dieses für die Beratung notwendigen geschützten Raums, hat der Gesetzgeber die Mitarbeiter/innen oder Beauftrag-

¹⁸⁵ Bke ZKJ 2006, 346 (349).

ten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 SchKG ebenfalls als besondere Geheimnisträger in § 203 Abs. 1 Nr. 4 a StGB aufgenommen.

Für die Mitarbeiter/innen der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen gilt daher der gleiche, eben beschriebene Vertrauensschutz in Bezug auf die Informationsweitergabe in der Gesundheitshilfe. Ergibt sich in der Beratungstätigkeit eine verdichtete Annahme einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung und insofern zur Gefährdungsabwendung ein weitergehender Hilfebedarf, der durch die Beratung allein nicht hinreichend befriedigt werden kann, sind auch sie zunächst aufgerufen, die Mutter um eine entsprechende **Einverständniserklärung zur Datenweitergabe** zu bitten. Wird diese verweigert, kann sich die für die Datenübermittlung notwendige Befugnis auch hier allein aus dem **rechtfertigenden Notstand** (§ 34 StGB) ableiten.

Im Hinblick auf den fachlich anspruchsvollen Abwägungs- und Entscheidungsprozess, ob eine gegenwärtige Kindeswohlgefährdung den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigt und angezeigt erscheinen lässt, enthält das SchKG zwei eigene, spezielle Vorgaben.

- Zum einen hat die Beratungsstelle sicherzustellen, dass erforderlichenfalls kurzfristig eine ärztliche, fachärztliche, psychologische, sozialpädagogische, sozialarbeiterische oder juristisch ausgebildete Fachkraft zur Durchführung der Beratung hinzugezogen werden kann. Diese **Fachberatung** kann und sollte dementsprechend gerade auch zur gemeinsamen Einschätzung hinsichtlich einer Kindeswohlgefährdung genutzt werden (§ 9 Nr. 2 SchKG).
- Zum anderen finden sich im SchKG Konkretisierungen, welche **eigenen Hilfemöglichkeiten** bestehen, die vor der möglichen Datenweitergabe gegen den Willen der Mutter **zunächst auszuschöpfen** sind. Danach umfasst die Beratung jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale und juristische Information, sowie die Darlegung der Rechtsansprüche von Mutter und Kind und der möglichen praktischen Hilfen (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 SchKG), zu dessen Gewährleistung auch ausdrücklich die Zusammenarbeit mit allen Stellen gehört, die öffentliche und private Hilfen für Mütter und Kind gewähren (§ 9 Nr. 3 SchKG).

4. Gesundheitsämter

Zur Datenweitergabe enthalten alle Gesundheitsdienstgesetze der vier Bundesländer abschließende Regelungen.

Danach ist eine Datenweitergabe ebenfalls grundsätzlich nur im Rahmen der von den Eltern erteilten Einwilligung möglich.¹⁸⁶ Das Einverständnis unterliegt dabei gemäß den ergänzend heranzuziehenden Bestimmungen der **Landesdatenschutzgesetze** den besonderen Anforderungen wie bei der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.¹⁸⁷

Wird einer Datenübermittlung durch die Eltern nicht zugestimmt, erlauben die Gesundheitsdienstgesetze aller vier Bundesländer eine solche, wenn sie aufgrund einer anderen ausdrücklichen Rechtsvorschrift für zulässig erachtet wird.¹⁸⁸ Eine solche ist allerdings für die Gesundheitsämter im Kinderschutz bislang nicht bekannt.

Darüber hinaus ist eine Datenübermittlungsbefugnis im Rahmen des Kinderschutzes nur dann gegeben, wenn dies zur Abwehr einer Gefahr für Leben oder Gesundheit des Betroffenen oder Dritten erforderlich ist und die Gefahr nicht auf andere Weise beseitigt werden kann.¹⁸⁹ Diese Vorschriften sind ebenfalls gesetzliche Ausformulierungen des strafrechtlichen rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB), so dass auch hier auf die Ausführungen zur ärztlichen Schweigepflicht verwiesen werden kann.¹⁹⁰

¹⁸⁶ § 16 Abs. 1 Nr. 2 ÖGDG BW; Art. 30 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 GDVG BY; § 11 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Abs. 2 Satz 2 ÖGDG RP; § 4 Abs. 2 VO TH.

¹⁸⁷ § 4 Abs. 2 ff. LDSG BW; Art. 15 Abs. 2 ff. DSG BY; § 5 Abs. 2 ff. LDSG RP; § 4 Abs. 2 f. DSG TH . – Hierzu siehe oben S. 50 ff.

¹⁸⁸ § 16 Abs. 1 Nr. 1 ÖGDG BW; Art. 30 Abs. 2 Nr. 1 GDVG BY; § 11 Abs. 3 Nr. 1 i. V. m. Abs. 2 Nr. 2 ÖGDG RP; § 5 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 VO TH.

¹⁸⁹ § 16 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 15 Abs. 1 Nr. 3 ÖGDG BW; Art. 30 Abs. 2 GDVG BY; § 11 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. Abs. 2 Nr. 3 ÖGDG RP; § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 5 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 i. V. m. § 4 Abs. 2 VO TH.

¹⁹⁰ Siehe oben S. 53 ff.

B. Kooperation und Informationsfluss: Grundlagen gelingender Praxis

I. Vorbemerkung

Schauen Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger genauer hin und bieten sie sich Eltern und Kindern als Vertrauenspersonen an, so ergeben sich während der Untersuchung der Kinder bzw. Beratung der Familien immer wieder auch **Anhaltspunkte für einen weitergehenden Hilfebedarf**, den sie mit ihren Leistungen und den Möglichkeiten ihrer Fachlichkeit nicht selbst decken können. Sie brauchen fachkompetente Ansprech- und verlässliche Kooperationspartner/innen.

Doch was aus der Vogelperspektive wie eine Selbstverständlichkeit erscheinen mag, ist bei einer Umsetzung vor Ort meist mit einem selten konfliktfreien **Prozess der Annäherung** verbunden. Für Ärzt/inn/e/n gilt es häufig tradierte und langjährig durch persönliche Erfahrungen gebildete sowie gepflegte Vorurteile abzubauen, insbesondere gegenüber dem Jugendamt. Zudem sind Befürchtungen wegen des Verlusts an Autonomie im Hilfekontext mit den Patient/inn/en im Raum.

Der Hinweis auf die **ärztliche Schweigepflicht** dient nicht selten als Schutzschild gegen allzu enge Kooperation,¹⁹¹ ist aber gleichzeitig wichtiger Hinweis darauf, wie wesentlich für gelingende Zusammenarbeit ist, dass Jugendämter die Bedeutung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt/Ärztin, Hebamme/Entbindungspfleger bzw. Berater/in und Patient/in bzw. Klient/in verstehen und achten. Wenn Vertreter/innen der Gesundheitshilfe ihre Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en in die Hände der Jugendämter geben, ist für ein Gelingen der Kooperation wichtig, dass die Jugendämter dieses Vertrauen auch rechtfertigen, auf die Familien angemessen zugehen und an die bisherigen Hilfebemühungen anknüpfen.

Dieses Achten des bisherigen Hilfeprozesses darf nach einem **Hinzuziehen des Jugendamts** indes nicht mit einer überzogenen Erwartung einer (weiteren) Steuerung durch die Ärzt/inn/e/n, Hebammen/Entbindungspfleger oder Berater/innen kollidieren. Das Jugendamt hat vielmehr einen eigenen, originären Hilfe- und Schutzauftrag und gemäß seiner Fachlichkeit selbst verantwortete Entscheidungen zu fällen. Dies von Seiten der Gesundheitshilfe zu achten, ist ebenso Grundvoraussetzung für gelingende Kooperation, was gerade in der Zusammenarbeit mit Ärzt/inn/en nicht immer leicht zu etablieren ist. Denn wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Hilfeerfolgs ist, dass sie aufbauend auf dem Vertrauen, das ihnen entgegengebracht wird, ihren

¹⁹¹ Mörsberger, in: VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 46 (55).

Patient/inn/en Vorgaben machen dürfen. Essentieller Bestandteil des Heilungserfolgs ist, dass die Patient/inn/en den ärztlichen Ratschlägen und Verordnungen folgen.

Bringen Ärzt/inn/e/n diese **berufliche Sozialisation** in eine Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe, schicken sie Eltern mit der Erwartung auf bestimmte – quasi verschreibbare – Leistungen nach dem SGB VIII zum Jugendamt. Solche direktiven Überweisungen stoßen in der Kinder- und Jugendhilfe regelmäßig nicht nur auf Widerstand, sondern verstärken zudem – in der Regel unbewusst und nicht selten auch ungewollt – das Gefälle in der gesellschaftlichen Kompetenz- und Statuszuschreibung im Vergleich zwischen Ärzt/inn/en und Sozialarbeiter/inne/n.

Fachkräfte in Jugendämtern wiederum haben die ungleiche Außensicht häufig ebenfalls verinnerlicht, wehren sich dagegen und begeben sich mit ihrer Auflehnung nicht selten offen oder auf Umwegen selbst in die Rolle des „Schwächeren“. Statt auf Überheblichkeit mit Souveränität zu antworten, reagieren sie ihrerseits unangemessen oder fordern die Ärzt/inn/e/n – bildlich gesehen – auf, sich auf ihre Ebene hinab zu begeben. Diese Muster abzubauen und eine Kooperation aufzubauen, bei der sich die Beteiligten gegenseitig **auf Augenhöhe begegnen**, als gleichberechtigt akzeptieren und respektvoll miteinander umgehen, bedarf daher ständiger Bemühungen des Zugehens aufeinander.¹⁹²

II. Mitteilen statt melden: § 8 a SGB VIII als Modell

1. Modellcharakter des § 8 a SGB VIII

Der gesetzlich normierte Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, wie er in § 8 a SGB VIII zum 1. Oktober 2005 in das Kinder- und Jugendhilferecht Aufnahme gefunden hat, ist speziell auf die Kinder- und Jugendhilfe zugeschnitten. Er enthält mit seinem **spezifischen Präventions- und Schutzauftragscharakter**¹⁹³ jedoch auch allgemeine Grundaussagen zur Sicherung von Fachlichkeit, zeigt – gesetzlich angeordnete – Wege der Kooperation¹⁹⁴ im Kinderschutz auf und bringt eine besondere Kultur des Miteinanders unter Achtung der jeweiligen Hilfebeziehungen¹⁹⁵ zum Ausdruck. Deshalb beinhaltet er auch für die Schnittstellen der Kinder- und Jugendhilfe zur Ge-

¹⁹² Zur Kooperation als Aushandlungsprozess auf Augenhöhe *Bathke*, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 39 (43 f.).

¹⁹³ Jugendministerkonferenz FORUM Jugendhilfe 2/2006, 40 (41); *Schöne KJuG* 2007, 36 (39 f.); *ders.*, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 111 ff.

¹⁹⁴ *Meysen*, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 63 f.

¹⁹⁵ *Meysen*, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 63 (83 f.).

sundheitshilfe wichtige Parameter für gelingende Hilfe und effektiven Schutz von Kindern:¹⁹⁶

- Jede **Hilfebeziehung wird wertgeschätzt**, geachtet und die in diesem Rahmen tätigen Professionellen gleichzeitig aufgefordert, diesen Wert im Kontakt mit der Familie für die Hilfe und den Schutz der Kinder zu nutzen, statt die Verantwortung wie einen „Wanderpokal“¹⁹⁷ weiterzureichen.
- **Fachkräfte** werden mit der Gefährdungseinschätzung und in ihrer Methodenwahl **nicht allein gelassen**, sondern bekommen verlässlich – sowie verpflichtend – die benötigte Expertise an die Seite gestellt.
- Der Schutz von Kindern und Jugendlichen wird als **Gemeinschaftskunstwerk** angesehen, für das es regelmäßig keine einfachen Lösungen gibt. Vielmehr muss im komplexen Miteinander mit den Familien und den verschiedenen helfenden Stellen an einer Sicherstellung der Bedürfnisbefriedigung der Kinder gearbeitet werden.

2. Werben um die Inanspruchnahme statt Abgeben von Verantwortung

Erkennen Frauenärzt/inn/e/n, Geburtskliniken, Hebammen/Entbindungspfleger, Kinderärzt/inn/e/n etc., dass (werdende) Eltern Unterstützung für ein gesundes und entwicklungsangemessenes Aufwachsen der Kinder brauchen, stoßen sie mit dem, was sie anbieten können, relativ schnell an ihre Grenzen. Zum einen darf die konzeptionelle Identität ihrer Tätigkeit nicht vorwiegend vom Schutzauftrag her definiert, von einer weitgehenden Orientierung am Schutzauftrag überlagert und für die Beteiligten in ihrem **originären Auftrag** unkenntlich werden.¹⁹⁸ Zum anderen brauchen die Familien weitergehende Hilfen. Diese können sie häufig nur von Anderen, insbesondere nur vom Jugendamt, bekommen. Es stellt sich die Frage, wie den Familien und Kindern der Zugang eröffnet werden kann.

Die Vorgaben zur Wahrnehmung des Schutzauftrags durch Einrichtungen und Dienste in § 8 a Abs. 2 SGB VIII erkennen an, dass das Vertrauen in personalen Hilfebeziehungen funktional geschützt sein muss. Helfer/innen sind nicht befugt und schon gar

¹⁹⁶ Theissen (IKK-Nachrichten 1-2/2006, 24) bezeichnet die Einführung des § 8 a SGB VIII nicht zuletzt deshalb als „Volltreffer“.

¹⁹⁷ Gerber, Zwischen Kooperation und gemeinsamer Verantwortung, 2006, S. 6 (<http://www.kinderschutz-zentrum-kiel.de/publikationen/pp/vortrag2.pdf>).

¹⁹⁸ So auch in Bezug auf Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe Merchel/Schone Forum Erziehungshilfe 2006, 109 (111).

nicht verpflichtet, das Jugendamt regelhaft und unabhängig vom Hilfekontakt mit den Klient/inn/en über alle Vermutungen hinsichtlich potenzieller Kindeswohlgefährdung in Kenntnis zu setzen.¹⁹⁹ § 8 a SGB VIII ist von der fachliche Erkenntnis im Kinderschutz getragen,²⁰⁰ dass dann, wenn Kinder, Eltern oder andere Beteiligte im Familiensystem Vertrauen in einen nicht grenzenlos, aber doch grundsätzlich **geschützten Raum der Hilfebeziehung** haben können, die Chancen deutlich erhöht sind, dass sie sich mit ihren Problemen öffnen und helfen lassen, dass ihnen geholfen und das (potenziell) gefährdete Kind geschützt werden kann.²⁰¹

§ 8 a SGB VIII erteilt daher den Vorstellungen von der Etablierung eines „**Meldesystems**“ eine Absage.²⁰² Das Jugendamt soll gerade nicht in die Nähe einer Ermittlungsbehörde gerückt werden. Wäre dies der Fall, könnte die Hilfe anderer helfender Institutionen und Professioneller nur dann erfolgreich angeboten und möglichst zuverlässig angenommen werden, wenn damit gleichzeitig das Versprechen einer Abschottung gegenüber dem Jugendamt einher ginge. Statt für ein Miteinander zu werben, müssten sich die anderen helfenden Stellen von einer Meldebehörde Jugendamt abgrenzen, nahezu so wie die Jugendämter gegenüber der Polizei.²⁰³

Wollen sich Vertreter/innen der Gesundheitshilfe einem erkannten weitergehenden Hilfebedarf ihrer Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en annehmen, geht es für sie darum, Brücken zu bauen zu den Stellen, von denen die Familien die erforderliche Unterstützung erhalten können. Das Modell des § 8 a SGB VIII fordert dabei dazu auf, den eigenen **Hilfezugang zu nutzen, um für eine Inanspruchnahme zu werben**.²⁰⁴ Sie sollen im Zusammenhang ihrer Dienstleistungen, die aufrichtig als Unterstützung gemeint sind, für die Zusammenarbeit und aktive Mitarbeit mit dem Erziehungs-, Bildungs-, Betreuungs-, Sozial- und Gesundheitssystem motivieren.²⁰⁵

¹⁹⁹ Busch/Fieseler Jugendhilfe 2006, 327 (328 f.).

²⁰⁰ Mörsberger, in: DIJuF, Saarbrücker Memorandum, S. 83 (96 ff.)

²⁰¹ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2005, 235; Meysen/Schindler JAmt 2004, 449 (455); Münder u. a., FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 55.

²⁰² Wiesner FPR 2007, 6 (10); ders., in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 9 (18); Salgo, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 9 (24).

²⁰³ Stadt/Staatliches Schulamt/Polizeidirektion Nürnberg, Modellprojekt Kooperation Polizei – Jugendhilfe – Sozialarbeit – Schule (PJS), Band 1, S. 9; Blank/Deegener, in: DIJuF, Saarbrücker Memorandum, S. 113 (146 ff.).

²⁰⁴ Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (14); Bauer Dialog Erziehungshilfe 4/2006, 14 (17).

²⁰⁵ Greese Jugendhilfe 2007, 61.

§ 8 a SGB VIII wendet sich damit entschieden gegen eine Praxis, bei welcher lediglich der Fall gemeldet und damit abgegeben, die Verantwortung weitergereicht wird.²⁰⁶ Die Falldelegation darf nicht als Muster von Problemverlagerung, Verantwortungsbegrenzung und Selbstschutz degenieren („**aggressive Überweisung**“).²⁰⁷ Vielmehr soll den Eltern und deren Kindern möglichst eine Hilfperspektive aufgezeigt und erarbeitet werden. Dabei sollen die Helfer/innen nicht bei den eigenen Angeboten stehen bleiben. Auch die Inanspruchnahme von Leistungen, die bspw. das Jugendamt gewährt, sollen in dem eigenen Hilfeprozess mitgedacht werden.

Ob Eltern ihre **Abwehr gegenüber dem Jugendamt verringern** und die dortigen Hilfeangebote auch tatsächlich als hilfreich nachsuchen oder annehmen können, ist nicht zuletzt **beraterische Aufgabe** desjenigen/derjenigen, mit dem/der bereits ein Hilfekontakt besteht. Ziel muss sein, das Jugendamt nicht erst einzuschalten, wenn die Krise in der Familie bereits eskaliert ist und keine andere Alternative mehr besteht, als das Kind herauszunehmen. Werden die Vorbehalte gegenüber dem Jugendamt gestützt („Mit dem Jugendamt haben wir nichts zu tun.“), so mag dies zwar für den Aufbau der eigenen Vertrauensbeziehung zu den Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en hilfreich sein. Den Familien hilft dieser Solidarisierungseffekt letztlich jedoch nicht. Spitzt sich die Krise weiter zu, verwirklicht sich am Ende die Angst der Familien vor dem Jugendamt als „Kinderklaubehörde“, weil mit dem Hinzuziehen der anderen helfenden Stellen so lange zugewartet wurde, bis dem Jugendamt tatsächlich nur noch die Herausnahme des Kindes bleibt.²⁰⁸

3. **Brücken bauen: Einbeziehen weiterer Helfer/innen in laufende Hilfeprozesse**

Die zeitlichen Ressourcen von Frauenärzt/inn/e/n, Geburtskliniken oder Kinderärzt/inn/e/n für intensive Beratungsgespräche oder längerfristige Begleitung sind begrenzt.²⁰⁹ Die Eltern in den Kontakten mit ihnen zu motivieren, den Weg zum Jugendamt zu finden, dürfte mitunter auch bei noch so hoher Gesprächsführungskompetenz nicht zu realisieren sein. Die Ärzt/inn/e/n brauchen daher **niedrigschwellige Partner/innen**, die sie beim Abbau der Hemmschwellen (gegenüber dem Jugendamt) unterstützen:

²⁰⁶ Schone, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 111 (125).

²⁰⁷ Rietmann IKK-Nachrichten 1-2/2006, 29 (30 f.).

²⁰⁸ Schone/Wagenblass, Wenn Eltern psychisch krank sind, S. 149. – Zur Mitteilung an das Jugendamt gegen den Willen der Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en siehe unten S. 67.

²⁰⁹ Hierzu eingehend unten S. 89 ff. und 96 ff.

- Für Frauenärzt/inn/e/n können **Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen** wichtige Brückenbögen sein, zu denen sie den Schwangeren den Weg ebnen und die dann für die Inanspruchnahme der weitergehenden Hilfen des Jugendamts in weiterführendem Rahmen zusätzlich werben können.
- Geburtskliniken können ihren ärztlichen Einfluss und ihren Kontakt zu den Familien möglicherweise über die Zusammenarbeit mit **Hebammen/Entbindungspflegern** verlängern.²¹⁰
- Bei Kinderärzt/inn/e/n (und Frauenärzt/inn/en) bietet sich eine enge Kooperation mit **Kinderschutz- oder Erziehungsberatungsstellen** an.

Es geht nicht darum, Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en zu denunzieren und vermutete oder festgestellte Misshandlungen zu melden, sondern darum, die Situation in der Familie einer anderen Stelle, bspw. dem Jugendamt, mitzuteilen, um die Sorge um das Kind mit dieser zu teilen, um **gemeinsam hinschauen und helfen** zu können.

Dieses Verständnis von Kooperation kann auch der Landesgesetzgeber fördern und damit die Rahmenbedingungen für verbesserte Hilfestrukturen und einen effektiveren Schutz von Kindern schaffen. Beispielgebend voran geht hier der Entwurf für ein Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindesgesundheit (**Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz**). Dieses ist von diesem Gedanken getragen, transportiert ihn an verschiedenen Stellen mit gesetzlicher Verbindlichkeit²¹¹ und unterstützt das Ziel, die Handlungssicherheit über die Modalitäten der Informationsweitergabe bei (potenzieller) Kindeswohlgefährdung durch eine ausdrückliche Regelung zum Informationsfluss²¹² zu erhöhen:

„§ 12. Schweige- und Geheimhaltungspflichten, Befugnis zur Unterrichtung des Jugendamts

Werden Personen, die Schweige- oder Geheimhaltungspflichten im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuchs unterliegen, gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder einer oder eines Jugendlichen bekannt und reichen die eigenen fachlichen Mittel nicht aus, die Gefährdung abzuwenden, sollen sie bei den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme der erforderlichen weiter-

²¹⁰ Zu Grenzen und Chancen aufsuchender Begleitung durch Hebammen/Entbindungspfleger *Schneider*, in: Die Kinderschutz-Zentren, Entmutigte Familien bewegen (sich), S. 260 ff.

²¹¹ Zum KinderschutzG RP und den Entwicklungen in den anderen Ländern ausführlich unten S. 108 ff.

²¹² Für eine Verdeutlichung der Offenbarungsbefugnisse in den Berufsordnungen siehe Hamburg an Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucks. 18/2926, S. 4.

gehenden Hilfen hinwirken. Ist ein Tätigwerden dringend erforderlich, um die Gefährdung abzuwenden und sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage, hieran mitzuwirken, sind die in Satz 1 genannten Personen befugt, dem Jugendamt die vorliegenden Erkenntnisse mitzuteilen; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, damit wird der wirksame Schutz des Kindes oder der oder des Jugendlichen infrage gestellt.“

Wesentliche **Voraussetzungen eines gelingenden Brückenbaus** sind somit

- das Anerkennen der Grenzen der eigenen Hilfe,
- die Notwendigkeit, andere Stellen einzubeziehen, wenn die Hilfe für die eigenen Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en Erfolg versprechen soll und
- die Wertschätzung für das, was die anderen Stellen leisten, um bei den Eltern und ihren Kindern glaubhaft und aufrichtig für die Kontaktaufnahme werben zu können.

Für eine **tragfähige Kooperation** ist auf der einen Seite wichtig, nach einer Einbeziehung an die bisher geleisteten Hilfen anzuknüpfen und nicht einfach zu übergehen, was von anderer Seite gearbeitet wurde, um den Weg – etwa in die Beratungsstelle oder zum Jugendamt – zu bereiten. Auf der andere Seite gilt es zu respektieren, dass insbesondere das Jugendamt, wenn es einmal involviert ist, einen eigenen, gesetzlichen Schutzauftrag hat, der zwar vom Kooperationsgedanken getragen ist, aber eine Steuerung von außen nur sehr bedingt zulässt.²¹³

4. Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen

Beim Schutz von Kindern kann nicht immer abgewartet werden, bis die Eltern den Weg zur weitergehenden Hilfe (durch das Jugendamt) selbst finden. Dringlichkeit oder anhaltende Abwehr trotz erkannter gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung und ggf. trotz entsprechender „Werbung für Jugendhilfe“ können erforderlich machen, auch **gegen den Willen** der Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en das Jugendamt (oder andere Stellen) über die Wahrnehmungen betreffend die (potenzielle) Gefährdung des Kindes zu informieren.²¹⁴

²¹³ Von Pirani, in: VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 25 (31); Werner, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 129 ff.

²¹⁴ Wiesner FPR 2007, 6 (9).

§ 8 a Abs. 2 SGB VIII lehnt aber auch hier ein bloßes Abgeben von Verantwortung ab. Er fordert auch bei diesem Schritt **Transparenz gegenüber den Klient/inn/en**: In letzter Konsequenz kann die Gefährdungssituation erfordern, dass sich die Fachkraft gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen der Familie an das Jugendamt wendet.²¹⁵ Die konfrontative Offenheit gegenüber den Klient/inn/en ist deshalb so wichtig, weil eine Mitteilung an das Jugendamt den eigenen Hilfezugang verschütten und daher eine zusätzliche Gefährdung bedeuten kann. Neben den (verfassungs)rechtlichen Implikationen ihrer Notwendigkeit erscheint auch aus beraterisch-fachlicher Sicht unbedingt hilfreich und notwendig, die regelmäßig gegenüber dem Jugendamt bestehenden Vorbehalte und Ängste der Familien nicht einfach zu übergehen. Trotz aller Konflikte, die mit einer Mitteilung an das Jugendamt gegen den Willen der Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en einher gehen, hält die Transparenz die Chance für ein späteres Anknüpfen an den bisherigen Hilfekontakt aufrecht. Deshalb sollte die Familie möglichst auch erfahren, was dem Jugendamt mitgeteilt wird und möglicherweise beim Kontakt dabei sein (z. B. Initiierung des Erstkontakts zum Jugendamt bei gemeinsamem Gespräch, Anruf beim Jugendamt in Anwesenheit der Eltern).

5. Sofortiges Tätigwerden erforderlich

Eine ganz besondere Herausforderung für die Kooperationsbeziehungen im Kinderschutz stellen Situationen dar, in denen eine **akute, schwerwiegende Kindeswohlgefährdung** ein sofortiges Tätigwerden erforderlich macht. Die Erwartungshaltung, mit welcher die Informationen an die andere Stelle weitergegeben werden, sind geprägt von einem gesteigerten Handlungsdruck, der Anlass für diesen Schritt war.

Aber auch hierzu zeichnet § 8 a SGB VIII ein Bild, das **Kooperation bei gleichzeitiger Rollenklarheit** ermöglicht. Andere zur Abwendung der Gefährdung zuständige Stellen sollen „eingeschaltet“, also in ihrem Schutzauftrag aktiviert werden (§ 8 a Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Wiederum ist vorgegeben, vorher bei den Eltern darum zu werben, die Stellen selbst zu kontaktieren (§ 8 a Abs. 4 Satz 1 SGB VIII). Dabei ist transparent zu machen, welche Konsequenzen es hat, wenn die Eltern den Weg nicht selbst finden.²¹⁶

²¹⁵ Kohaupt, Expertise zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, S. 11 (www.kindeschutz.de); Schindler IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 (11); von Pirani, in: VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 25 (32).

²¹⁶ Hierzu in Bezug auf Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger siehe oben S. 50 ff.

Um in solchen **prekären Notsituationen** den eigenen Handlungsdruck nicht unnötig situationsverschärfend an die eingeschaltete Stelle weiterzugeben, bedarf es regelmäßig einer gut funktionierenden und möglichst im Vorfeld **einzelfallübergreifend koordinierten Zusammenarbeit**. Es ist erfahrungsgemäß außerordentlich hilfreich, wenn die eine Stelle weiß, was sie in solchen Situationen von der anderen an Aktivität erwarten kann.²¹⁷

III. Gefährdungseinschätzung: § 8 a SGB VIII als Modell

1. Hinzuziehen einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“

Der gesetzliche Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung schreibt vor, bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung eine Risikoeinschätzung vorzunehmen (§ 8 a Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB VIII).²¹⁸ Auch Frauenärzt/inn/e/n, Berater/innen in Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen, Geburtskliniken, Hebammen/Entbindungspfleger oder Kinderärzt/inn/e/n haben mitunter entsprechende **Wahrnehmungen**. Sie trifft zwar keine ausdrücklich gesetzliche oder vertragliche Pflicht, diesen Anhaltspunkten nachzugehen. Sollen jedoch die Bedingungen für den Schutz von Kindern verbessert werden, ist dieses Hinschauen unverzichtbar.

In der Kinder- und Jugendhilfe sollen die Fachkräfte bei ihren Einschätzungen nicht allein gelassen werden und daher ihre Wahrnehmungen **im Zusammenwirken mehrerer, „insoweit erfahrener Fachkräfte“**²¹⁹ reflektieren (§ 8 a Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Ein Standard, den die Beratungsstellen für ihre Arbeit als konstitutiv bezeichnen und der als Grundsatz bspw. bei der Erziehungsberatung (§ 28 Satz 2 SGB VIII)²²⁰ oder Schwangerschafts(konflikt)beratung (§ 9 Nr. 2 SchKG) ausdrücklich gesetzlich vorgegeben ist.

Um als kompetent/e Fachberater/in oder in ein Fachteam hinzugezogen zu werden, reicht die bloße Eigenschaft nicht aus, aufgrund persönlicher Eignung und einer der Aufgabe entsprechenden Ausbildung „Fachkraft“ zu sein (§ 72 Abs. 1 SGB VIII). Die

²¹⁷ Münder u. a., FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 54.

²¹⁸ Hierzu ISA, Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, S. 40 ff.

²¹⁹ Zur Qualifikation der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ in der Kinder- und Jugendhilfe siehe *Kohaupt*, in: ISA, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, 2006, S. 41 f.; Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin, Jugend-Rundschreiben Nr. 71/2006, S. 4; Bayerischer Landesjugendhilfeausschuss FORUM Jugendhilfe 1/2006, 31 (32).

²²⁰ Bke ZKJ 2006, 346.

institutionalisierte kollegiale Beratung qualifiziert die Risikoeinschätzung nur, wenn die hinzugezogenen Fachleute die jeweils **im Einzelfall benötigte Expertise** mitbringen.²²¹ So kann auch im Jugendamt oder bei Trägern von Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe ein Einbezug von Ärzt/inn/en, Psycholog/inn/en, Drogenberater/innen etc. angezeigt sein.²²² Selbstredend kann auch bei der Gefährdungseinschätzung im Fachteam beim Jugendamt (§ 8 a Abs. 1 S. 1 SGB VIII) nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass der bloße Status Mitarbeiter/in in den Sozialen Diensten im Jugendamt die Fachkräfte automatisch für die jeweilige Einschätzungsaufgabe im Einzelfall qualifiziert.

Notwendigerweise kommt es bei der Sicherung der Qualität durch kollegiale Beratung – neben der Diskurskultur²²³ – auf eine Einbeziehung der benötigten Spezialkenntnisse im Einzelfall an. Nicht jede **Fachkraft in den Sozialen Diensten** ist beispielsweise gleichermaßen spezialisiert für das Erkennen von gesundheitlichen Problemen im Kleinkindalter. Genausowenig ist jede/r Frauenarzt/Frauenärztin geschult im Ansprechen von Gewalt in der Familie, jede/r Hebamme/Entbindungspfleger im Thematisieren von seelischer Vernachlässigung oder jede/r Kinderarzt/Kinderärztin im Konfrontieren mit einer vermuteten Suchtproblematik der Eltern und den damit einhergehenden Versorgungsproblemen.

Die Vielgestaltigkeit der Formen und Ursachen für Kindeswohlgefährdung und die Komplexität einer Einschätzung von Erziehungskompetenz sowie der Prognose der Wirksamkeit der verschiedenen in Betracht kommenden Hilfen machen bei der Risikoabschätzung häufig ein **Hinzuziehen entsprechend spezialisierter Expert/inn/en** erforderlich. Im Einzelfall kann deshalb sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch in der Gesundheitshilfe gefordert sein, für spezielle Problemkonstellationen Fachleute anderer Fachrichtungen einzubeziehen. Entsprechende **verlässliche Fach(team)beratung** wäre als fachlicher Standard auch bei den Professionellen der Gesundheitshilfe ein wichtiger Baustein zum qualifizierten Umgang mit gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung und würde die Hemmschwellen, sich dieser anzunehmen, sicherlich zusätzlich senken helfen.

²²¹ Hierzu Gerber IKK-Nachrichten 1-2/2006, 34 (38).

²²² Harnach-Beck, in: Jans/Happe/Saubier/Maas, Kinder- und Jugendhilferecht, Stand: Jan. 2006, § 8 a Rn. 36; Krug/Grüner/Dalichau, SGB VIII, Stand: Apr. 2006, § 8 a S. 6 f.; Wiesner FPR 2007, 6 (11); ausführlich zu den Qualifizierungsanforderungen, die eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ erfüllen muss Kohaupt, in: ISA, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, S. 41 f.; Münder u. a., FK-SBG VIII, § 8 a Rn. 15; DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 295.

²²³ Hierzu Merchel Sozialmagazin 2/2007, 11 (14 ff.).

2. Zusammenführen je eigener Gefährdungseinschätzungen

Nach dem Modell des § 8 a SGB VIII nehmen sowohl Jugendamt als auch die Einrichtungen und Dienste, die mit einem Kind und/oder seinen Eltern in Kontakt stehen, eine je eigene Gefährdungseinschätzung²²⁴ vor. Jede Stelle reflektiert die Situation des Kindes und der Familie aus ihrer Perspektive und leitet hieraus für den eigenen Hilfekontext konkrete Handlungen ab.²²⁵

Ein solches paralleles Vorgehen hat seine Berechtigung. Mit jedem der verschiedenen disziplinspezifischen – und notwendig subjektabhängigen – **Deutungsprozesse** wird die fachliche Verantwortlichkeit einer Fachkraft in ihrer jeweiligen Institution bzw. in ihrem jeweiligen Arbeitskontext zugeordnet. Einheitsmeinungen darüber, ob ein Kind gefährdet ist oder nicht, gibt es dabei nicht. Graduelle und mitunter auch grundlegend unterschiedliche Einschätzungen sind angesichts der Komplexität der Konstruktion Kindeswohlgefährdung nicht zu vermeiden.²²⁶ Es entsteht ein nachhaltiger Bedarf zur Aushandlung zwischen den Beteiligten. Betroffen sind **personennahe Wertsysteme** und die jeweilige Einschätzung ist im je eigenen Handlungskontext folgenreich und relevant, so dass die Aushandlungen von hoher Dynamik und nicht selten auch Konfliktgeneigtheit gekennzeichnet sind.²²⁷

Die disziplinären und institutionellen Grenzen im Kontext Kindeswohlgefährdung zu überschreiten, fällt daher besonders schwer. Begleiterscheinungen der Annäherung sind oftmals das Festhalten an den eigenen Deutungsmustern und ein Gerangel um Kompetenzen. Jedoch erfährt die Bewertung der (potenziellen) Kindeswohlgefährdung eine Qualifizierung nicht etwa dadurch, dass einer Stelle die Meinungsführerschaft eingeräumt wird, sondern dass sich die unterschiedlichen Stellen über die Entsprechungen und Unterschiede in ihren Einschätzungen austauschen. Dies gilt in besonderem Maße, wenn fachliche Einschätzungen in der Gesundheitshilfe mit denen in der Kinder- und Jugendhilfe in einer Einzelfallkooperation – etwa anhand des Geländers, das § 8 a SGB VIII hierzu vorgibt – zusammengeführt werden. Werden die jeweiligen **systemspezifischen Kompetenzen und Vorzüge** vorurteilsfrei sowie fachgerecht in die Kooperation eingebracht und dabei die Vielfalt und Andersartigkeit er-

²²⁴ Zur Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich *Ostler/Ziegenhain*, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 67 ff.; *Fegert*, ebd., S. 195 ff. – Das Gesetz spricht tautologisch davon, das „Gefährdungsrisiko“ abzuschätzen, zur Kritik an diesem Begriff *Kindler/Lillig*, in: Jordan, Kindeswohlgefährdung, S. 85 (87 ff.).

²²⁵ Zur ärztlichen Sicht *Frank*, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 84 ff.

²²⁶ *Wolff*, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 37 (40 ff.).

²²⁷ *Rietmann* IKK-Nachrichten 1-2/2006, 29 (30 f.).

halten sowie ausgehalten, liegt darin gerade die besondere Chance zur **Qualifizierung des Hilfeprozesses**.²²⁸

IV. Chronisch kranke Eltern: Grenzen der Freiwilligkeit

1. Vernetzte Kooperation als Voraussetzung für hilfreiches Helfen

Sucht- und anderweitig **psychisch kranke Eltern** haben in besonderem Maße Angst und Scham vor einer Offenbarung ihrer Problematik, vor einem Verlust elterlicher Autonomie, davor, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden. Zu ihrer Abhängigkeit bzw. Krankheit gehören daher Geheimnisse notwendig dazu. Solche haben die Eltern nicht nur vor sich selbst, sondern auch in ihrem privaten Umfeld und nicht zuletzt den Professionellen gegenüber, die sie umgeben. Sie haben aber auch *mit* allen diesen Personen Geheimnisse. Dabei offenbaren sie jedem Einzelnen in der Regel je andere Dinge von sich. Hilfebeziehungen erscheinen damit durch das sich Anvertrauen, das sich Öffnen exklusiv, sind es auch – und wiederum doch nicht.²²⁹

Dass (sucht)kranke Eltern Geheimnisse mit ihren Helfer/inne/n haben, ist normal und gehört zur Abhängigkeits- bzw. Krankheitsstruktur. Viele dieser diversifizierten Vertraulichkeiten tun den kranken Eltern und ihren Kindern jedoch nicht gut. Professionelle stehen daher vor der Frage, ob sie dann, wenn sie die „Geheimnisse“ stützen, den Hilfeerfolg nicht gefährden, statt ihn zu befördern. **Vernetzung** als besonders enge, für die Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en nur bedingt entrinnbare Form der Kooperation ist daher zum Schutz der Kinder und einer ebenso verbindlichen wie koordinierten Hilfe für (sucht)kranke Eltern häufig unabdingbare Grundvoraussetzung.²³⁰ Es ist Teil des Hilfezugangs und des Hilfeprozesses, diese „Spielregeln“ mit den Betroffenen und allen Beteiligten zu kommunizieren.

2. Erfolgreiche Hilfe braucht Einverständnis zur Vernetzung der Helfer/innen

Bei der Hilfe für Kinder im Alter bis zu drei Jahren und ihre (sucht)kranken Eltern ist Kontrolle über eine Koordination und Vernetzung der Helfer/innen regelmäßig unver-

²²⁸ Rietmann IKK-Nachrichten 1-2/2006, 29 (32); Wolff, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 37 (47).

²²⁹ Ausführlicher zu der Problematik psychisch kranker Eltern Wagenblass, in: Kindler u. a., Handbuch Kindeswohlgefährdung, Frage 57; Schone/Wagenblass, Wenn Eltern psychisch krank sind; Meysen Kinderärztliche Praxis 77 (2006), 217 ff.

²³⁰ Franz/Jäger, in: Ziegenhain/Fegert, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 152 ff.

zichtbar – oder wie die Jurist/inn/en sich ausdrücken: *conditio sine qua non*. Spezielle **Kooperationsvereinbarungen über die Kommunikations- und Koordinationswege**, die von allen involvierten Professionellen und Institutionen unterschrieben und gelebt werden, sind wesentliche Voraussetzung für gelingende Hilfe und Schutz im Einzelfall. In diesen sind die Helfer/innen in besonderer Weise gefragt, bei den Eltern – soweit nicht vorhanden – die Bereitschaft zur Mitwirkung aufzubauen und sie zu einer Zusammenarbeit im Sinne des vereinbarten Hilfenetzwerks zu motivieren.

Rechtlich gesehen bewegt sich die Hilfe hier in aller Regel an der Schwelle der gegenwärtigen Gefahr für das Wohl des Kindes im Sinne des rechtfertigenden Notstands nach § 34 SGB VIII. Der Punkt, an dem die Gefährdung nicht anders abwendbar ist als durch **Sicherstellung eines vernetzten Informationsaustauschs** zwischen Eltern und den verschiedenen beteiligten Helfer/innen und Hilfeinstitutionen, wird bei fehlender freiwilliger Mitwirkung der Eltern im Kooperationsnetzwerk (z. B. durch entsprechende Schweigepflichtsentbindungen) häufiger überschritten.

Für die beteiligten Institutionen stellen sich daher hohe Anforderungen an die Gestaltung ihrer Interventionen und den Umgang mit den Eltern, so dass diese trotz allem Vertrauen in die unterstützende und entlastende Wirkung der Beratungs- und Hilfsangebote entwickeln und damit für die Inanspruchnahme gewonnen werden können. Die **Gewährleistung der Mitbestimmung und aktiven Beteiligung der Eltern** an der Gestaltung der Beratungs- und Hilfeprozesse und der Auswahl der geeigneten Hilfen ist mit der verbindlichen Vorgabe gekoppelt, die Angebote der Partizipation auch zu nutzen.

Meist werden den Eltern bereits in den **Erstkontakten** die Basiselemente der konkreten Erwartungen und Zielsetzungen für die Hilfe zu erklären und sie darüber zu informieren sein, welche Anforderungen aus Sicht der Professionellen zur Sicherung der Grundversorgung ihres Kindes bestehen. Sowohl Vorgehensweise in der vernetzten Kooperation und die Konsequenzen bei einer Gefährdung des Kindes werden deutlich zu vermitteln sein.

In den Hilfenetzwerken werden konkrete, möglichst schriftliche Absprachen mit den Patient/inn/en bzw. Klient/inn/en zu treffen sein, in denen diese über die Verantwortlichkeiten aufgeklärt, das weitere Vorgehen vereinbart sowie konkrete **Berichts- und Mitteilungspflichten** festgelegt werden. Den dort beschriebenen Hilfebedarf gilt es in regelmäßigem Austausch zwischen den Eltern und den Kooperationspartner/inne/n fortlaufend zu aktualisieren.

Neben der zeitnahen Zurverfügungstellung der benötigten Hilfen ist als ein weiteres wesentliches Prinzip der Kooperation im Kontext (sucht)kranker Eltern die **Transparenz**

über die jeweiligen Arbeitsansätze und Hilfeangebote zu gewährleisten – vor allem gegenüber den Eltern, aber auch den jeweils anderen Helfer/inne/n. Der persönliche Kontakt zu Eltern und Kind ist zu gewährleisten und gleichzeitig doppelte bzw. kontraindizierte Hilfen zu vermeiden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die aufeinander abgestimmten Hilfen erfordern in gesteigertem Maße klare Information für die Eltern über die an sie gestellten Anforderungen und Erwartungen.²³¹

VI. Weiterer Forschungsbedarf

In der Phase des Aufbaus von verlässlichen und vertrauensvollen Kooperationsbeziehungen zwischen Vertreter/inne/n der Gesundheits- und Jugendhilfe gilt es zunächst, dieses bereits multilaterale Beziehungsgeflecht gezielt in den Blick zu nehmen und die jeweiligen Aufgaben sowie rechtlichen Vorgaben zur Kommunikation zu beleuchten. Lebt die Praxis die Kooperation bewusst, werden zu verschiedenen Einzelaspekten der Datenerhebung und Datenübermittlung sowie der eigenen Aufgaben und Verbindlichkeit der Kooperationsbeziehungen **konkrete Fragen und Problemkonstellationen** auftauchen. Diese sind nicht nur auf den Einzelfall bezogen zu beantworten, sondern sollten in einer Gesamtschau anschließend systematisch ausgewertet und für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Im weiteren Forschungsverlauf werden zudem **einzelne spezifische Problemlagen in Familien** näher zu beleuchten sein. Insbesondere die rechtliche Betrachtung der Kooperationsbeziehungen in den besonderen Situationen von Kindern psychisch kranker Eltern²³² sowie bei massiver Kriminalität der Eltern verdienen hierbei näherer Analyse. In diesen Kontexten sind regelmäßig zusätzliche Kooperationspartner involviert. Zu untersuchen sind insbesondere die besonderen Kommunikationsbedingungen sowohl mit der Polizei und der Strafgerichtsbarkeit²³³ als auch der Erwachsenenpsychiatrie.

Auch die **Öffnung zum Familiengericht** (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII) und die besonderen Fragestellungen an die Kooperationsbeziehungen während und nach einer familiengerichtlichen Entscheidung verdienen der näheren Beleuchtung, an welcher Stelle und inwieweit sie Praxisbezug an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe erlangen.

²³¹ Für eine qualifizierte Kooperationsvereinbarung im Kontext von Drogen- oder Alkoholabhängigkeit siehe „Münchener Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen/alkoholabhängigen Eltern“, Mai 2006.

²³² Ein Problemaufriss hierzu bereits in dieser Expertise, siehe oben S. 72 ff.

²³³ Hierzu ausführlich Meysen, in: Elz, Kooperation von Jugendhilfe und Justiz bei Sexualdelikten gegen Kinder, S. 51 ff.

C. Kooperation und Zuständigkeit: Hilfe ohne Grenzen?

I. Vor der Geburt – alles anders als nach der Geburt?

Leben Eltern in prekären Lebenssituationen, ergeben sich häufig schon **während einer Schwangerschaft** gewichtige Anhaltspunkte, dass die (werdenden) Eltern ohne professionelle Unterstützung die Bedingungen für ein gesundes und entwicklungsförderndes Aufwachsen ihres Kindes nicht allein werden realisieren können. Auch hier setzt die Hilfe sinnvollerweise schon vor der Geburt an. Doch wer ist für die Zeit vor der Geburt zuständig? Welchem System weist das Gesetz entsprechende Aufgaben zu?

1. Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe?

Die **Leistungen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII** adressieren grundsätzlich nur an Kinder, Jugendliche, junge Volljährige, Eltern und andere Bezugspersonen von Kindern, nicht aber an Schwangere und Ungeborene. Hiervon macht das Gesetz nur ganz wenige ausdrückliche Ausnahmen: Schwangere können auch vor der Geburt des Kindes in einer Mutter-Kind-Einrichtung aufgenommen werden (§ 19 Abs. 1 Satz 3 SGB VIII) und die Beurkundungsstelle im Jugendamt kann vorgeburtlich bspw. die Vaterschaftsanerkennung und Abgabe einer Sorgeerklärung beurkunden (§ 59 Abs. 1 SGB VIII).

Darüber hinaus ist die **allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie** (§ 16 SGB VIII) sehr allgemein gehalten. Dies hat zur Folge, dass die Leistung einerseits in der Praxis nicht selten in Anbetracht knapper öffentlicher Kassen, wenn überhaupt, allenfalls in begrenztem Rahmen mit konkreten Angeboten einhergeht. Andererseits bietet sie aber auch Spielräume für Angebote an werdende Eltern. Junge Menschen, also Menschen, die noch nicht 27 Jahre alt sind (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII), sollen auf das Zusammenleben mit Kindern vorbereitet werden (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII). Hieraus ein allgemeines Angebot für werdende Eltern zu entwickeln, wird sich indes weniger auf das Gesetz als auf einen entsprechenden politischen Willen stützen müssen. Andererseits steht das SGB VIII vorgeburtlichen präventiven Angeboten der Beratung über Fragen der Erziehung und Entwicklung von Kindern auch nicht entgegen (vgl. § 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII).

2. Zuständigkeiten der Gesundheitsämter?

Ähnlich enthalten oder vage bleiben die Gesetze für die Gesundheitsdienste der Länder, wenn es um die Begründung von **Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesundheitsämter** zur Gewährung von Angeboten der Vorbereitung auf eine anstehende Elternschaft geht.

- In **Baden-Württemberg** informieren Gesundheitsämter behinderte und (sucht)kranke Menschen über bestehende Hilfemöglichkeiten, gewähren diese aber nicht selbst (§ 7 Abs. 2 Satz 1 ÖGDG BW). Außerdem beraten und unterstützen sie andere Stellen, die mit der Prävention befasst sind, ohne insoweit eigenständige Angebote zu machen (§ 7 Abs. 3 ÖGDG BW).
- Die **bayerischen** Gesundheitsämter haben die Aufgabe, Familienberatung und Beratung bei der Familienplanung, einschließlich der Beratung Schwangerer über Dienste und Einrichtungen zur Vermeidung, Erkennung und Beseitigung von Gesundheitsgefahren während der Schwangerschaft anzubieten (Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GDVG BY). Sucht- oder chronisch Kranke sowie Behinderte sind über bestehende Hilfeangebote zu beraten (Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 GDVG BY). Bei der Aufgabenwahrnehmung betont das Gesetz den Stellenwert der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter besonders belasteter und schutzbedürftiger Personen sowie der Förderung und des Schutzes von Kindern (Art. 13 Abs. 1 Satz 3 GDVG BY).
- In **Rheinland-Pfalz** beraten die Gesundheitsämter die für die Prävention zuständigen Stellen zu Fragen der körperlichen und seelischen Gesundheit, der Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung sowie über Maßnahmen zur Versorgung und Rehabilitation chronisch Kranker (§ 5 Abs. 2 Satz 2 ÖGDG RP). Für Personen, die Leistungen anderer für die Gesundheitsversorgung zuständiger Stellen nicht in Anspruch nehmen, führen Gesundheitsämter die Präventionsmaßnahmen selbst durch und gewähren aufsuchende Gesundheitshilfe (§ 5 Abs. 3 Satz 1 ÖGDG RP).
- In **Thüringen** haben die Gesundheitsämter die ausdrücklich zugewiesene Aufgabe, Frauen in der Schwangerschaft zu beraten (§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VO TH).

Eine originäre Zuständigkeit der Gesundheitsämter, sich werdenden Müttern (nicht aber werdenden Vätern) mit verlässlichen Hilfeangeboten anzunehmen, ergibt sich nur in Thüringen. Baden-württembergische und bayerische Gesundheitsämter beraten nur über die (vorhandenen) Angebote anderer Stellen, ohne diese selbst anzubieten. In Rheinland-Pfalz besteht die Pflicht, Schwangere dann aufzusuchen, wenn sie die Angebote zur Gesundheitsvorsorge nicht selbst in Anspruch nehmen wollen oder können. Die Gesetze verpflichten folglich die Gesundheitsämter nicht oder nur

bedingt, spezifische Hilfeangebote für werdende Eltern in prekären Lebenssituationen zu machen.

3. Aufgaben der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Eine **eindeutige Aufgaben- und Zuständigkeitszuweisung** enthält das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG). Jede Frau und jeder Mann hat danach Anspruch auf Beratung in allen eine Schwangerschaft unmittelbar und mittelbar berührenden Fragen (§ 2 Abs. 1 SchKG). Mitumfasst von der Beratung sind Informationen über „soziale und wirtschaftliche Hilfen, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfen bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt“ sowie über „Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft“ (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und 7 SchKG).

Das Gesetz weist den Ländern die Pflicht zu, ein ausreichendes Angebot wohnortnaher Beratungsstellen für diese Angebote sicherzustellen, dabei auch Beratungsstellen freier Träger zu fördern, damit die Ratsuchenden nicht zuletzt zwischen Beratungsstellen unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung wählen können (§ 3 SchKG).

4. Landesaufgabe an der Schnittstelle zu kommunalen Aufgaben

Die Sicherstellung ausreichender Angebote der Beratung und Unterstützung von werdenden Eltern in prekären Lebenssituationen begegnet bei der Umsetzung vor Ort der Schwierigkeit geteilter **Zuständigkeiten und Finanzierungsverantwortung zwischen Land und Kommune**. Primär zuständig ist das Land, das über Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen die bestehenden Hilfebedarfe befriedigen soll (§ 2 SchKG). In Thüringen besteht zusätzlich eine positive Konkurrenz zwischen den Angeboten nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz und den Beratungsangeboten der Gesundheitsämter an Schwangere (§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VO TH).

Flankierend zu diesen gesetzlich eindeutig definierten Hilfen können die Kommunen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe bspw. Elternschulen oder andere Angebote der (vorgeburtlichen) Förderung der Erziehung in der Familie machen (§ 16 SGB VIII). Die – ebenfalls kommunalen – Gesundheitsämter sind insbesondere gefragt, die werdenden Eltern über die bestehenden Hilfemöglichkeiten zu beraten und auf die zuständigen Stellen hinzuwirken, solche zur Verfügung zu stellen.

Um **reibungslose Übergänge** in die Hilfen nach der Geburt und eine **sich ergänzende Angebotspalette** zu sichern, bedürfen die Beratungs- und Elternbildungsangebote

der Koordination. Kommunalpolitische Entscheidungen und Planungen werden hierbei anzuknüpfen haben an die Beratungs- und Unterstützungsangebote für werdende Eltern, für die das Land die Finanzierungsverantwortung zu tragen und tatsächlich übernommen hat.

II. Örtliche Zuständigkeit

1. Jugendämter und Gesundheitsämter

Für die **Jugendämter** bestimmt die Vorschrift des § 69 Abs. 1 SGB VIII, dass die Aufgaben der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe von den Kreisen und kreisfreien Städten wahrgenommen werden (§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII). Landesrecht kann zudem regeln, dass auch kreisangehörige Gemeinden auf Antrag zu örtlichen Trägern bestimmt werden können, wenn ihre Leistungsfähigkeit zur Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB VIII gewährleistet ist (§ 69 Abs. 2 SGB VIII).

Die somit den Kommunen übertragenen Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendhilfe gehören als Angelegenheiten der öffentlichen Fürsorge zum traditionellen Bereich der **kommunalen Selbstverwaltung**.²³⁴ Nach Art. 28 Abs. 2 GG bedeutet dies, dass die Gemeinden und Gemeindeverbände das Recht haben, diese Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft in eigener Verantwortung zu regeln. Die Arbeit der Jugendämter ist daher nicht nur durch die rechtlichen Vorgaben, sondern auch entscheidend von den jeweiligen organisatorischen, personellen und finanziellen Entscheidungen der einzelnen Kommunen geprägt.

In den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz bzw. in der entsprechenden Verordnung Thüringens finden sich bezüglich der Bestimmung des zuständigen örtlichen Trägers für die **Gesundheitsämter** folgende Regelungen:

- In **Baden-Württemberg** gelten als Gesundheitsämter die unteren Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und den Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn. In Stadtkreisen, in denen Landratsämter ihren Sitz haben, sind diese ebenfalls für die Aufgaben des Gesundheitsamtes zuständig.²³⁵
- Auch in **Bayern** sind die Landratsämter als untere Behörden für die Aufgaben des Gesundheitsamtes zuständig.²³⁶ Soweit einer kreisfreien Gemeinde nicht durch

²³⁴ Wiesner, in: ders., SGB VIII, § 69 Rn. 14; W. Schellhorn, in: Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII, § 69 Rn. 7.

²³⁵ § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 ÖGDG BW.

²³⁶ Art. 3 Abs. 1 Nr. 3 GDVG BY.

Rechtsvorschrift die Aufgaben und Befugnisse als untere Gesundheitsbehörde übertragen wurde, soll durch Rechtsverordnung eine für das Gemeindegebiet zuständige staatliche Behörde bestimmt werden.²³⁷

- Für die **rheinland-pfälzischen** Gesundheitsämter wird ausdrücklich bestimmt, dass sich die örtliche Zuständigkeit der Kreisverwaltungen als untere Gesundheitsbehörden auch auf das Gebiet der kreisfreien Städte erstreckt.²³⁸
- In **Thüringen** sind Gesundheitsämter als untere Verwaltungsbehörden nur bei den Kreisverwaltungen zu finden.²³⁹

Grundsätzlich sind somit die Landkreise für die Aufgabenerfüllung der unteren Gesundheitsbehörden zuständig. Kreisfreie Städte bzw. Gemeinden haben nur ausnahmsweise ein eigenes Gesundheitsamt; für sie ist ansonsten das Gesundheitsamt im Landkreis zuständig.

Die Aufgaben der **Gesundheitsämter** nehmen die Kommunalverwaltungen als sog. **Auftragsangelegenheiten** für die Länder wahr.²⁴⁰ Die Gewährleistung der Aufgabenerfüllung der Gesundheitsämter obliegt in den Landkreisen demnach dem/der Landrat/Landrätin.²⁴¹ Der/Die Landrat/Landrätin ist für die Personalentscheidungen zuständig, bestimmt die finanzielle Ausstattung der Gesundheitsämter und legt die Schwerpunkte der Aufgabenerfüllung fest. Die Länder sind dafür verantwortlich, die Kreisverwaltungen für diese Aufgabenerfüllung mit den dafür notwendigen Mitteln auszustatten²⁴² und üben die Fach- und Rechtsaufsicht aus.

Wollen somit in einer (kreisfreien) Stadt Jugend- und Gesundheitshilfe kooperieren, so können Jugend- und Gesundheitsamt **unterschiedliche örtlich zuständige Träger** haben – in Rheinland-Pfalz sowie Thüringen ist dies immer der Fall und in Baden-Württemberg sowie Bayern möglich.

Haben (werdende) Eltern ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einer kreisfreien Stadt bzw. Gemeinde, kann dies zur Folge haben, dass für die gleiche Familie einerseits das Jugendamt der Stadt, hingegen das Gesundheitsamt des jeweiligen Landkreises zuständig ist. Für die Eltern kann diese **Aufsplitterung** mit zusätzlichem Aufwand und

²³⁷ Art. 4 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 GDVG BY.

²³⁸ § 2 Abs. 1 Satz 2 ÖGDG RP.

²³⁹ § 2 Abs. 1 Satz 1 VO TH.

²⁴⁰ § 1 Satz 1 Nr. 3 ÖGDG BW i. V. m. § 1 Abs. 3 Satz 2 LKrO BW; Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GDVG BY; § 2 Abs. 1 Nr. 3 Halbs. 2 ÖGDG RP; § 2 Abs. 1 und 2 VO TH.

²⁴¹ § 42 Abs. 3 Satz 1 LKrO BW; Art. 37 Abs. 6 LKrO BY; § 41 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 i. V. m. § 2 LKrO RP; § 107 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KrO TH.

²⁴² § 2 Abs. 3 Satz 2 und 3 LKrO BW; Art. 6 Abs. 4 LKrO BY; § 2 Abs. 6 Satz 2 LKrO RP; § 88 Abs. 2 KrO TH.

Komplikationen auf dem Weg zum richtigen Ansprechpartner für die von ihnen gesuchte/n Hilfe/n verbunden sein.

Vor allen Dingen ergibt sich aber aus der divergierenden Zuordnung der Aufgabenverantwortung **zusätzlicher Koordinationsbedarf**. Das Konzept für einen guten Start ins Kinderleben für ein Stadtgebiet bedarf der Abstimmung mit dem/der Landrat/Landrätin des angrenzenden bzw. die (kreisfreie) Stadt umgebenden Landkreises. Soll das Gesundheitsamt in dem Hilfenetzwerk der frühen Hilfen bestimmte koordinierende Funktionen oder Hilfeaufgaben übernehmen, kann die Stadt nicht selbst die notwendigen personellen, organisatorischen und finanziellen Entscheidungen treffen, sondern ist darauf angewiesen, dass der/die Landrat/Landrätin „zugunsten“ der Stadt die notwendigen Vorkehrungen trifft und Ressourcen zur Verfügung stellt. Die Länder können dem/der Landrat/Landrätin die Entscheidungen dabei erleichtern, indem sie die intendierten Kooperationsbemühungen der Gesundheitsämter durch die Bereitstellung zusätzlicher Mittel unterstützen. Auch können sie den Landrät/in/en im Wege der Fachaufsicht entsprechende Vorgaben machen bzw. Weisungen erteilen.

2. Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe

Das Erbringen von Leistungen nach dem SGB VIII durch Träger der freien Jugendhilfe oder privatgewerbliche Anbieter bzw. Träger ist – aus rechtlicher Sicht – an **keine Zuständigkeitsgrenzen** gebunden. Einrichtungen und Dienste können dort ihre Hilfen anbieten, wo sie dies für richtig halten. Sie können somit über die Grenzen der örtlichen Zuständigkeit einzelner Jugendämter hinaus Leistungen für Kinder und deren Eltern erbringen.

Faktisch werden sie dies jedoch nur tun, wenn sie vom für die Leistungsgewährung zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe eine hinreichende Förderung bzw. ein entsprechendes Leistungsentgelt erhalten (§§ 74, 77, 78 b SGB VIII) oder wenn sie von Zuwendungen des örtlichen Jugendhilfeträgers unabhängig sind, etwa weil die **Finanzierung** durch den (kirchlichen) Träger übernommen wird oder mithilfe von Zuwendungen des Landes, Kostenbeiträgen und/oder Spendengeldern gesichert ist.

Bei der Kooperation im Kontext früher Hilfen bilden die beteiligten Protagonist/inn/en aus Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitshilfe hingegen üblicher- und sinnvollerweise für jeden örtlichen Jugendamtsbezirk einen eigenen „**runden Tisch**“. Für Einrichtungen und Dienste, die über die gebietskörperschaftlichen Grenzen einzelner Träger der öffentlichen Jugendhilfe hinaus Leistungen erbringen, ergibt sich somit regelmäßig die Notwendigkeit der Teilnahme an mehreren örtlichen Arbeitskreisen –

mit allen damit verbundenen Konsequenzen für den Personal- und Ressourceneinsatz sowie die möglicherweise divergierenden fachlichen Anforderungen.

3. **Ärzt/inn/e/n, Hebammen, Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen**

Grundsätzlich besteht für den/die Patient/in die freie Wahl, sich für den/die Ärzt/in, Hebamme/Entbindungspfleger oder auch die Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle seines/ihrer Vertrauens zu entscheiden. Eine für die Adressat/inn/en verbindliche örtliche Zuständigkeit ist somit nicht vorgegeben. Für die einzelnen Berufsgruppen bestehen allerdings hinsichtlich dieses Grundsatzes einige Besonderheiten:

- Die **freie Arztwahl** beschränkt sich für die gesetzlich versicherten Patient/inn/en auf die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen (z. B. Sozialpädiatrische Zentren) sowie die übrigen in § 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Ärzte (Psychotherapeuten), Einrichtungen und Krankenhäuser.²⁴³
- Wird von einer Patientin nicht die **nächstwohnende Hebamme** in Anspruch genommen, kann nach der – derzeit noch gültigen²⁴⁴ - Hebammengebührenverordnung (HebGV) die Zahlung des dadurch zusätzlich entstehenden Mehrbetrags an Wegegeld von der Krankenkasse abgelehnt werden, wenn der Weg mehr als 20 km länger ist. In großen und dünnbesiedelten Landkreisen kann sich die grundsätzlich bestehende Wahlfreiheit hinsichtlich der Hebamme²⁴⁵ dadurch erheblich einschränken.
- Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich von einer anerkannten **Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle** informieren und beraten zu lassen (§ 2 Abs. 1 SchKG). Zusammen mit den jeweiligen Ausführungsgesetzen zum SchKG der einzelnen Bundesländer²⁴⁶ ist erkennbar, dass diese Wahlfreiheit von den Ländern durch ein **ausreichendes plurales und wohnortnahes Beratungsangebot** sicherzustellen ist, wobei die Inanspruchnahme der Beratung gerade nicht an den Wohnort gebunden ist.²⁴⁷

²⁴³ Klückmann, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Feb. 1999, § 76 Rn. 9.

²⁴⁴ Hierzu unten S. 96 ff.

²⁴⁵ Diefenbacher, Praxisratgeber Recht für Hebammen, S. 132.

²⁴⁶ Baden-Württemberg: Gesetz zur Ausführung des SchKG vom 23. Mai 2007; Bayern: Gesetz über die Schwangerenberatung vom 9. August 1996 (SchwBerG BY); Rheinland-Pfalz: Landesgesetz zur Ausführung des SchKG und anderer Gesetze vom 14. März 2005; Thüringen: Gesetz zur Ausführung des SchKG vom 16. Dezember 2005.

²⁴⁷ Insofern ausdrücklich klarstellend Art. 2 Abs. 2 Satz 1 SchwBerG BY.

III. Frühe Förderung und Frühförderung

Die beiden Begrifflichkeiten frühe Förderung und Frühförderung werden oftmals in einer vermeintlich synonymen Weise verwandt. Sie weisen jedoch hinsichtlich ihrer Zielgruppen sowie der inhaltlichen Ausgestaltung bedeutsame Unterschiede auf.

Hilfen der **frühen Förderung** sind gesetzlich nicht definiert. Mit dem Begriff werden daher in einem untechnischen Sinne die verschiedenen „frühen Hilfen“ der unterschiedlichen Systeme für Kinder und ihre Familien zusammengefasst.²⁴⁸ Im Gesetz taucht die Förderung im frühkindlichen Bereich ohne den Zusatz „früh“ auf als Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege (§§ 22 ff. SGB VIII) oder als Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII). Aber auch die Befriedigung eines erzieherischen Bedarfs mit Hilfen zur Erziehung i. S. d. §§ 27 ff. SGB VIII oder die Frühförderung als Eingliederungshilfe wegen einer Behinderung des Kindes (§ 35 a SGB VIII, §§ 53 f. SGB XII) kann eine frühe Hilfe sein. Diese Hilfen reagieren auf einen erzieherischen Bedarf der Eltern und/oder Förderungsbedarf des Säuglings oder Kleinkindes.

Frühförderung ist hingegen ein gesetzlich ausdrücklich definierter Begriff. Mit ihm beschreibt das Rehabilitationsrecht exklusiv den Leistungskomplex der Hilfen für Kinder mit einer (drohenden) Behinderung, die in der Zeit von der Geburt bis zum Schuleintritt gewährt werden (§ 26 Abs. 2 Nr. 2, § 30 SGB IX). Zum frühestmöglichen Zeitpunkt soll hiernach der besondere Förderbedarf behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder erkannt und ihnen durch ein entsprechendes therapeutisches und pädagogisches Förderangebot in den ersten Lebensjahren die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden.²⁴⁹ Die Frühförderung soll als sog. Komplexleistung erbracht werden (§ 30 Abs. 1 Satz 2, § 56 SGB IX), d. h., Ärzte, medizinisch-therapeutische Berufsgruppen, Psychologen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen u. a. sollen ihre Leistungen in aufeinander abgestimmter Weise erbringen.²⁵⁰

Nachdem die Bemühungen um eine gemeinsame Empfehlung der beteiligten Rehabilitationsträger zur Frühförderung gescheitert sind, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung 2003 auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 32 SGB IX mit Zustimmung des Bundesrats die **Frühförderungsverordnung** (FrühV) erlassen. Diese bestimmt in § 1, dass die Leistungen der Früherkennung und

²⁴⁸ Siehe etwa *Kindler/Sann* KJuG 2007, 42 („Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung“); VfK, *Frühe Intervention und Hilfe*, 2006.

²⁴⁹ *Brodkorb*, in: Hauck/Noftz, SGB IX, Stand: Dez. 2004, § 30 Rn. 8.

²⁵⁰ Zu den daraus folgenden Finanzierungsschwierigkeiten siehe unten S. 88 f.

Frühförderung ausschließlich durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren erbracht werden.

Für die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30 Abs. 1 SGB IX i. V. m. § 5 FrühV) sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung als Rehabilitationsträger zuständig (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 5 Nr. 1 SGB IX). Für die nicht-ärztlichen Leistungen nach § 30 Abs. 2 SGB IX besteht grundsätzlich eine **geteilte Zuständigkeit**: Für die Kinder mit einer seelischen Behinderung bzw. diejenigen, die von einer solchen bedroht sind, ist die Kinder- und Jugendhilfe zuständig, für die Kinder, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, besteht hingegen eine Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers (§ 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII). Da insbesondere in den ersten Lebensjahren schwer feststellbar ist, ob ein Entwicklungsrückstand auf eine geistige, seelische oder körperliche Behinderung zurückzuführen ist, verzichten die bei der Frühförderung zusammenwirkenden Institutionen jedoch ganz bewusst auf eine Zuordnung zu einer bestimmten Behindertenart.²⁵¹ In § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII wird daher den Ländern die Regelungsmöglichkeit eingeräumt, Leistungen der Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig einem anderen Leistungsträger als der Kinder- und Jugendhilfe zuzuweisen. Auch die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen haben von dieser bundesgesetzlichen Ermächtigung Gebrauch gemacht und die Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung den Sozialhilfeträgern zugewiesen (§ 29 Abs. 2 LKJHG BW; Art. 64 Abs. 2 AGSG BY; § 26 KJHGAG TH).

In Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen besteht zudem die Besonderheit, dass **sonderpädagogische Frühförderung auch an den Förderschulen** angeboten wird, die sich von den Landesgesetzgebern offensichtlich (zumindest zum Teil²⁵²) auch als Bestandteil der Frühförderung i. S. d. § 30 SGB IX verstanden wissen will.²⁵³ Diese schulischen Förderschulangebote unterfallen dabei nicht dem Anwendungsbereich der Frühförderungsverordnung, denn sie werden nicht von interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3 FrühV) oder sozialpädiatrischen Zentren (§ 4 FrühV) erbracht. Bspw. wurden auch Kindergärten und ähnliche Sondereinrichtungen, anders als von kommunaler Seite gefordert, bewusst nicht in die FrühV aufgenommen.²⁵⁴ Die Verordnungs-

²⁵¹ W. Schellhorn, in: Schellhorn/Fischer/Mann, SGB VIII, § 10 Rn. 38; Münder u. a., FK-SBG VIII, § 10 Rn. 52.

²⁵² So wird z. B. in Art. 64 Abs. 2 AGSG BY und § 26 KJHGAG TH ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei Maßnahmen der Frühförderung schulrechtliche Bestimmungen ebenso Anwendung finden.

²⁵³ § 15 SchulG BW i. V. m. Verwaltungsvorschrift vom 24. Dezember 1986; Art. 22 SchulG BY; § 9 FörderschulG TH.

²⁵⁴ Breitkopf, Praxiskommentar zum SGB IX, § 30 Abschn. 10 b.

begründung lässt erkennen, dass diese gerade nicht in den Anwendungsbereich des § 3 FrühV fallen sollen.²⁵⁵

Nichts anderes kann letztlich für Sonderschuleinrichtungen gelten. Der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule – auch der Sonderschule – beginnt grundsätzlich erst nach der Phase, für die die Frühförderung vorgesehen ist. Dementsprechend sind auch die Sonderschulpädagog/inn/en nicht (oder nur bedingt) dafür ausgebildet, auf den spezifischen Hilfe- und Förderungsbedarf von Kindern ab der Geburt bis zum Schuleintritt einzugehen. Die **zusätzliche Zuständigkeit der Schulverwaltung** für Kinder im frühkindlichen Bereich bis zum Alter von drei Jahren in Baden-Württemberg bringt somit einen weiteren, im Kontext der frühen Hilfen eher (fach)fremden Kooperationspartner ins Spiel. Als Ergänzungsangebot zu den sonstigen Frühförderungsmaßnahmen – insbesondere wie in Bayern und Thüringen ab dem dritten Lebensjahr – erscheint diese zusätzliche Zuständigkeit für Kinder mit Behinderungen zur Gestaltung des Übergangs in die Schule jedoch durchaus sinnvoll und hilfreich.

IV. Zuständigkeit als Grenze des freien Zugangs zu Leistungen

Die Bestimmung der sachlichen und/oder örtlichen Zuständigkeit ist Grundvoraussetzung für eine **klare gesetzliche Verantwortungszuweisung**. In der Praxis führen Zuständigkeitsstreitigkeiten jedoch nicht selten zu negativen Kompetenzkonflikten zulasten der Leistungsberechtigten.²⁵⁶ Jede (öffentliche) Stelle prüft, ob sie tatsächlich – oder vielleicht doch nicht – zuständig ist. Wenn jedoch Eltern und Kindern in (hoch) belasteten Lebenssituationen zwischen Jugendämtern, Gesundheitsämtern, Krankenversicherungen, Sozialämtern oder der Schulverwaltung hin und her verwiesen, wird deutlich, wie sehr es gilt, genau dieses zu vermeiden.

Fehlende Parallelität bei der Zuweisung von örtlicher Zuständigkeit (z. B. bei Jugend- und Gesundheitsämtern), gedoppelte Zuständigkeiten (z. B. frühe Förderung durch Sonderschuleinrichtungen in Baden-Württemberg) oder die Leistungserbringung über örtliche Zuständigkeitsgrenzen von Jugend- und Gesundheitsämtern hinaus (z. B. durch Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, Schwangerschafts[konflikt]beratungsstellen oder Vertreter/inne/n der Gesundheitshilfe) machen einen geschärften Blick darauf notwendig, wie für Eltern und Kinder in (hoch) belasteten Lebenslagen **trotz disparater Zuständigkeiten frühzeitig der freie Zugang zu den benötigten Hilfen eröffnet** werden kann.

²⁵⁵ BR-Drucks. 205/03, S. 9.

²⁵⁶ Hierzu eingehend Meysen, in: Münder/Wiesner, Handbuch Kinder- und Jugendhilferecht, Kap. 2.2 Rn. 1 ff.

Für einen effektiven Schutz von Kindern bedarf es daher einer einzelfallübergreifenden und für alle Beteiligten **transparenten Klärung**, zu was die einzelnen Institutionen und Helfer/innen im Rahmen des Hilfenetzwerks verpflichtet sind und was sie bereit sind, in die Kooperation einzubringen – und was nicht. Nur so kann der für die frühen Hilfen konstitutive, möglichst unbürokratische und frühzeitige Einstieg in Hilfeprozesse erreicht werden.

D. Finanzierbarkeit kooperativen Kinderschutzes

I. Jugendämter

Kinderschutz in der Kinder- und Jugendhilfe kostet Geld.²⁵⁷ Die Finanzierungsverantwortung tragen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen ihrer **Gesamtverantwortung** für die Erfüllung der Aufgaben des Kinder- und Jugendhilferechts (§ 79 SGB VIII):

„(1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch die Gesamtverantwortung einschließlich der Planungsverantwortung.

(2) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen gewährleisten, dass die zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlichen und geeigneten Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen den verschiedenen Grundrichtungen der Erziehung entsprechend rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen; (...)

(3) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben für eine ausreichende Ausstattung der Jugendämter und der Landesjugendämter zu sorgen; hierzu gehört auch eine dem Bedarf entsprechende Zahl von Fachkräften.“

Örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die Kreise und kreisfreien Städte (§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII). Landesrecht regelt, wer überörtlicher Träger ist. In Baden-Württemberg ist dies ein kommunal verfasstes Landesjugendamt (§§ 2, 3 Abs. 2 Jugend- und SozialverbandsG), in Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen ein Landesjugendamt als nachgeordnete Landesbehörde (§ Art. 25 f. AGSG BY; § 7 AGKJHG RP; § 6 AGKJH TH).

Die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe sind – mit Ausnahme der Vormundschaft, Beistandschaft und Beurkundung sowie der Aufgaben der überörtlichen Träger – **kommunale Selbstverwaltungsaufgaben** (Art. 28 Abs. 2 Satz 1 GG).²⁵⁸ Somit liegen Organisations-, Personal- und Finanzierungshoheit bei den Kommunen.

Eine **Beteiligung des Landes an der Finanzierung** von einzelnen Leistungen bzw. Einrichtungen und Diensten bleibt unbenommen und wird von den Ländern ebenso zahlreich wie in unterschiedlicher Weise praktiziert.

²⁵⁷ Pothmann/Schilling KOMDAT Sonderausgabe Okt. 2006, 5.

²⁵⁸ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2005, 290 (291) m. w. Nachw.

II. Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe kommen ihrer Gesamtverantwortung für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB VIII (§ 79 SGB VIII) durch eine Einbeziehung von Trägern der freien Jugendhilfe oder privatgewerblichen Anbietern in die Leistungserbringung nach. Im Wege **partnerschaftlicher Zusammenarbeit** (§ 4 SGB VIII) erarbeiten die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die nichtöffentlichen Leistungserbringer ein örtliches Konzept zur Sicherung eines bedarfsgerechten und bedarfsangemessenen Angebots. Im **Jugendhilfeausschuss** entscheiden sie auch als Teil des zweigliedrigen Jugendamts gemeinsam über die Jugendhilfeplanung (§ 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII) sowie über die Förderung der freien Jugendhilfe (§ 71 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII).

Die betreffenden Einrichtungen und Dienste werden durch die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe je nach Leistungsart über eine **Förderung nach § 74 SGB VIII** oder über **Leistungsentgelte nach § 78 b SGB VIII** (mit)finanziert. Die Höhe der einzelnen Leistung ergibt sich bei der Förderung nach § 74 SGB VIII aufgrund individueller Vereinbarung (§ 77 SGB VIII). Bei Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarung nach §§ 78 a ff. SGB VIII gibt das Gesetz lediglich vor, dass die Entgelte „leistungsgerecht“ sein müssen (§ 78 c Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Grundlage sind die in der Leistungs- und Qualitätsentwicklungsvereinbarung festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale. Eine Erhöhung der Vergütung wegen Investitionen bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe (§ 78 c Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). In Streit- und Konfliktfällen über die Leistungsgerechtigkeit der Leistungsentgelte kann eine Schiedsstelle angerufen werden, wenn innerhalb von sechs Wochen keine Vereinbarung zustande kommt (§ 78 g Abs. 2 SGB VIII).

Bei der Förderung werden **Eigenmittel der Träger** von Einrichtungen und Diensten, deren Anteil je nach Finanzkraft und sonstigen Verhältnisse individuell zu vereinbaren sind (§ 74 Abs. 3 Satz 3 SGB VIII), angerechnet. Im Rahmen der Vergütung aufgrund von Entgeltvereinbarungen wird die (Mit-)Finanzierung aus öffentlichen Mitteln, insbesondere durch direkte oder indirekte **Landesförderung**, berücksichtigt (§ 78 c Abs. 2 Satz 4 SGB VIII).²⁵⁹

Da die frühen Hilfe für einen guten Start ins Kinderleben die belasteten Familien möglichst frühzeitig erreichen sollen und der Zugang dementsprechend, so gut es geht, erleichtert werden soll, dürfte bei der Finanzierung die Möglichkeit einer **niedrigschwelligen Inanspruchnahme** zuzulassen sein (vgl. § 36 a Abs. 2 SGB VIII). In den

²⁵⁹ Zu Möglichkeiten und Grenzen der Mischfinanzierung Münder u. a., FK-SBG VIII, § 78 c Rn. 17 f.

Vereinbarungen zwischen den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und den Leistungserbringern kann der Einrichtung oder dem Dienst die eigenständige Prüfung der Leistungsvoraussetzungen überlassen werden – ggf. anhand vertraglich festgelegter Kriterien – und kann die **Kostenübernahme** für die Leistungen vorab durch pauschale Finanzierung der Einrichtung oder des Dienstes, durch fest vereinbarte Vergütung bei nachträglicher Einzelabrechnung oder durch eine Kombination von beidem gesichert werden.²⁶⁰

III. Gesundheitsämter

Ob und ggf. wie die Gesundheitsämter ihrer gesetzlichen Aufgabe nachkommen, mit anderen mit der Gesundheitsförderung befassten Stellen im Kinderschutz zusammenzuwirken, hängt aufgrund der sehr offen gehaltenen, an allgemeine Zielvorgaben erinnernden Aufgabenkataloge weitgehend an den politisch motivierten Entscheidungen eines jeden Landkreises.²⁶¹ Je nachdem, ob und wie viele Personalstellen und sonstige Finanzplanungen für die Wahrnehmung dieser Aufgabe/n vorgesehen sind, wird die Teilnahme an Runden Tischen, fallübergreifenden Arbeitskreisen, aber auch die Übernahme von verantwortlichen Unterstützungs- und Steuerungsfunktionen gefördert,²⁶² erschwert oder aber unmöglich gemacht.

IV. Frühförderstellen

Nach § 30 Abs. 2 SGB IX umfasst die **Frühförderung in den Frühförderstellen** nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Die therapeutischen Maßnahmen sind in § 5 Abs. 1 Nr. 3 FrühV aufgeführt und umfassen insbesondere Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Beschäftigungstherapie etc.). Die Beratung der Erziehungsberechtigten ist in § 5 Abs. 2 FrühV konkretisiert und beinhaltet u. a. die Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans, den Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen, die Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des All-

²⁶⁰ Hierzu *Münder* u. a., FK-SBG VIII, § 36 a Rn. 34 ff., *Wiesner*, in: ders., SGB VIII, § 36 a Rn. 41.

²⁶¹ Zur örtlichen Zuständigkeit für die Gesundheitsämter siehe oben S. 78 f.

²⁶² Beispielhaft hierzu etwa das Konzept der Stadt Düsseldorf, siehe *Lukaczyk/Pöllen*, in: *Ziegenhain/Fegert*, Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 161 (164 ff.).

tags, Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behindervorgabe oder auch die Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

In § 2 Satz 3, § 5 Abs. 3 FrühV ist vorgesehen, dass durch **Landesrahmenempfehlungen** und weitergehende Vereinbarungen auf Landesebene Konkretisierungen zu treffen sind. Auf kommunaler Ebene sind diese landesweit verbindlichen Vorgaben in Leistungsvereinbarungen zwischen den Vereinbarungspartnern vor Ort zu konkretisieren (§ 9 FrühV).²⁶³ Bislang haben in den vier Projekt-Bundesländern nur die kommunalen Spitzenverbände in Bayern²⁶⁴ mit den Leistungsträgern Landesrahmenempfehlungen nach § 2 Satz 3 FrühV beschlossen. In diesen sind einzelne Regelungen zu Entgeltsätzen, Finanzierung der Leistungen sowie die Vergütung nach Maßgabe der jeweiligen leistungsrechtlichen Grundlagen enthalten. In den Ländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Thüringen verhandeln die Leistungsträger derzeit noch.²⁶⁵

Letztlich müssen sich die beteiligten Sozialleistungsträger (Krankenkassen und Träger der Sozialhilfe) auf örtlicher Ebene über die Kostenteilung verständigen. Nach Aussage der Bundesregierung stehen diese jedoch vor der Schwierigkeit, aufgrund schlechter Datenlage zu den **Leistungs- und Vergütungsstrukturen** festzustellen, welche der in den Einrichtungen erbrachten Leistungen der Komplexleistung Frühförderung und wie diese Leistungen den jeweiligen Sozialleistungsträgern zuzurechnen sind.²⁶⁶ Von daher beabsichtigt die Bundesregierung ein Forschungsvorhaben durchzuführen, dass durch eine Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen einen Beitrag zur Versachlichung der Verhandlungen leisten und damit die Umsetzung der bundesgesetzlichen Regelungen befördern soll.²⁶⁷

V. Gynäkologie und Pädiatrie

1. Allgemeines

Werden bei Patient/inn/en der gesetzlichen Krankenversicherung ambulante medizinische Leistungen erbracht, erfolgt die Abrechnung weder direkt zwischen dem/der Arzt/Ärztin und Patient/in noch zwischen dem/der Arzt/Ärztin und der Krankenkasse

²⁶³ Breitkopf/Sommer NDV 2004, 24 (25).

²⁶⁴ Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006.

²⁶⁵ So die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Frühförderung von Kindern mit Behinderung“ vom 10. August 2006, BT-Drucks. 16/2383, S. 2.

²⁶⁶ BT-Drucks. 16/2383, S. 3.

²⁶⁷ BT-Drucks. 16/2383, S. 3.

des/der Patient/in. Die Sicherstellung und damit die **Abrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung** ist gesetzlich vielmehr den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen, denen automatisch alle Ärzt/inn/e/n angehören, die zur ambulanten Behandlung von Kassenpatient/inn/en zugelassen sind (§ 75 Abs. 1, § 77 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** haben die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GBA) durch schriftliche Verträge so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (§ 72 Abs. 2 SGB V). Im Rahmen dessen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden sowohl der Primärkassen (AOK, BKK, IKK, LKK, See-Krankenkasse und Bundesknappschaft)²⁶⁸ als auch der Ersatzkassen²⁶⁹ je einen Bundesmantelvertrag abgeschlossen.

Gesetzlich ist der Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung in § 73 Abs. 2 SGB V bzw. die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft zusätzlich in §§ 195 ff. RVO umrissen (z. B. ärztliche Behandlung/Betreuung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Schwangerenvorsorge, Hebammenhilfe, häusliche Pflege, Haushaltshilfe). Auch die **Bundesmantelverträge** umschreiben den Inhalt und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nur in dieser allgemeinen Form (§ 2 BMV-Ä und § 2 EKV).

Zu den ebenfalls verbindlichen Bestandteilen der Bundesmantelverträge gehören jedoch zum einen die **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen** (§ 1 Abs. 3 BMV-Ä; § 2 Abs. 14 EKV). Nach § 92 Abs. 1 SGB V dienen diese der näheren Ausgestaltung des gesetzlichen Leistungskatalogs gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot.²⁷⁰ In Bezug auf die frühen Hilfen sind insbesondere die Mutterschafts-Richtlinie und die Kinder-Richtlinie von Bedeutung.

Ebenfalls verbindlicher Bestandteil der Bundesmantelverträge (§ 1 Abs. 2 BMV-Ä; § 1 Abs. 5 EKV) ist der sog. **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)**. Er wird durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen im sog. Bewertungsausschuss beschlossen, bestimmt den konkreten Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und stellt ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander dar (§ 87 Abs. 1 und 2 SGB V). Um die tatsächliche Vergütungshöhe

²⁶⁸ Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV – Ä) in der geänderten Fassung vom 22. Dezember 2006, ab 1. Juli 2007 in Kraft.

²⁶⁹ Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV), letzte Änderungen durch Vertrag vom 13. Dezember 2006, in Kraft seit 1. Januar 2007.

²⁷⁰ *Vahldiek*, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Nov. 1999, § 92 Rn. 1.

he zu bestimmen, werden in einem zweiten Schritt diese Punkte mit dem sog. Punktwert multipliziert, der in einem hoch komplizierten Berechnungsverfahren für jeden Abrechnungszeitraum neu zu ermitteln ist (§ 85 SGB V).²⁷¹ Gemäß der gesetzlichen Vorgabe in § 87 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V sind die Leistungen (in einer Tabelle am Ende des EBM) mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen – und dementsprechend abrechenbaren – Zeitaufwand versehen.

2. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, die über die normale ärztliche Behandlung i. S. d. § 28 Abs. 1 SGB V hinausgeht, geben die vom GBA beschlossenen **Mutterschafts-Richtlinien (MRL)** den konkreten Leistungsinhalt und -umfang vor. Das grundsätzliche Ziel dieser Richtlinie ist die Sicherstellung der ärztlichen Betreuung, um mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abzuwenden sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig zu erkennen und der Behandlung zuzuführen.²⁷²

Neben den medizinischen Untersuchungen und Beratungen soll der/die Arzt/Ärztin die Schwangere auch über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 SchKG unterrichten.²⁷³

Die Richtlinie bestimmt, dass unabhängig von der Behandlung von Beschwerden und Krankheitserscheinungen die **Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen** im Allgemeinen alle vier Wochen, in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten je zwei Mal stattfinden sollen.²⁷⁴ Für den Regelfall sind im Verlauf der Schwangerschaft drei Ultraschall-Screenings für die folgenden Zeiträume vorgesehen:

1. Screening: von Beginn der 9. bis zum Ende der 12. SSW
2. Screening: von Beginn der 19. bis zum Ende der 22. SSW
3. Screening: von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. SSW

Die **abrechenbare Zeit** für diese Betreuung einer normal verlaufenden Schwangerschaft ist für ein Kalendervierteljahr insgesamt auf eine knappe Stunde (58 Minuten) kalkuliert, wovon 44 Minuten als Prüfzeit, d. h. für die einzelnen Untersuchungen, vor-

²⁷¹ Sehr ausführlich dazu z. B. Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Auf. 2006, § 85.

²⁷² Allgemeines – Nr. 1 MRL.

²⁷³ Abschnitt A.1 MRL.

²⁷⁴ Abschnitt A.4 MRL.

gesehen sind. Für ein beratendes bzw. betreuendes Gespräch verbleiben in diesem Rahmen lediglich 12 Minuten.²⁷⁵

Die Richtlinie macht darüber hinaus die Vorgabe, **Risikoschwangerschaften** aufgrund besonderer Anamnese zu erkennen und im gegebenen Fall besonders zu überwachen.²⁷⁶ Zu solchen Risikoschwangerschaften, bei denen mit einem erhöhten Risiko für das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist, zählen ausdrücklich z. B. auch jugendliche Mütter unter 18 Jahren.²⁷⁷ Für Risikoschwangerschaften können häufigere Untersuchungen und zusätzliche bzw. speziellere Ultraschalluntersuchungen durchgeführt und entsprechend abgerechnet werden.²⁷⁸

Nach der Entbindung soll nach den Mutterschafts-Richtlinien innerhalb der ersten Woche eine Untersuchung und eine weitere etwa sechs spätestens acht Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden.²⁷⁹ Deren abrechenbare Kalkulationszeit beläuft sich insgesamt auf 11 Minuten, wobei auch hier allein 9 Minuten als Prüfzeit vorgesehen sind.²⁸⁰

Zusätzliche Zeit für Beratung, Erörterung und/oder Abklärung können von den Frauenärzt/inn/e/n einmal im Kalendervierteljahr mit 235 Punkten je vollendete 10 Minuten abgerechnet werden.²⁸¹

3. Untersuchungen bei Kindern bis 6 Jahren

Zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden, sind vom GBA die sog. **Kinder-Richtlinien** verabschiedet worden. Die dort aufgeführten **Früherkennungsuntersuchungen** (sog. U-Untersuchungen) umfassen insgesamt neun Untersuchungen und können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung enger Toleranzgrenzen in Anspruch genommen und dementsprechend abgerechnet werden:

²⁷⁵ Abrechnungs-Nr: 01770 EBM.

²⁷⁶ Abschnitt B MRL.

²⁷⁷ Abschnitt B.1.g der MRL.

²⁷⁸ Abrechnungs-Nr: 01772 bis 01775 EBM.

²⁷⁹ Abschnitt F.1 und F.2 MRL.

²⁸⁰ Abrechnungs-Nr: 01815 EBM.

²⁸¹ Abrechnungs-Nr: 08210 bis 08220 EBM.

<u>Untersuchungsstufe:</u>	<u>Toleranzgrenze:</u>
U 1: unmittelbar nach der Geburt	
U 2: 3. – 10. Lebenstag	3. – 14. Lebenstag
U 3: 4. – 6. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche
U 4: 3. – 4. Lebensmonat	2. – 4 ½. Lebensmonat
U 5: 6. – 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat
U 6: 10. – 12. Lebensmonat	9. – 13. Lebensmonat
U 7: 21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
U 8: 43. – 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat
U 9: 60. – 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat

Nach dem in den Kinder-Richtlinien aufgeführten **Inhalt** der einzelnen U-Untersuchungen sollen diese nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Auffälligkeiten diagnostizieren (z. B. Schwierigkeiten beim Essen und Trinken, keine altersgemäße Ernährung, Unzufriedenheit der Eltern mit Entwicklung und Verhalten ihres Kindes, Blickkontakt fehlt, Verhaltensauffälligkeiten etc.). Allerdings ist die **abrechenbare Zeit** sehr eng vorgegeben:²⁸²

U 1: Kalkulationszeit: 11 Minuten, Prüfzeit: 8 Minuten

U 2 bis 9: Kalkulationszeit: je 27 Minuten, Prüfzeit: je 19 Minuten.

Abgesehen von den U-Untersuchungen können zudem verschiedene andere Untersuchungen im Laufe der kindlichen Entwicklung eine Rolle spielen. Zum Beispiel²⁸³

- **Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen mit Störungen im Bereich der Koordination, Visuomotorik, der kognitiven Wahrnehmungsfähigkeit unter Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte.²⁸⁴ Dafür sind einmal im Kalendervierteljahr 30 Minuten abrechenbar, wovon 23 Minuten als Prüfzeit vorgesehen sind.
- **Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung** eines Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr anhand von mindes-

²⁸² Abrechnungs-Nr: 01711 bis 01719 EBM.

²⁸³ Zu beachten ist allerdings, dass diese Leistungen im Abrechnungszeitraum nicht nebeneinander, sondern nur anstelle geltend gemacht werden können.

²⁸⁴ Abrechnungs-Nr: 04352 EBM.

tens vier Funktionsbereichen.²⁸⁵ Für diese Untersuchung können zweimal im Kalendervierteljahr 18 Minuten abgerechnet werden, wobei auch hier bereits 14 Minuten als Prüfzeit gelten.

- Grundsätzlich einmal im Quartal (bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ohne diese Begrenzung) kann eine **Erhebung des Ganzkörperstatus** stattfinden, für die ein/e Kinderarzt/Kinderärztin insgesamt 12 Minuten abrechnen kann, allerdings 11 Minuten wiederum auf die reine Prüfzeit entfallen.

Auch die Kinderärzt/inn/e/n können einmal im vierteljährlichen Abrechnungszeitraum zusätzliche Zeit für Beratung, Erörterung und/oder Abklärung mit 150 Punkten je vollendete 10 Minuten abrechnen.²⁸⁶

4 Fazit: Zu wenig Zeit, sich psychosozialer Probleme anzunehmen

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich die Beschreibungen der abrechenbaren Leistungsinhalte in den Richtlinien und dem EBM sehr weit auf **medizinische Fragen und Probleme** konzentrieren. Dort, wo ausnahmsweise auch psychosoziale Aspekte mit einbezogen sind (z. B. bei den U-Untersuchungen), ist angesichts der sehr knapp bemessenen Zeitvorgaben fraglich, in welchem Umfang dies tatsächlich zu leisten ist.

Weitergehende Beratung wird bei den Frauenärzt/inn/en mit 235 Punkten, bei den Kinderärzt/inn/en mit 150 Punkten je vollendete 10 Minuten zusätzlich vergütet. Fraglich bleibt allerdings, worin sich dieser nicht unerhebliche Punkteunterschied begründet: Problemsituationen, die einen erhöhten Beratungsbedarf der (werdenden) Eltern durch eine/n Arzt/Ärztin erfordern, können sich sicherlich vor der Geburt ebenso wie nach der Geburt eines Kindes ergeben.

In Fragen des Kinderschutzes **fachliche Beratung** zu suchen, etwa eine/n Kolleg/in zum fachlichen Austausch über das (potenzielle) Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung zu konsultieren, wird leistungsrechtlich ebenso wenig honoriert, wie die Mitarbeit in Fallkonferenzen oder das **Engagement in fallübergreifenden Arbeitskreisen**, an Runden Tischen etc.²⁸⁷

²⁸⁵ Abrechnungs-Nr: 04350 EBM.

²⁸⁶ Abrechnungs-Nr: 04110 bis 04120 EBM.

²⁸⁷ Für eine Kostenübernahme als eine wichtige Bedingung für gelingende Kooperationen *Blum-Maurice*, in: VfK, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter, S. 63 (70 f.).

5. Abrechnungshindernis: Meldepflicht bei drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294 a SGB V)

Ein weiteres Erschwernis in der Leistungsabrechnung der Ärzt/inn/e/n besteht seit 2003 mit der Einfügung des § 294 a SGB V, wonach alle Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und zugelassenen Krankenhäuser im Falle von **Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden** verpflichtet sind, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen.²⁸⁸

Sinn und Zweck dieser Regelung ist, den Krankenkassen die **Geltendmachung etwaiger Ersatzansprüche** (§ 116 SGB X) gegenüber dem Drittverursacher zu ermöglichen. In der Folge einer solchen Meldung brauchen die Krankenkassen weitere – beweiskräftige – Informationen über die Verursachung des Gesundheitsschadens, im vorliegenden Kontext also die Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. Eigene Ermittlungsmöglichkeiten, dies herauszufinden, haben sie nicht. Daher kommt es nicht selten zu Anfragen der Krankenkassen bei den **Strafermittlungsbehörden** (Polizei und Staatsanwaltschaft), ob bereits Daten über das Opfer und/oder die Straftat vorhanden sind. Dies kann umgekehrt wiederum dazu führen, dass die Polizei oder auch Staatsanwaltschaft aufgrund des für sie geltenden Legalitätsprinzips ihrerseits ein Ermittlungsverfahren einleiten.

Versuchen Ärzt/inn/e/n jedoch einen Zugang zu Eltern in besonders belasteten Familien mit gefährdeten Kindern zu gewinnen bzw. ist ihnen dies sogar gelungen, stellt die Meldepflicht sie demzufolge unausweichlich vor eine **Zwickmühle**: Entweder sie kommen im Zuge ihrer Leistungsabrechnungen auch dieser Meldepflicht nach. Die Wahrscheinlichkeit, dass damit der in der Regel ohnehin sehr fragile Zugang zu den Familien riskiert wird, ist sicherlich sehr hoch.²⁸⁹ Oder aber sie lehnen mit Rücksicht auf das bestehende Vertrauensverhältnis und der sich damit verbindenden positiven Wirkungen auf die medizinische Behandlung die Pflicht zur Meldung nach § 294 a SGB V ab, können dann aber auch keine Leistungen abrechnen bzw. nur diejenigen, denen keine Fremdverursachung zugrunde liegt.

²⁸⁸ Die Bundesmantelverträge enthalten in § 58 BMV-Ä und § 52 EKV gleichlautende Meldevorschriften.

²⁸⁹ Darstellend am Beispiel der Anzeigepflicht bei sexuellem Missbrauch *Kohaupt JAmt* 2003, 567 f.

VI. Hebammen/Entbindungspfleger

Die freiberuflichen²⁹⁰ Hebammen/Entbindungspfleger rechnen ihre erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen ab. Denn dem zwischen der/dem Hebamme/Entbindungspfleger und den/der versicherten Eltern/Mutter zustande gekommenen **privatrechtlichen Dienstvertrag** ist in der Regel nur die Pflicht der/des Hebamme/Entbindungspflegers zur Leistungserbringung zu entnehmen. Die Pflicht zur Zahlung der Vergütung ergibt sich vielmehr aus dem daneben bestehenden Rechtsverhältnis zwischen der Krankenkasse und der/dem Hebamme/Entbindungspfleger.²⁹¹

Bis zum 1. Januar 2006 bestand eine Ermächtigung an den/die Bundesminister/in für Gesundheit, durch **Rechtsverordnung** mit Zustimmung des Bundesrats die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspfleger zu bestimmen (§ 134 SGB V a. F.). Diese wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 aufgehoben und durch die Vorschrift des § 134 a SGB V ersetzt, wonach die von den Krankenkassen zu leistende Versorgung mit Hebammenhilfe nunmehr vertraglich zu regeln ist. So sollen die Spitzenverbände der Krankenkasse gemeinsam und einheitlich mit den Berufsverbänden der Hebammen mit bindender Wirkung für die Krankenkassen entsprechende Verträge auch über die abrechnungsfähigen Leistungen schließen.

Ein solcher verbindlicher Vertrag konnte jedoch zwischen den Vertragsparteien bislang noch nicht erzielt werden. Vielmehr kristallisierte sich im November 2006 heraus, dass die Vorstellungen beider Parteien in Bezug auf die Gebührenhöhe derart voneinander abweichen, dass eine Einigung nur über eine **gemeinsame Schiedsstelle** zu erwarten ist.²⁹² Diese wurde – besetzt mit drei unparteiischen Mitgliedern aus Justiz, Ökonomie und Soziologie und je drei von den Vertragsparteien berufenen Fachleuten – zum 1. Dezember 2006 einberufen und hat zum Anfang dieses Jahres ihre Arbeit aufgenommen.

Da eine Einigung allerdings bis zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Expertise nicht erzielt werden konnte, gilt die alte – auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung erlassene – **Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)** fort. Diese bestimmt, dass als Vergütungen gegenüber den Krankenkassen zum einen Gebühren für einzelne Leistungen (§ 2 HebGV i. V. m. der Anlage des Gebührenverzeichnisses),

²⁹⁰ Die Vergütung von, insbesondere in Krankenhäusern, angestellten Hebammen richtet sich nach den Regelungen des individuellen Arbeitsvertrags.

²⁹¹ *Kranig*, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Jan. 2006, § 134 Rn. 7 f.

²⁹² Informationen zu finden unter:
http://www.bfhd.de/PDFs/2006_11_08_Gebuehrenverhandlung_Schiedsstelle.pdf

sowie der Ersatz von Auslagen (§ 3 HebGV) und Wegegeld (§ 4 HebGV) geltend gemacht werden können.

1. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

Als Hilfeangebote für werdende Eltern in prekären Lebenslagen sind insbesondere zwei abrechenbare Leistungsinhalte relevant:

- Zum einen die **Beratung der Schwangeren**, die auch telefonisch erfolgen kann. Insgesamt maximal zwölfmal sind dafür 5,45 € abrechnungsfähig.
- Hebammen/Entbindungspfleger können – genauso wie Frauenärzte – die **Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen** nach den Mutterschafts-Richtlinien vornehmen,²⁹³ die auch die allgemeine Beratung der Schwangeren umfasst.²⁹⁴ Die dafür vorgesehene Gebühr von 21,80 € ist dann berechnungsfähig, wenn es sich entweder um einen normalen Schwangerschaftsverlauf handelt oder aber bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung erfolgt bzw. die Schwangere trotz Empfehlung der Hebamme die ärztliche Betreuung nicht in Anspruch nehmen möchte.

2. Leistungen während des Wochenbetts

Die Leistungen während des Wochenbetts umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind.

- So sind in den **ersten zehn Tagen nach der Geburt** jeweils ein Besuch abrechnungsfähig, der je nachdem, ob dieser im Krankenhaus, in einer sonstigen Einrichtung oder aber zuhause stattfindet, mit einer Gebühr von jeweils bis zu 30,50 € vergütet wird. Im Falle einer telefonischen Beratung, die einen Besuch ersetzt, ist eine Gebühr von 4,90 € abrechenbar.
- Zwischen dem **elften Tag bis zum Ablauf von acht Wochen** nach der Geburt des Kindes sind insgesamt bis zu 16 Leistungen (ebenfalls mit bis zu 30,50 €) abrechnungsfähig. Mehr als 16 Leistungen bzw. mehr als zwei Besuche pro Tag werden nur vergütet, soweit sie ärztlich angeordnet worden sind.
- **Nach Ablauf von acht Wochen** sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung bei pathologischem Wochenbettverlauf abrechnungsfähig.

²⁹³ Näheres hierzu siehe oben S. 91 f.

²⁹⁴ Deshalb ist diese Leistung nicht neben der vorgenannten Schwangerenberatung abrechenbar.

3. Sonstige Leistungen

Die einzige abrechnungsfähige Leistung, die eventuell als Hilfeangebot an Mütter bzw. Eltern in schwierigen Lebenssituationen fungieren kann, sind **Beratungen der Mütter bei Stillschwierigkeiten**. Diese werden mit 24,50 € (telefonisch: 4,90 €) vergütet, allerdings frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase und auch höchstens zweimal.

4. Fazit

Die derzeit noch geltende HebGV macht es den Hebammen/Entbindungspflegern nicht leicht, sich als Brückenbogen für die Jugendhilfe anzubieten. Sind sie einmal in der Familie angekommen und als helfende Hand akzeptiert, können sie nach Ablauf von acht Wochen ihre Arbeit in der Regel dort nur noch als ehrenamtliches Engagement erbringen. Oftmals lehnen die Mütter das Stillen ab, so dass auch die über diesen Zeitraum hinaus mögliche Abrechnung von Stillberatung in diesen Hilfekontexten in der Regel uninteressant ist.

Bislang wird versucht, diese **Finanzierungsdefizite** über politisch angestrebte Gemeinschaftsprojekte aufzufangen.²⁹⁵ Bleibt zu hoffen, dass sich die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Hebammenverbänden auf einen Vertrag einigen können, der mit neuen Leistungen diese Lücke verbindlich und verlässlich für die gesamte Bundesrepublik – zumindest zum Teil – füllen wird.

VII. Weiterer Forschungsbedarf

Beim Aufbau verlässlicher Kooperationsstrukturen ist ein Grundpfeiler die genaue **Beschreibung der jeweiligen Aufgaben** der einzelnen beteiligten Institutionen und selbstständig arbeitenden Helfer/innen. Werden an den Projektstandorten die Angebote, die den Eltern und ihren Kindern für einen guten Start ins Kinderleben gemacht werden sollen, im Laufe des Projekts näher ausgestaltet und aufeinander abgestimmt, wird zu beobachten und zu prüfen sein, inwieweit es hierzu einer genaueren Beschreibung von **Umfang und Grenzen der Leistungsfähigkeit** einzelner Beteiligter an den „runden Tischen“ bedarf.

²⁹⁵ Zum Thema Familienhebamme und einzelnen in diesem Zusammenhang laufenden Projekten *Staschek*, Expertise Familienhebamme, 2006.

Darüber hinaus dürfte im weiteren Projektverlauf anhand der Erfahrungen vor Ort herauszuarbeiten sein, welche **Ressourcen** institutions- und arbeitsfeldspezifisch **für einzelfallübergreifende sowie einzelfallbezogene Kooperation** benötigt werden. Liegen hierzu Erkenntnisse vor, stellt sich die Frage, wie diese in institutionalisierte, dauerhafte Strukturen überführt werden können. Dies ergibt sich – insbesondere für die über Sozialversicherungsleistungen abrechnende Gesundheitshilfe – im Wesentlichen daraus, was die Einzelnen zuverlässig (finanziert) in die Kooperation zum Kinderschutz einbringen können und was nicht. Hierbei dürfte auch darzustellen sein, welche vorhandenen Ressourcen für den Kinderschutz noch besser erschlossen werden können, aber auch welche fehlen, um nachhaltig effektiver zu werden.

Die ersten Gespräche an den Projektstandorten haben ergeben, dass die Erwartungen an die – hier nicht näher behandelten – Beiträge der **Sozialpädiatrie** sowie **Kinder- und Jugendhilfepsychiatrie** nicht immer mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit in Einklang zu bringen sind. Auch hier wäre zu prüfen, ob mit einer differenzierten Darstellung der finanzierbaren Leistungen der Aufbau dauerhafter Kooperationsstrukturen befördert werden kann.

E. Gesetzlicher Änderungsbedarf?

I. Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern

Als **Generalklausel der Kompetenzverteilung** zwischen Bund und Ländern bestimmt Art. 30 GG, dass die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben grundsätzlich Sache der Länder ist. Der Bund darf nur tätig werden, wenn das Grundgesetz dies ausdrücklich zulässt (Art. 70 ff. GG). Aufgrund des breiten Katalogs konkurrierender Gesetzgebungszuständigkeiten (Art. 74, 75 GG) und einer regen Aktivität des Bundes in diesem Bereich hatte sich das Verhältnis in der Realität zu Lasten der Länder umgekehrt. Dieser Kompetenzverlust der Länder wurde durch Beteiligungsrechte des Bundesrats an der Bundesgesetzgebung ausgeglichen, eine Verflechtung, die zu einer Politik des kleinsten gemeinsamen Nenners zwischen Bund und Ländern sowie zu einer Blockadeanfälligkeit des föderalen Politiksystems führte.²⁹⁶

Mit dem Ziel, die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit von Bund und Ländern zu verbessern, intendiert die zum 1. September 2006 in Kraft getretene **Föderalismusreform I** eine deutlichere Zuordnung von politischen Verantwortlichkeiten und die Verringerung der zustimmungsbedürftigen Bundesgesetze.²⁹⁷ Seitdem kennt das Grundgesetz nur noch zwei Arten von Gesetzgebungszuständigkeiten des Bundes:

- Im Rahmen der **ausschließlichen Gesetzgebung** (Art. 71 und 73 GG) hat der Bund das alleinige Recht, Gesetze zu erlassen. Den Ländern steht nur dann eine Gesetzgebungsbefugnis zu, wenn sie hierzu durch ein Bundesgesetz ausdrücklich ermächtigt werden (Art. 71 GG).
- Im Bereich der **konkurrierenden Gesetzgebung** (Art. 74 GG) haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit keinen Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG). Von diesem Grundsatz gibt es hingegen zwei Ausnahmen:
 - Auf bestimmten Gebieten des Art. 74 GG hat der Bund das Gesetzgebungsrecht nur, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im ge-

²⁹⁶ Löwer NJW Editorial Heft 14/2006; Wiesner ZfJ 2004, 309.

²⁹⁷ Wieland NDV 2004, 403.

samtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erfordert (Art. 72 Abs. 2 GG).²⁹⁸

- In bestimmten Bereichen hat der Bund zwar die Gesetzgebungskompetenz, jedoch haben die Länder eine Abweichungskompetenz (Art. 72 Abs. 3 GG).

Grundsätzlich führen die Länder Bundesgesetze als eigene Angelegenheiten aus (Art. 83 GG). Sie bestimmen daher grundsätzlich die **Einrichtung von Behörden** und das **Verwaltungsverfahren** selbst (Art. 84 Abs. 1 Satz 1 GG). Hat der Bund jedoch selbst eine entsprechende Regelung getroffen, ging diese den Landesregelungen vor (Art. 31 GG: „Bundesrecht bricht Landesrecht.“). Seit dem 1. September 2006 dürfen die Länder in Fragen der Behördeneinrichtung vom Bundesrecht abweichen (Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG), ab dem 1. Januar 2009 dürfen sie auch abweichende Verfahrensregelungen treffen (vgl. Art. 125 b Abs. 2 GG). Der Bund kann anschließend erneut eine andere, eigene Regelung treffen. Es gilt die jeweils jüngste Bundes- oder Landesregelung.

1. Leistungsrecht

a) Kinder- und Jugendhilferecht

Das Grundgesetz hat an der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Kinder- und Jugendhilferecht festgehalten (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG: „öffentliche Fürsorge“). Der Bund kann folglich weiterhin im SGB VIII einen **bundeseinheitlich verbindlichen Leistungskatalog** festlegen.²⁹⁹ Den Ländern bleibt allerdings unbenommen, weitere oder weitergehende Leistungsansprüche zu normieren, sofern sie sich damit nicht zu Bundesrecht in Widerspruch setzen. Neu eingeführt wurde insoweit lediglich eine eigene Zustimmungspflicht des Bundesrats für Bundesgesetze, in denen die Erbringung von Geldleistungen, geldwerten Sachleistungen oder vergleichbaren Dienstleistungen geregelt ist und die Ausgaben, die daraus entstehen, von den Ländern zu tragen sind (Art. 104 a Abs. 4 GG).

b) Gesundheitshilfe

Das für die Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger geltende Leistungsrecht des SGB V fällt als Materie der **Sozialversicherung** in die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Die konkrete Leistungsaus-

²⁹⁸ Hierzu eingehend Schmid/Wiesner ZKJ 2006, 392 (395 f.).

²⁹⁹ Schmid/Wiesner ZKJ 2006, 392 (394 f.); Späth EJ 2006, 237 (238 f.); Meysen, in: AGJ (Hrsg.), Auswirkungen der Föderalismusreform, S. 53 (55 f.).

gestaltung für die Ärzt/inn/e/n hat der Bundesgesetzgeber hingegen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen übertragen. Diese sollen zusammen zum einen im **Gemeinsamen Bundesausschuss** Richtlinien für die Leistungserbringung bestimmen (§ 92 SGB V), zum anderen in den Bundesmantelverträgen und dem dazugehörigen durch Bewertungsausschüsse beschlossenen Einheitlichen Bewertungsmaßstab die abrechenbaren Leistungen inhaltlich konkret festlegen (§ 87 SGB V).³⁰⁰

Für die Bewertungsausschüsse ist eine **Überprüfungspflicht** von Amts wegen vorgesehen (§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Hierbei kann sich die Aufnahme neuer und Streichung veralteter, aber auch die Änderung der Leistungsbeschreibung und Werterelation ergeben.³⁰¹ Dies ermöglicht flexible Reaktionen auf Veränderungen, da neue bzw. im EBM nicht vorgesehene Leistungen anhand der vorhandenen Gebührenpositionen nicht analog abgerechnet werden können.³⁰²

Der Bewertungsausschuss kann ferner Regelungen treffen, die einem mit der Behandlung bestimmter Versichertengruppen verbundenen zusätzlichen Aufwand des/der **Arztes/Ärztin** Rechnung tragen (§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Die Gesetzesbegründung nennt als mögliche Versichertengruppen beispielhaft chronisch kranke und behinderte Versicherte.³⁰³ Diese Öffnungsklausel dürfte im Kontext der „frühen Hilfen“ sowohl bei den genannten, aber auch möglicherweise anderen Personengruppen interessant werden, wenn Ärzt/inn/e/n für diese gezielt Leistungen erbringen, deren Aufwand nicht angemessen vergütet erscheint. Rechtlich haben Krankenkassen somit die Möglichkeit, sich Überlegungen zu neuer bzw. weitergehender Finanzierung von Leistungen für Familien in prekären Lebenslagen zu öffnen.

Für die Versorgungsleistungen mit **Hebammenhilfe** hat der Bundesgesetzgeber die konkrete Ausgestaltung den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen gemeinsam übertragen (§ 134 a SGB V). Über die zukünftige Leistungsdichte und eine mögliche Offenheit für neue Leistungen wird derzeit noch verhandelt.³⁰⁴

Die von den **Gesundheitsämtern** angebotenen Leistungen für den Kinderschutz noch stärker zu konkretisieren und verbindlicher festzuschreiben, evtl. sogar noch weiter-

³⁰⁰ Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Jan. 2006, § 87 Rn. 42.

³⁰¹ Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Jan. 2006, § 87 Rn. 55.

³⁰² Engelhard, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Jan. 2006, § 87 Rn. 55.

³⁰³ BT-Drucks. 15/1525 S. 105 zu cc.

³⁰⁴ Hierzu unten S. 96 ff.

gehende Leistungsangebote in die Gesundheitsdienstgesetze einzufügen, fällt hingegen in die Gesetzgebungskompetenz der Länder.³⁰⁵

2. Datenschutz

Der Datenschutz ist im Grundgesetz nicht ausdrücklich aufgeführt. Im Bereich der Gesetzgebungszuständigkeiten ist er jedoch integraler Bestandteil der jeweils übergeordneten Regelungsbereiche. Die bundesverfassungsgerichtliche Vorgabe, Beschränkungen der informationellen Selbstbestimmung klar und für den Bürger erkennbar zu regeln und gleichzeitig ein möglichst umfassendes Normengerüst sicherzustellen,³⁰⁶ kann nur durch **bereichsspezifische Regelungen** gewährleistet werden.³⁰⁷ Generelle Aussagen kommen nur noch da zur Anwendung, wo es an bereichsspezifischen Bestimmungen mangelt.

Die Normierung des Schutzes personenbezogener Daten für die verschiedenen regelungsrelevanten Bereiche ist deshalb eine Aufgabe, die nur von Bund und Ländern gemeinsam zu erfüllen ist. Inwieweit es neben den allgemeinen weiterer gesonderter Regelungen bedarf, lässt sich erst beantworten, wenn über den mit der Datenerhebung bzw. -verarbeitung verfolgten Zweck, die Art und Weise und damit auch die möglichen Auswirkungen auf den Betroffenen Klarheit besteht.³⁰⁸ Von daher ist zunächst der **konkrete Regelungszusammenhang** zu bestimmen, um vor dessen Hintergrund über die konkrete Gesetzgebungszuständigkeit entscheiden zu können.³⁰⁹

a) Kinder- und Jugendhilfe

Für die Regelungen des Sozialdatenschutzes in der Kinder- und Jugendhilfe besteht eine **konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes**. Für die bereichsspezifischen Vorschriften des Kinder- und Jugendhilferechts (§§ 61 ff. SGB VIII) ergibt sich dies aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG („öffentliche Fürsorge“), für die allgemeinen sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen des SGB X zusätzlich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“).³¹⁰

³⁰⁵ Zu den derzeit bestehenden Problemen siehe oben S. 32 f.

³⁰⁶ BVerfGE 65, 1.

³⁰⁷ *Simitis*, in: ders., BDSG, Einleitung Rn. 48.

³⁰⁸ *Simitis*, in: ders., BDSG, Einleitung Rn. 49.

³⁰⁹ *Simitis*, in: ders., BDSG, § 1 Rn. 1 f.

³¹⁰ *Seidel*, in LPK-SGB X, vor §§ 67-85 a Rn. 6.

Sollte es sich beim Sozialdatenschutzrecht um Regelungen zum „Verwaltungsverfahren“ im verfassungsrechtlichen Begriffsverständnis handeln, stünde den Ländern ein **Abweichungsrecht** zu (Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG). Sie könnten den Informationsfluss innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe sowie zwischen derselben und anderen Systemen je eigenen Regelungen unterwerfen und wären an die Normierungen im Sozialgesetzbuch nicht gebunden.

Die **Auslegung des Begriffs „Verwaltungsverfahren“** in Art. 84 Abs. 1 GG bereitet seit jeher erhebliche Probleme.³¹¹ In rein verwaltungsrechtlicher Würdigung wird das Datenschutzrecht mitunter ausschließlich dem Verwaltungsverfahrenrecht zugeordnet.³¹² Bei verfassungsrechtlicher Betrachtung wird ihm (auch) materiell-rechtlicher Charakter zugesprochen.³¹³

Diese divergierenden Wertungen sind begründet in der sog. **Lehre von der „Doppelgesichtigkeit“ der Rechtsnormen**, wonach das Gesetz ein und derselben Vorschrift zugleich dem/der Bürger/in Rechte und/oder Pflichten auferlegen sowie der Verwaltung Handlungsanweisungen erteilen kann.³¹⁴ Nur dann, wenn Verfahrensregelungen in der Weise „neutral“ sind, dass sie den materiellen Gehalt der bundesrechtlichen Vorgaben – etwa im SGB VIII – nicht beeinflussen, stehen sie zur landesrechtlichen Disposition.³¹⁵

Beim Datenschutz geht es einerseits um Vorgaben für die Verwaltung, wie sie mit personenbezogenen Informationen verfahren soll und wie diese im Rahmen verwaltungsinterner Mitwirkungs- und Kontrollvorgänge verarbeitet werden dürfen.³¹⁶ Andererseits kann auch der/die Bürger/in ein Recht auf Auskunft oder Akteneinsicht³¹⁷ haben, können Anzeigepflichten normiert³¹⁸ oder kann der **Vertrauensschutz integraler Bestandteil der Rechte und Pflichten im Hauptverhältnis** sein. Letzteres ist insbesonde-

³¹¹ *Trute*, in: v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Band 3, Art. 84 Rn. 12; *Umbach/Clemens*, in: dies., GG, Band II, Art. 84 Rn. 24; *Hermes*, in: Dreier, GG, Band III, Art. 84 Rn. 26; *Lerche*, in: Maunz/Dürig/Herzog/Scholz, GG, Stand: 1985, Art. 84 Rn. 30.

³¹² *Richter*, Datenschutz, S. 69; *Louis*, Grundzüge des Datenschutzrechts, S. 47; *Tinnefeld/Ehmann*, Einführung in das Datenschutzrecht, S. 40; *Arndt* JuS 1988, 681 (682).

³¹³ BVerfGE 10, 20 (49); 14, 197 (221); *Antoni* AöR 1988 (113), 329 (401).

³¹⁴ BVerfGE 55, 274 (320 f.); 75, 108 (152); *Hermes*, in: Dreier, GG, Art. 84 Rn. 31 ff.; *Bull*, in: Denninger, AK-GG, Stand: 2001, Art. 84 Rn. 14.

³¹⁵ AGJF FORUM Jugendhilfe 2/2007, 41 (43 f.).

³¹⁶ BVerfGE 55, 274 (320 f.); *Henneke/Ruge*, in: Schmidt-Bleibtreu/Klein, GG, Art. 84 Rn. 7; *Trute*, in: von Mangoldt/Klein/Starck, GG, Art. 84 Rn. 13 f.

³¹⁷ BVerfGE 10, 20 (49); *Dittmann*, in: Sachs, GG, Art. 84 Rn. 11.

³¹⁸ BVerfGE 55, 274 (320 f.); *Henneke/Ruge*, in: Schmidt-Bleibtreu/Klein, GG, Art. 84 Rn. 7; *Lerche*, in: Maunz/Dürig/Herzog/Scholz, GG, Art. 84 Rn. 49.

re der Fall, wenn die Behörde oder andere öffentliche Stelle eine Schweigepflicht trifft.³¹⁹

Die für die Kinder- und Jugendhilfe maßgeblichen sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften in § 35 SGB I, §§ 67 ff. SGB X und §§ 61 ff. SGB VIII normieren einen – sogar über das grundrechtlich geschützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung hinausgehenden – **funktionalen Schutz der Vertrauensbeziehung** zwischen den Klient/inn/en und der Behörde bzw. Fachkraft.³²⁰ Die Fachkräfte, die im Rahmen dieser Hilfebeziehungen mit personenbezogenen Daten in Kontakt kommen, unterliegen daher der strafrechtlich sanktionierten Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 5 StGB).

Als (auch) materiell-rechtliche Regelungen ist das die Kinder- und Jugendhilfe betreffende **Sozialdatenschutzrecht des Sozialgesetzbuchs** daher dem **Zugriff des Landesgesetzgebers entzogen**.³²¹ Entgegenstehende landesrechtliche Bestimmungen werden vom Bundesrecht gebrochen (Art. 31 GG). Lediglich dann, wenn die sozialdatenschutzrechtlichen Vorgaben allein verwaltungsinterne Abläufe betreffen, haben die Länder ein Abweichungsrecht. Dies betrifft etwa die Pflicht zur Anonymisierung oder Pseudonymisierung, wenn Sozialdaten im Rahmen einer Entscheidungsfindung oder Gefährdungseinschätzung an Fachkräfte von anderen Stellen übermittelt werden sollen (§ 64 Abs. 2 a SGB VIII).³²²

b) Gesundheitshilfe

Für den Bereich des Gesundheitswesens sind dem Bund (konkurrierende) Gesetzgebungskompetenzen nur in spezifischen Teilbereichen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19, 19 a GG) zugewiesen, die auch nicht durch eine erweiternde Auslegung der Gesetzgebungskompetenz für die öffentliche Fürsorge (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) unterlaufen werden darf.³²³ Für den hier relevanten Komplex der frühen Hilfen besteht eine **konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes** für den Bereich des Sozialdatenschutzes in der Gesundheitshilfe deshalb nur, soweit er die **Sozialversicherung** betrifft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG).

³¹⁹ BVerfGE 14, 197 (221); *Broß*, in: von Münch/Kunig, GG, Art. 84 Rn. 15; *Hermes*, in: Dreier, GG, Art. 84 Rn. 27; *Bull*, in: Deninnger, AK-GG, Art. 84 Rn. 17; *Pieroth*, in: Jarass/ders., GG, Art. 84 Rn. 5; *Dittmann*, in: Sachs, GG, Art. 84 Rn. 11.

³²⁰ Ausführlich hierzu siehe oben S. 8 ff.

³²¹ AGJF FORUM Jugendhilfe 2/2007, 41 (45); *Schmid/Wiesner* ZKJ 2006, 449 (453).

³²² AGJF FORUM Jugendhilfe 2/2007, 41 (45).

³²³ BVerfGE 88, 203 (330).

Im Hinblick auf die **Gesundheitsämter** hat der Bund keine Gesetzgebungskompetenz. Die Länder haben entsprechende Regelungen getroffen, auch in Bezug auf den in den Gesundheitsämtern zu beachtenden Datenschutz.

Die Sicherstellung des Datenschutzes in der Arbeit der **Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger** haben die Länder hingegen bislang nicht übernommen. Aufgrund der Beschränkungen der Anwendungsbereiche der LDSG auf öffentliche Stellen bzw. auf nicht-öffentliche Stellen, die hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, unterliegen sie keinen landesgesetzlichen Datenschutzvorschriften. Da es insofern an bereichsspezifischen Bestimmungen für die Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger fehlt, greift das BDSG in seiner „Auffangfunktion“ für Regelungsbereiche, in denen keine bereichsspezifischen Regelungen getroffen sind.

Den **Ländern** steht somit die Befugnis zu, **bereichsspezifisch datenschutzrechtliche Regelungen für die Gesundheitshilfe** zu treffen und insbesondere für die Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger selbst einen Rahmen festzulegen. Beabsichtigen sie, von dieser Gesetzgebungsbefugnis Gebrauch zu machen, dürfen die Regelungen jedoch nicht hinter den Vorgaben des BDSG zurückbleiben, da diese die Mindestanforderungen widerspiegeln, die im Hinblick auf Einschränkungen des grundrechtlich geschützten informationellen Selbstbestimmungsrechts stets einzuhalten sind.

Die Landesregierung Rheinland-Pfalz hat sich auf den Weg gemacht, von dieser Gesetzgebungskompetenz Gebrauch zu machen. In einem Gesetzentwurf für ein Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (**Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz**)³²⁴ hat sie die Schweige- und Geheimhaltungspflichten der Personen, die dem Anwendungsbereich des § 203 Abs. 1 StGB unterfallen – folglich insbesondere auch der Vertreter/innen der Gesundheitshilfe –, in einer eigenen Vorschrift kinderschutzbezogen konkretisiert und entsprechende Aufgaben der Gefährdungseinschätzung sowie des Hinwirkens auf die Inanspruchnahme der benötigten weitergehenden Hilfen normiert (§ 12 KinderschutzG RP³²⁵).

3. Behördenstruktur

War den Ländern vor der Föderalismusreform I noch verwehrt, von Regelungen im Bundesrecht zur Frage der „Einrichtung der Behörden“ abweichende Regelungen zu treffen (Art. 31 GG), so ist dem Landesgesetzgeber seit Inkrafttreten der Reform eine

³²⁴ Hierzu ausführlicher siehe unten S. 108 ff.

³²⁵ Zum Wortlaut der Vorschrift siehe oben S. 65 ff.

Abweichung möglich (Art. 84 Abs. 1 Satz 2, Art. 125 b Abs. 2 GG).³²⁶ Die **Begrifflichkeit „Einrichtung der Behörden“** wird in der bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung und in der Literatur untechnisch und weit ausgelegt.³²⁷ Zu ihr gehören die Gründung, die Ausstattung mit persönlichen und sachlichen Mitteln, der Sitz sowie die Zuweisung von Aufgabenkreisen³²⁸ und die Regelungen zur örtlichen, sachlichen und funktionellen Zuständigkeit.³²⁹

Das SGB VIII trifft verschiedene sog. Behördenbestimmungen, von denen die Länder somit nun abweichen können.³³⁰ So können sie

- landesgesetzlich von der bundesgesetzlichen Vorgabe abweichen, ein **Landesjugendamt** oder ein **Jugendamt** einzurichten (§ 69 Abs. 3 SGB VIII),
- die im SGB VIII vorgegebene **Zweigliederigkeit des Jugendamts** (§ 70 Abs. 1 SGB VIII) bzw. Landesjugendamts (§ 70 Abs. 3 SGB VIII) aufgeben,
- den Zusammenschluss mehrerer Jugendämter zur Errichtung gemeinsamer Dienste zulassen³³¹ oder
- Aufgaben der überörtlichen Träger (§ 85 SGB VIII) auf die örtliche Ebene verlagern.³³²

Solange, bis das Land etwas Abweichendes regelt, gelten die Regelungen zur Einrichtung der Jugendämter und Landesjugendämter im SGB VIII fort. Nicht zulässig wäre daher, wenn die Kommunen „im Vorgriff“ oder „in Ersetzung“ landesgesetzlicher Regelungen eigenständig, **vom Bundesrecht abweichende Organisationsentscheidungen** trafen, bspw. durch Zusammenlegung verschiedener Ausschüsse in einer Stadt³³³ oder von Sachgebieten aus mehreren Jugendämtern.³³⁴ Hat eine abweichende landesgesetzliche Bestimmung Geltung erlangt, kann im Anschluss der

³²⁶ Die Reform ist am 1. September 2006 in Kraft getreten, siehe Gesetz vom 28. August 2006, BGBl I, S. 2034.

³²⁷ *Trute*, in: von Mangoldt/Klein/Starck, GG, Art. 84 Rn. 3.; *Bull*, AK-GG, Stand: 2001, Art. 84 Rn. 7; *Hermes*, in: Dreier, GG, Band III, Art. 84 Rn. 25; *Lerche*, in: Maunz/Dürig/Herzog/Scholz, GG, Stand: 1985, Art. 84 Rn. 25.

³²⁸ BVerfGE 75, 108 (150); 77, 288 (298 f.); 105, 313 (331).

³²⁹ *Broß*, in: von Münch/Kunig, GG, Bd. 3, Art. 84 Rn. 11; *Model/Müller*, GG, Art. 84 Rn. 1; DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 192.

³³⁰ Ausführlich hierzu *Schmid/Wiesner* ZKJ 2006, 449 ff.; *Wabnitz*, in: AGJ, Auswirkungen der Föderalismusreform, S. 39 (44 ff.).

³³¹ Hierzu DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 240.

³³² Hierzu DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 292 mit zahlreichen Nachw.

³³³ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 132.

³³⁴ DIJuF-Rechtsgutachten JAmt 2007, 240.

Bund seinerseits wieder die Einrichtung der Behörden regeln; Geltung beansprucht jeweils die jüngere Vorschrift (Art. 84 Abs. 1 Satz 3 GG).

II. Möglicher gesetzlicher Änderungsbedarf: ein Ausblick

1. Aktuelle Entwicklungen in den Ländern

Die **80. Gesundheitsministerkonferenz** hat sich einstimmig dafür ausgesprochen, die verschiedenen Länderprojekte zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern systematisch auszuwerten und zu evaluieren und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beauftragt bis zur nächsten Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz

- „1. die verschiedenen Methoden, Maßnahmen und Projekte, die es in den Ländern gibt, um Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern so früh wie möglich zu verhindern, darzustellen;
2. Wege zu finden, wie die Ergebnisse und Erfahrungen der verschiedenen Kinderschutzstrategien der Länder zusammengeführt werden können, damit zum Wohle von Kindern eine Vereinheitlichung von Standards und eine frühe systemische Erfassung von Risikosituationen für Vernachlässigung von Kindern erfolgen kann.

Diese Ergebnisse müssen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und sollen in der Praxis einfach handhabbar sein und die Grundlage für Informationsgespräche über Hilfeangebote für Eltern im Einzelfall ebenso bieten wie für die Evaluation unterschiedlicher Maßnahmen und Projekte in den einzelnen Ländern.“³³⁵

Im Hinblick auf die rechtlichen Strukturen des Kinderschutzes sind in etlichen Ländern aktuelle Gesetzgebungsaktivitäten zu verzeichnen. Bereits **verabschiedete Gesetze** finden sich in Berlin, Bremen und dem Saarland.

Berlin: Die Senatsverwaltung in Berlin hat verbindliche Ausführungsvorschriften zur Arbeitsweise und zur Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitsämtern erlassen, zu denen eine Musterkooperationsvereinbarung zwischen den beiden Ämtern und anderen Vertreter/inne/n der Gesundheitshilfe (Kliniken, Frauenärzt/inn/e/n, Kinderärzt/inn/e/n) gehört.³³⁶

³³⁵ Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz, Hauptkonferenz am 4. und 5. Juli 2007 in Ulm, TOP 5.13 „Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern“.

³³⁶ Siehe Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin, Jugend in Berlin. Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz. Kinderschutz verbessern – Gewalt gegen Kinder

Bremen: Im April 2007 wurde in Bremen das Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung (Kindeswohlgesetz – KiWG) beschlossen und ist am 27. April 2007 in Kraft getreten.³³⁷ Darin bekommen die Gesundheitsämter die Aufgabe, „zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung aufsuchende und nachgehende Hilfen“ durchzuführen (§ 14 Abs. 2 Satz 3 Gesundheitsdienstgesetz [GDG] BR). In einer Vorschrift „Früherkennungsuntersuchungen für Kinder“ (§ 14 a GDG BR) sind die Gesundheitsämter aufgefordert, die gesetzlichen Vertreter/innen jedes Kindes zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 einzuladen (Abs. 1). Hierzu erhalten sie von den Meldebehörden die benötigten Informationen (Abs. 6). Die niedergelassenen Ärzt/inn/e/n, die eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, sind zur unverzüglichen Übersendung eines Rückmeldebogens an das Gesundheitsamt verpflichtet, in dem die persönlichen Angaben zur Person (Name, Geburtsdaten, Anschrift etc.) und zur durchgeführten Früherkennungsuntersuchung enthalten sind (Abs. 2). Das Gesundheitsamt stellt fest, welche Kinder nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben und erinnert die gesetzlichen Vertreter/innen zeitnah schriftlich an die Durchführung (Abs. 3). Erhält das Gesundheitsamt innerhalb angemessener Frist nach der Erinnerung keine Rückmeldung über eine durchgeführte Früherkennungsuntersuchung, nimmt es „gezielt Kontakt“ mit den gesetzlichen Vertreter/inne/n auf und bietet einen Hausbesuch sowie die Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung bei Gelegenheit des Hausbesuchs an (Abs. 4). Wird dies „ohne hinreichende und nachgewiesene Gründe abgelehnt“, erstattet das Gesundheitsamt Meldung über die persönlichen Angaben zu Kind und gesetzlichen Vertreter/inne/n an das Jugendamt, das seinerseits berechtigt ist, die „übermittelten Daten zum Zwecke der Durchführung der Aufgaben nach § 8 a des Achten Buches Sozialgesetzbuch zu verarbeiten“ (Abs. 5). Die erhobenen Daten sind zu löschen, sobald sie zur Durchführung der Aufgaben in den Absätzen 1 bis 5 nicht mehr benötigt werden, spätestens wenn das Kind sieben Jahre alt ist (Abs. 7). Das Verfahren soll zwei Jahre nach seinem In-Kraft-Treten auf seine Wirksamkeit hin evaluiert werden (§ 42 a GDG BR).

Saarland: Als erstes Bundesland hat das Saarland im April ein Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung in Kraft gesetzt.³³⁸ In das Gesundheitsdienstgesetz (GDG SL) wird ein neuer „§ 8 a Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder“ aufgenommen. Danach ermittelt eine „Zentrale

entgegenwirken, Februar 2007, Anlage 10 zu den Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8 a SGB VIII bei Kindeswohlgefährdung (Stand 10.2006).

³³⁷ GBl. BR S. 2007, S. 317 ff.

³³⁸ Gesetz Nr. 1612 zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vom 7. Februar 2007, ABl vom 5. April 2007, S. 742 ff.

Stelle“ die Kinder im Alter bis zu fünfzehn Jahren, die nicht an einer für ihr jeweiliges Alter vorgesehenen Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben (Abs. 1). Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger, die eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, „übermitteln der Zentralen Stelle unverzüglich“ die Angaben zur Person (Name, Geschlecht, Geburtsdaten, gesetzliche Vertreter/innen, Adresse) und zur durchgeführten Früherkennungsuntersuchung (Abs. 2). Die Meldebehörden übermitteln der Zentralen Stelle regelmäßig die erforderlichen Daten, die dort mit den Meldungen der Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspflegern abgeglichen werden (Abs. 3). Die Zentrale Stelle lädt die gesetzlichen Vertreter/innen ein, die versäumte Früherkennungsuntersuchung nachzuholen (Abs. 4). Erfolgt die Nachholung trotz zweimaliger Aufforderung nicht, übermitteln die Zentrale Stelle dem zuständigen Gesundheitsamt die Angaben zur Person und die Bezeichnung der unterbliebenen Früherkennungsuntersuchungen (Abs. 5). Dieses bietet den gesetzlichen Vertreter/inne/n eine Beratung über Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung und eine „subsidiäre Durchführung der ausstehenden Früherkennungsuntersuchung“ durch einen ihrer Ärzt/inn/e/n an (Abs. 6). Erfolgt trotz des Angebots keine Früherkennungsuntersuchung, übermitteln das Gesundheitsamt dem Jugendamt die betreffenden Angaben zur Person, zur unterbliebenen Früherkennungsuntersuchung und ggf. zu den Gründen der gesetzlichen Vertreter/innen für die Nichtteilnahme (Abs. 7).

In anderen Ländern sind zum Zeitpunkt der Erstellung der Expertise **Gesetzentwürfe** ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht:

Hessen: Im Stadium der Verbändeanhörung befindet sich der Entwurf eines Hessischen Gesetzes zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder, in dessen Zentrum ein Kinderschutzgesetz (KiSchG HE) steht. Danach sollen für alle in Hessen wohnhaften Kinder die Früherkennungsuntersuchungen bis zum Alter von fünfzehn Jahren sowie die Früherkennungsuntersuchungen auf behandelbare Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen nach Anlage 2 der Kinder-Richtlinien für verbindlich erklärt werden (§ 1 Abs. 1 und 2 KiSchG HE). „Die Personensorgeberechtigten haben die Teilnahme an den Untersuchungen sicherzustellen“ (§ 1 Abs. 3). Sie sollen über die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen durch ein Hessisches Kindervorsorgezentrum informiert werden (§ 2 Abs. 1). Dieses soll feststellen, ob die Kinder an den Untersuchungen teilgenommen haben; wenn nicht, sieht der Entwurf vor, die Personensorgeberechtigten aufzufordern, die Teilnahme innerhalb einer angemessenen Frist sicherzustellen. Die Aufforderung kann wiederholt werden. Wird dem „nicht Folge geleistet, informiert das Hessische Kindervorsorgezentrum unverzüglich das zuständige Jugendamt.“ (§ 2 Abs. 2). Die Früherkennungsuntersuchungen auf behandelbare

Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen soll das Hessische Kindervorsorgezentrum selbst durchführen, es soll bei den Personensorgeberechtigten auf die Teilnahme hinwirken und diese beraten (§ 2 Abs. 3 und 4). Ärzt/inn/e/n und Hebammen/Entbindungspfleger, die nach Vollendung des zweiten Lebensmonats vorgesehene Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt haben, sollen verpflichtet werden, dem Hessischen Kindervorsorgezentrum die Angaben zur Person (Name, Geschlecht, Geburtsdaten, Anschrift) und die Bezeichnung der Früherkennungsuntersuchung mitzuteilen (§ 3 Abs. 1). Stellen sie bei der Untersuchung „eine Gefährdung des Wohls des Kindes fest, sollen sie befugt sein, dem zuständigen Jugendamt Mitteilung zu machen“ (§ 3 Abs. 3). Die Datenübermittlung an das Hessische Kindervorsorgezentrum und die dortige Datenverarbeitung soll für zulässig erklärt werden (§ 4 Abs. 1). Eine Datenlöschung soll vorgeschrieben werden, wenn die Kenntnis zur Aufgabenwahrnehmung nicht mehr erforderlich ist, spätestens sechs Jahre nach der Geburt des Kindes (§ 4 Abs. 2).

Rheinland-Pfalz: Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz hat am 11. Juli 2007 den Gesetzentwurf für ein Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (Kinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz) vorgelegt. Es knüpft ausdrücklich an den Schutzauftrag nach § 8 a SGB VIII an (§ 3 Abs. 4 KiSchG RP) und „regelt Maßnahmen zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit durch frühe Förderung und rechtzeitige Hilfen zur Vermeidung von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung“ (§ 1 Abs. 2 KiSchG RP). Der Entwurf enthält Programmsätze für eine qualifizierte Kinderschutzarbeit und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 Abs. 1, § 2 KiSchG RP) und nimmt dabei alle Beteiligten durch ausdrückliche gesetzliche Inpflichtnahme in die Mitverantwortung. Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen nach dem Entwurf die Aufgabe erhalten, lokale Netzwerke zu errichten, zu planen und zu steuern – mit Einrichtungen und Diensten der freien Jugendhilfe, Gesundheitsämtern, Sozialämtern, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäusern, Sozialpädiatrischen Zentren, Beratungsstellen, Einrichtungen und Diensten zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichten, Angehörigen der Heilberufe und der Gesundheitsfachberufe (§ 3 Abs. 1 bis 3 KiSchG RP). Gesundheitsämter soll ebenso eine gesetzliche Pflicht zur Zusammenarbeit treffen (§ 12 Abs. 2 GÖGD RP) wie Ärzt/inn/e/n, Zahnärzt/inn/e/n, Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en (§ 21 Nr. 4 HeilberufG RP), Hebammen/Entbindungspfleger (§ 1 a LHebammenG RP) und Krankenhäuser mit Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder für Kinderheilkunde (§ 31 Abs. 2 LKrankenhausG RP). Das Land würde Verant-

wortung übernehmen durch Einrichtung einer „überregionalen Servicestelle, die insbesondere die Bildung der lokalen Netzwerke und deren Arbeit beratend unterstützt und auf einen gleichmäßigen Ausbau der Einrichtungen und Angebote hinwirkt“ (§ 4 Abs. 1 KiSchG RP). Außerdem soll das Land den Aufbau und die Arbeit mit pauschal sieben Euro pro Jahr für jedes Kind unter sechs Jahren im jeweiligen Jugendamtsbezirk fördern (§ 4 Abs. 2 KiSchG RP). In Bezug auf Früherkennungsuntersuchungen ist geplant, eine Zentrale Stelle einzurichten, die die gesetzlichen Vertreter/innen rechtzeitig über einzelne anstehende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, deren Inhalte sowie Möglichkeiten zur Inanspruchnahme informiert und zur Teilnahme auffordert (§ 5 Abs. 1, § 7 Abs. 1 KiSchG RP). Ähnliche Informations- und Hinwirkungspflichten sollen die Gesundheitsämter treffen (§ 5 Abs. 3 GÖGD RP). Dafür sollen sie von den Meldebehörden die Angaben zur Person (Name, Geschlecht, Anschrift, Geburtsdaten, gesetzliche Vertreter/innen, Staatsangehörigkeit u. a.) erhalten (§ 6 KiSchG RP). Die Person, durch die ein Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde, soll innerhalb von fünf Arbeitstagen nach derselben eine Untersuchungsbescheinigung übermitteln (§ 7 Abs. 2 KiSchG RP). Die Gesundheitsämter sollen von der Zentralen Stelle Mitteilung über die Kinder erhalten, die nach wiederholter Einladung eine Früherkennungsuntersuchung nicht in Anspruch genommen haben (§ 8 Abs. 1 KiSchG RP). Danach setzt sich das Gesundheitsamt entsprechend den Vorgaben im Entwurf mit den gesetzlichen Vertreter/inne/n „in Verbindung und wirkt in geeigneter Weise auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung hin“ (§ 8 Abs. 2 KiSchG RP). Wird trotz dieser Maßnahmen keine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt bzw. lässt sich eine solche nicht feststellen, soll das Gesundheitsamt dem örtlichen Jugendamt unverzüglich die zur Kontaktaufnahme benötigten Angaben zur Person übermitteln (§ 9 Abs. 1 Satz 1 KiSchG RP). Haben sich bei der Kontaktaufnahme durch die Gesundheitsämter Anhaltspunkte für die Vernachlässigung, den Missbrauch oder die Misshandlung eines Kindes ergeben, soll das Gesundheitsamt das Jugendamt auch hierüber unverzüglich unterrichten (§ 9 Abs. 1 Satz 2 KiSchG RP). Die Jugendämter sollen verpflichtet werden, anhand der übermittelten Daten zu prüfen, ob ein Hilfebedarf vorliegt, und die notwendigen und geeigneten Maßnahmen zur frühen Förderung und zum Schutz von Kindern zur Verfügung stellen (§ 9 Abs. 2 KiSchG RP). Der Gesetzentwurf enthält spezielle Vorgaben zur Sicherung der elektronisch gespeicherten Daten (§ 10 Abs. 1 KiSchG RP); diese sollen spätestens drei Jahre nach ihrer Speicherung zu löschen sein, soweit nicht im Einzelfall ihre Kenntnis für die Erfüllung der Aufgaben der Gesundheits- bzw. Jugendämter aus zwingenden Gründen über diesen Zeitpunkt hinaus erforderlich ist (§ 10 Abs. 2 und 3 KiSchG RP). Den Trägern der Gesundheitsämtern soll das Land drei Euro pro Jahr für jedes Kind in ihrem Zuständigkeitsbereich erstatten (§ 13 KiSchG RP). Außerdem wird die Befugnis

der Personen, die vom Anwendungsbereich der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 StGB erfasst sind, zur Unterrichtung des Jugendamts kontextualisiert und in ihrem Verfahren näher beschrieben (§ 12 KiSchG RP).³³⁹ Darüber hinaus sollen in den jeweiligen Gesetzen für alle Beteiligten an den lokalen Netzwerken die Aufgaben im Zusammenhang mit früher Förderung und der Zusammenarbeit aufgenommen werden (siehe auch §§ 14 bis 17 AG-KJHG RP und § 20 Abs. 2 Satz 3 KitaG RP).

Schleswig-Holstein: Einen ganz eigenen Weg geht Schleswig-Holstein mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein.³⁴⁰ Es stellt das Jugendamt ins Zentrum des Kinderschutzes (§ 3 Abs. 1) und legt Schulen, Polizei, Straf- und Zivilgerichtsbarkeit Meldepflichten auf (§ 14). Ansonsten geht das Gesetz in Konkurrenz zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung im Bundesrecht, normiert in Abwandlung von § 1666 Abs. 1 BGB eine Pflicht zur Sicherstellung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen durch Maßnahmen zu ihren Gunsten (§ 1 Abs. 3), modifiziert die Handlungspflichten nach § 8 a SGB VIII durch besondere, allerdings nicht weiter spezifizierte Datenrezeptions- und -verarbeitungspflichten (§ 3 Abs. 2) sowie durch Verpflichtungen, „eng mit der Polizei und den Familiengerichten zusammen“ zu arbeiten (§ 3 Abs. 4), macht vermeintlich konkretisierende Vorgaben zu den Vereinbarungen nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII zwischen Jugendämtern und Trägern von Einrichtungen und Diensten (§ 10), schränkt die bundesrechtlichen Befugnisse im Rahmen der Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII dahingehend ein, dass Inobhutnahme nur noch in Bereitschaftspflegestellen und Einrichtungen soll erfolgen dürfen (§ 12 Abs. 1), um anschließend die Klärung der Gefährdungssituation mit den Eltern abweichend von § 42 Abs. 3 SGB VIII einem eigenen Verfahren zu unterwerfen (§ 12 Abs. 3), fordert abweichend von § 72 a SGB VIII auch bei Fachkräften in Einrichtungen und Diensten die Vorlage eines Führungszeugnisses (§ 11 Abs. 1) und verpflichtet die Jugendämter sicherzustellen, dass von ihnen vermittelte Kindertagespflegepersonen dafür sorgen, dass andere Personen, die Kontakt zu den betreuten Kindern haben, nicht wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung verurteilt sind (§ 11 Abs. 2), ohne allerdings darzutun, wie dies in der Praxis umgesetzt werden könnte. Alle diese Änderungen verstoßen gegen Bundesrecht (Art. 31 GG), dürften daher, sollten sie tatsächlich Gesetz werden, – aus verfassungsrechtlicher Sicht – keine Anwendung finden. Die Förderung präventiver Angebote zur Bildung, Beratung und Unterstützung sowie überregional tätiger Träger des Kinder- und Jugendschutzes durch das Land soll – ebenfalls unspezifiziert – ins Gesetz aufgenommen werden (§§ 4, 5). Auch Fortbildungs- und Qualifizierungsan-

³³⁹ Hierzu eingehend siehe oben S. 65 ff.

³⁴⁰ Fraktionsentwurf von CDU und SPD vom 11. Juni 2007, LT-Drucks. 16/1439.

gebote zu Themen des Kinderschutzes, insbesondere mit dem Ziel einer verbesserten Zusammenarbeit der Jugend-, Gesundheits- und Behindertenhilfe und der Frauenunterstützungseinrichtungen sowie der Polizei und Justiz, sollen durch das Land gefördert werden (§ 6). Bei der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen sieht der Entwurf vor, die durchführenden Ärzt/inn/e/n zu verpflichten, einer Zentralen Stelle unverzüglich die Angaben zur Person (Name, Geburtsdaten, Anschrift) und zur durchgeführten Früherkennungsuntersuchung zu übermitteln (§ 7 Abs. 2). Die Meldebehörden sollen vier Wochen vor einer fälligen Früherkennungsuntersuchung die Angaben zur Person von Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahrs übermitteln (§ 7 Abs. 3). Die Zentrale Stelle soll die gesetzlichen Vertreter/innen des Kindes zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 einladen und mit Fristsetzung an die Nachholung erinnern (§ 7 Abs. 4). Wird die Früherkennungsuntersuchung trotz Einladung und einmaliger Erinnerung nicht nachgeholt, soll nach dem Gesetzentwurf die Zentrale Behörde dem Jugendamt die Angaben zur Person sowie zur unterbliebenen Früherkennungsuntersuchung übermitteln (§ 7 Abs. 6). Das Jugendamt soll Beratung über Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchungen anbieten und ggf. die notwendigen Kontakte zu Ärzt/inn/en herstellen. Besteht auch dann keine Bereitschaft zur Teilnahme, soll das Jugendamt prüfen, ob gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls vorliegen, erforderliche Hilfen anbieten und erforderlichenfalls das Familiengericht anrufen (§ 7 Abs. 7). Außerdem fordert der Entwurf für ein Kinderschutzgesetz SH die Jugendämter auf, „junge schwangere Frauen, junge Mütter und junge Väter, Kinder, Jugendliche, Mütter und Väter in belasteten Lebenslagen, mit sozialer Benachteiligung oder individueller Beeinträchtigung frühzeitig auf Beratung, Unterstützung sowie Hilfen und Leistungen hinzuweisen“ (§ 8 Abs. 1 Satz 1). Im Entwurf heißt es, das Jugendamt „sorgt dafür“, dass diese Hilfen leistungsträgerübergreifend angeboten werden und die Personen Hilfen und Leistungen rechtzeitig erhalten (§ 8 Abs. 1 Satz 2) – ohne dass das Jugendamt hierfür tatsächlich Kompetenzen oder Aufgaben zugewiesen bekäme, andere Stellen entsprechend anhalten zu können. Außerdem sollen – voneinander getrennte – Lokale Netzwerke Kinderschutz (§ 9) und Kooperationskreise (§ 13) eingerichtet werden, wobei bei ersteren im Wesentlichen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe, bei letzteren vor allen Dingen Jugend- und Gesundheitsämter, Schulen, Polizei und Justiz kooperieren sollen.

Überlegungen zu landesgesetzlichen Regelungen für verbindliche (Einladungen zu) Früherkennungsuntersuchungen werden angestellt in **Berlin**,³⁴¹ **Brandenburg**,³⁴² **Ham-**

³⁴¹ Zentrales, landesweites Meldesystem für Früherkennungsuntersuchungen mit verbindlichem Einladungswesen (§ 9 KitaFöG-E).

burg und **Mecklenburg-Vorpommern**.³⁴³ **Bayern** will zudem die Auszahlung des Landeserziehungsgeldes an die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen koppeln, bei der Anmeldung in einer Kindertageseinrichtung oder in der Schule den Nachweis einfordern.³⁴⁴ **Sachsen-Anhalt** erarbeitet eine Änderung des Gesundheitsdienstgesetzes, wonach die Gesundheitsämter an gesundheitlichen Maßnahmen betreffend die Sicherung des Kindeswohls mitwirken. **Niedersachsen** plant die Kinderrechte in die niedersächsische Verfassung aufzunehmen,³⁴⁵ eine verpflichtende Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen wird erst dann für sinnvoll erachtet, „wenn diese Untersuchungen zu einem Instrument des Kinderschutzes weiterentwickelt wurden.“³⁴⁶ Ähnliche Vorbehalte meldet Nordrhein-Westfalen an.³⁴⁷

Keine näheren Informationen über den aktuellen Stand landesgesetzgeberischer Bestrebungen betreffend die Schnittstelle von Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe liegen aus **Baden-Württemberg**, **Sachsen** und **Thüringen**³⁴⁸ vor.

Will man eine **erste Kurzbewertung der landesgesetzlichen Aktivitäten** wagen – ohne sie an dieser Stelle vertieft zu erläutern –, so lässt sich feststellen, dass

- die Früherkennungsuntersuchungen als Anlass genommen werden können, um mithilfe landesrechtlicher Unterstützung die **Verantwortungsübernahme für den Kinderschutz in der Gesundheitshilfe verbindlich** einzufordern und gleichzeitig zu stärken, zielführende Kooperationsstrukturen mit der Kinder- und Jugendhilfe durch Teilnahmeverpflichtungen gegenüber allen Beteiligten zu befördern und damit den Kinderschutz durch Landesrecht nachhaltig zu qualifizieren (z. B. Rheinland-Pfalz);
- die **Vorbehalte gegenüber einer Einführung von Verbindlichkeit bei Früherkennungsuntersuchungen** bzw. eines verbindlichen Einladewesens durchaus ihre Berechtigung haben, da die Zweifel (noch) nicht auszuräumen sind, ob mit Einführung eines Melde- und Aufforderungswesens der Zugang zu prekären Lebenssituationen von Kindern tatsächlich verbessert wird oder nicht sogar vielleicht ver-

³⁴² Geplant ist eine Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes.

³⁴³ Geplant ist eine Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

³⁴⁴ Bayerische Staatskanzlei, Bericht aus der Kabinettsitzung vom 26. Juni 2007 (zu finden unter <http://www.bayern.de/Presse-Info/PM/2007MRat/070626-Ministerrat.html#1>).

³⁴⁵ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Handlungskonzept Kinderschutz Niedersachsen, S. 2.

³⁴⁶ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Handlungskonzept Kinderschutz Niedersachsen, S. 4.

³⁴⁷ Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, Handlungskonzept der Landesregierung für einen besseren und wirksameren Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen, S. 2 f.

³⁴⁸ Siehe für Thüringen allerdings LT-Drucks. 4/2428, 4/2549 und 4/2617.

schlechtern, insbesondere ohne vorherige fachliche Qualifizierung der Früherkennungsuntersuchungen (z. B. Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Thüringen);³⁴⁹

- die **Schnelligkeit**, mit welcher gesetzliche Regelungen zum Kinderschutz verabschiedet werden, in umgekehrt proportionalem Verhältnis zur Qualifizierung des Kinderschutzes stehen. Wird bspw. allein auf eine **quantitative Steigerung** der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen gesetzt und ein **reines Meldesystem** etabliert, statt **qualitative Verbesserungen** bei der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen und der Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe zu befördern, ist den von Vernachlässigung und Misshandlung betroffenen Kindern wenig gedient (z. B. Saarland, Bremen);
- die **Einführung von Sanktionierungen** bei Familien in prekären Lebenssituationen auch eine erhebliche Gefahr birgt, dass für die betroffenen Kinder der Zugang zu den benötigten Hilfen erschwert und die Problemlagen damit verschärft werden (z. B. Bayern);
- eine landesgesetzliche Rollenzuschreibung an das **Jugendamt als zentrale Empfangsstelle von Meldungen**, würde die Gesundheitshilfe nicht in ihrer Verantwortung stärken, sondern sie aus ihr entlassen, was im Ergebnis zur Isolation des Jugendamts führen würde, statt Kooperation zu befördern (z. B. Schleswig-Holstein);
- eine **landesrechtliche Konkurrenz zum bundesrechtlichen Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung** nach §§ 8 a, 42, 72 SGB VIII statt zur Vermittlung Handlungssicherheit allenfalls zur Verunsicherung und im Ergebnis zur erheblichen Schwächung des Kinderschutzes geeignet ist (z. B. Schleswig-Holstein).

2. Änderungsbedarf im Bundesrecht?

a) *Kinder- und Jugendhilferecht*

Das Bundesrecht hat mit dem Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (**KICK**)³⁵⁰ eine Qualifizierung der Regelungen zum Kinderschutz erhalten. Zum einen wurde mit § 8 a SGB VIII eine eigene Vorschrift zum „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ eingeführt. Zum anderen wurden Lücken bei den erforderlichen Übermitt-

³⁴⁹ Siehe insbesondere Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Handlungskonzept Kinderschutz Niedersachsen, S. 4.

³⁵⁰ Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz – KICK) vom 8. September 2005, BGBl I S. 2729.

lungsbefugnissen im Sozialdatenschutz geschlossen und Ungereimtheiten ausgeräumt.³⁵¹

Die **Effekte der Einführung des § 8 a SGB VIII und der Änderungen in den kinderschutzrelevanten Datenschutzbestimmungen des SGB VIII** in den ersten knapp zwei Jahren nach deren In-Kraft-Treten sind vielversprechend, auch wenn die diskursiven Suchbewegungen in der Praxis und den Verbänden in teilweise sehr unterschiedliche Richtungen gehen und nicht in jedem Fall der direkte Weg zu einer Optimierung des Kinderschutzes gewählt wird. Beispielsweise

- erfahren die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext von Kindeswohlgefährdung enorm **gesteigerte Aufmerksamkeit**;
- ist das **Angebot an Fort- und Weiterbildung** für alle Arbeitsbereiche der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe sprunghaft angestiegen;
- werden nahezu überall die **Arbeitsabläufe** in den Jugendämtern sowie in Einrichtungen und Diensten mit dem Ziel einer Optimierung des Kinderschutzes kritisch hinterfragt;
- findet über die in § 8 a Abs. 2 SGB VIII gesetzlich geforderte **Zusammenarbeit zwischen Trägern von Einrichtungen und Diensten und Jugendämtern** eine meist intensive Auseinandersetzung über die Möglichkeiten einer Verbesserung der Kooperationsstrukturen statt.

Die **Entwicklungen** sind weiter zu beobachten. Sollten sich bei einer späteren Evaluation manifestierte Fehlentwicklungen zeigen, wird zu prüfen sein, ob diesen mit Änderungen im Recht begegnet werden kann. Derzeit ist jedenfalls kein gesetzgeberischer Änderungsbedarf im bundesrechtlichen Kinder- und Jugendhilferecht des SGB VIII ersichtlich.

b) Familienrecht

Im Juli 2007 hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Erleichterung familiengerichtlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.³⁵² Mit den Änderungen soll insbesondere eine **frühzeitigere Anrufung der Familiengerichte**³⁵³ und ein Umstellen des bisher in erster Linie auf punk-

³⁵¹ Siehe § 62 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. d, Nr. 4, § 64 Abs. 2a, § 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Nr. 4 SGB VIII.

³⁵² Kabinettsentwurf vom 11. Juli 2007 (zu finden unter www.bmj.de).

³⁵³ Siehe die geplanten Änderungen in § 50 e FGG-E (Vorrang- und Beschleunigungsgebot) und § 50 f FGG-E (Erörterung der Kindeswohlgefährdung). – Siehe auch 77. Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister am 1. und 2. Juni 2006 in Erlangen, Beschluss „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ (TOP I.16), Ziff. 2.

tuelle Entscheidungen ausgerichtete familiengerichtliche Verfahren hin zu einer **prozesshaften Begleitung der Hilfeprozesse**³⁵⁴ erreicht werden.

Durch eine frühzeitigere Anrufung und prozesshafte Beteiligung des Familiengerichts wird das Verhältnis zwischen Familiengericht und Jugendamt neu auszutarieren sein. Sollen die Gesetzesänderungen an dieser Stelle den gewünschten Erfolg bringen, so darf die **verbindliche Fortbildung von Familienrichter/inne/n**, insbesondere in human- und sozialwissenschaftlichen Fragen, ebenso kein Tabu mehr sein³⁵⁵ wie der selbstverständliche und verlässliche Austausch zwischen Jugendämtern, Familiengerichten und den beteiligten Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe in regelmäßig tagenden, **fallübergreifenden Arbeitskreisen**.³⁵⁶ In den nunmehr vorgelegten Gesetzentwurf finden diese Desiderate zur Qualifizierung des Kinderschutzes – mit Verweis auf die Gesetzgebungskompetenz der Länder –³⁵⁷ keinen Eingang.

³⁵⁴ Siehe die geplanten Änderungen in § 1666 Abs. 3 Nr. 1 BGB-E (Verpflichtung, Hilfen zu beanspruchen) und § 1696 Abs. 3 Satz 2 BGB-E (Überprüfung der Entscheidung bei Absehen von Eingriffen in die elterliche Sorge).

³⁵⁵ Siehe hierzu die vom Bundesministerium der Justiz eingesetzte Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“, Abschlussbericht vom 17. November 2006, S. 12, 53 (zu finden unter www.bmj.de).

³⁵⁶ Siehe hierzu den Abschlussbericht (Fn. 355), S. 11, 25, 50.

³⁵⁷ Kabinettsentwurf vom 11. Juli 2007, S. 11 f. (zu finden unter www.bmj.de).

F. Literatur

- Antoni, M.*, Zustimmungsvorbehalte des Bundesrates zu Rechtsetzungsakten des Bundes – Die Zustimmungsbedürftigkeit von Bundesgesetzen, AÖR 1988 (113), 329 ff.
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugend- und Familienbehörden (AGJF), Stärkung der landesrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe durch die Föderalismusreform, Arbeitspapier (in der Sitzung vom 8./9. März 2007 zur Kenntnis genommen)
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ e. V. (Hrsg.), Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Kinder- und Jugendhilfe, 2006
- Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“, Abschlussbericht vom 17. November 2006 (zu finden unter www.bmj.de)
- Arndt, H.-W.*, Zur Einführung – Datenschutzrecht, JuS 1988, 681 ff.
- Auernhammer, H.*, Bundesdatenschutzgesetz, 3. Aufl. 1993
- Bathke, S.*, Vereinbarungen als Basis für Kooperation zwischen öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, in: Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 39 ff.
- Bauer, C.*, § 8 a SGB VIII und seine Auswirkungen im Alltag, Dialog Erziehungshilfen 4/2006, 14 ff.
- Bayerischer Landesjugendhilfeausschuss, Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8 a SGB VIII, FORUM Jugendhilfe 1/2006, 31 ff.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen/Staatsinstitut für Frühpädagogik München – IFP (Hrsg.), Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung, 2006
- Bergmann, L./Möhrle, R./Herb, A.*, Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, den Datenschutzgesetzen der Länder und Kirchen sowie zum Bereichsspezifischen Datenschutz, Band 1 und 2, Loseblatt
- Blank, U./Deegener, G.*, Kooperation und Vernetzung von Institutionen zur Abschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindeswohlgefährdung, in: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e. V. (Hrsg.), Verantwortliche handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum, 2004, S. 113 ff.
- Blum-Maurice, R.*, Begriffsklärungen und Differenzierungen – Chancen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit?, in: Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V., Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht, Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin, Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 26, S. 63 ff.
- Blum-Maurice, R.*, Niedrigschwellige Angebote im Sozialraum: Das „Kalker Netzwerk für Familien“, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 171 ff.

- Blum-Maurice, R.*, Sowohl als auch statt entweder oder – Jugendhilfe zwischen Schutzauftrag und Beziehungsangebot im Kontakt zu Eltern bei Kindeswohlgefährdung, in: Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V., Verändertes Kinder- und Jugendhilferecht und seine Auswirkungen auf die Praxis. Die Umsetzung aktueller Gesetzesänderungen im SGB VIII. Dokumentation der Fachtagung vom 22. bis 24. Juni 2005 in Berlin. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 53, S. 172 ff.
- Breitkopf, H.*, Praxiskommentar zum SGB IX, 2004 (zu finden unter www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/b5)
- Brem-Gräser, L.*, Handbuch der Beratung für helfende Berufe, Band 1, 1993
- Bundesärztekammer, Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, Deutsches Ärzteblatt 1996, A 2809 ff.
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) e. V., Allgemeine Hinweise zu Datenschutzverletzung von Privatgeheimnissen, Informationen für Erziehungsberatungsstellen 2/1989, 21 ff.
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) e. V., Kinderschutz und Beratung – Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8 a SGB VIII, ZKJ 2006, 346 ff.
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) e. V., Kinderschutz und Beratung – Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8 a SGB VIII, 2006
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft – Hamburg schützt seine Kinder, Drucks. 18/2926 vom 27. September 2005
- Busch, M./Fieseler, G.*, Schutzauftrag trifft Praxis. Nach § 8 a SGB VIII ein „Weiter so“ im neuen Gewand?, Jugendhilfe 2006, 327 ff.
- Delmas, N./Lindner, W./Mörsberger, T.*, Schutzauftrag in der Kinder- und Jugendarbeit. Wie kann § 8 a SGB VIII so umgesetzt werden, dass sich zwei Aufgaben nicht gegenseitig blockieren?, Jugendhilfe 2006, 311 ff.
- Denninger, E.* (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Reihe Alternativkommentare – AK-GG, Loseblatt
- Denninger, E.*, Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Reihe Alternativkommentare – AK-GG, Loseblatt
- Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung, Stellungnahme zu den Grundsätzen fachlichen Handelns in der Institutionellen Beratung, ZfJ 2005, 60 ff.
- Deutscher Verein, Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Umsetzung des § 8 a SGB VIII, NDV 2006, 494 ff.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e. V. (Hrsg.), Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum, 2004
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e. V./ Die Kinderschutz-Zentren, Nur auf den ersten Blick sinnvoll. Kritik an der geplanten Anzeigepflicht bei sexueller Gewalt gegen Kinder, JAmt 2003, 234 f.

- Diakonie, Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz – Handreichung mit Erläuterungen und Hinweisen zum SGB VIII vom 1. Oktober 2005, Diakonie Korrespondenz 04/05
- Die Kinderschutz-Zentren (Hrsg.), Entmutigte Familien bewegen (sich). Konzepte für den Alltag der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. 6. Kinderschutzforum 13. – 15. September 2006, 2007
- Diefenbacher, M., Praxisratgeber Recht für Hebammen, 2004
- Diering, B./Timme, H./Waschull, D. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch X Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz. Lehr- und Praxiskommentar, 2004 (zit. Bearb., in: LPK-SGB X)
- Dreier, H. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, Band III, 2000
- Fegert, J. M., Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 195 ff.
- Fieseler, G./Schleicher, H./Busch, M., Kinder- und Jugendhilferecht. Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII (GK-SGB VIII), Loseblatt (zit. Bearb., in: GK-SGB VIII)
- Frank, R., Vernachlässigung im Säuglings- und Kleinkindalter aus ärztlicher Sicht, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 84 ff.
- Franz, M./Jäger, K., Interdisziplinäre Anforderungen und Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Kindern psychisch Kranker Eltern, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 152 ff.
- Gerber, C., Kinderschutzarbeit im Dreieck zwischen standardisierten Verfahren, professionellem Handeln und strukturellen Rahmenbedingungen, IKK-Nachrichten 1-2/2006, 34 ff.
- Gerber, C., Zwischen Kooperation und gemeinsamer Verantwortung, Vortrag auf der Fachtagung Wahrnehmen/Bewerten/Handeln – Methoden der frühen Hilfen vom 6./7. November 2006 in Kiel (zu finden unter <http://www.kinderschutzzentrum-kiel.de/publikationen/pp/vortrag2.pdf>).
- Greese, D., Kinderschutz – Der „Wächter“ wird aktiv, Jugendhilfe 2007, 61 ff.
- Hauck, K./Nofzt, W., SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar, Loseblatt
- Hauck, K./Nofzt, W./Stähr, A. (Hrsg.), SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar, Loseblatt
- Hauck, K./Nofzt, W., SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar, Loseblatt
- Hauck, K./Nofzt, W., SGB X Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten. Kommentar, Loseblatt
- Hillmeier, H., Prävention von Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter aus der Sicht des Jugendamtes, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 178 ff.

- Hoffmann, B., Datenschutz, Erhebung und Verwendung von Daten in der Jugendhilfe, in: Münder, J./Wiesner, R. (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch, 2007, Kap. 6.2, S. 535 ff.
- Institut für Soziale Arbeit (ISA) e. V., Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Arbeitshilfe zur Kooperation zwischen Jugendamt und Trägern der freien Jugendhilfe, 2006
- Jans, K.-W./Happe, G./Saubier, H./Maas, U. (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht – mit Sozialgesetzbuch Allg. Teil (SGB I) sowie Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X). Kommentar, Loseblatt
- Jarass, H. D./Pieroth, B. (Hrsg.), Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland – Kommentar, 8. Aufl. 2006
- Johns, I., Möglichkeiten und Grenzen medizinischen und sozialarbeiterischen Handelns, in: Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V., Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht, Dokumentation des Workshops am 30./31. März 2000, S. 101 ff.
- Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006
- Jordan, E., Kindeswohlgefährdung im Spektrum fachliche Einschätzungen und rechtlicher Rahmenbedingungen, in: ders. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 23 ff.
- Jugendministerkonferenz, Die Erweiterung des Kinderschutzauftrags im Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe – Stärkung der Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe, Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 18./19. Mai 2006, FORUM Jugendhilfe 2/2006, 40 f.
- Jung, H.-P. (Hrsg.), SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar zum SGB VIII mit Schriftsatz- und Vertragsmustern, 2006
- Kinderschutz-Zentrum Berlin, Kindesmisshandlung Erkennen und Helfen, 9. Aufl., Berlin 2000
- Kindler, H./Lillig, S., Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung, in: Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 85 ff.
- Kindler, H./Lillig, S., Was ist unter „gewichtigen Anhaltspunkten“ für eine Gefährdung zu verstehen? – Probleme und Vorschläge zu einem neuen Begriff im Kinderschutzrecht, IKK-Nachrichten 1-2/2006, S. 16 ff.
- Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A (Hrsg.), Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), 2006
- Kindler, H./Sann, A., Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, KJuG 2007, 42 ff.
- Knack, H. J., Verwaltungsverfahrensgesetz, 7. Aufl. 2000
- Kohaupt, G., Expertise zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung aus Sicht eines Mitarbeiters der Kinderschutz-Zentren, erstellt im Auftrag des Instituts für Soziale Arbeit (ISA) e. V. Münster, 2006 (www.kindeschutz.de)

- Kohaupt, G.*, Fachkräfte für den Kinderschutz nach § 8 a SGB VIII, in: Institut für soziale Arbeit (Hrsg.), *Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung – Arbeitshilfe zur Kooperation zwischen Jugendamt und Trägern der freien Kinder- und Jugendhilfe*, Münster, 2006
- Kohaupt, G.*, Wirkungen des Rechts auf Hilfebeziehungen im Kinderschutz. Elternverantwortung und Kindeswohl im Dreieck Familie, Beratungsstelle und Jugendamt, *JAmt* 2003, 567 ff.
- Krug, H./Grüner, H./Dalichau, G.*, SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar und Rechtssammlung, Loseblatt
- Kunkel, P.-C.* (Hrsg.), SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl. 2006 (zit. *Bearb.*, in: LPK-SGB VIII)
- Lackner, K./Kühl K.*, Strafgesetzbuch, 23. Aufl. 1999
- Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern, Merkblatt zur ärztlichen Schweigepflicht, Stand: März 2006
- Landesärztekammer Baden-Württemberg, Schweigepflicht und Datenschutz in der Arztpraxis, Informationen für Ärztinnen und Ärzte, Stand: April 2004
- Louis, H. W.*, Grundzüge des Datenschutzrechts, 1981
- Löwer, W.*, Föderalismusreform: Hauptziel verfehlt!, *NJW Editorial Heft* 14/2006
- Lukaczyk, P./Pöllen, W.*, Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ – Neue Wege in der Prävention für Kinder und Familien in Risikolagen und hohen Risikolagen, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*, 2007, S. 161 ff.
- Mangoldt, H. von/Klein, F./Starck, C.* (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*, Band 3, 2005
- Maunz, T./Dürig, G./Herzog, R./Scholz, R.* (Hrsg.), *Grundgesetz. Kommentar*, Loseblatt
- Menne, K.*, Kinderschutz in der Beratung, in: Jordan, E. (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung – Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe*, 2006, S. 149 ff.
- Menne, K.*, Kooperation zum Wohl des Kindes – Zur Zusammenarbeit von Erziehungsberatung und anderen Diensten und Einrichtungen, *JAmt* 2007, 117 ff.
- Merchel, J.*, Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe. Zwischen individuellem Fehlverhalten und Organisationsversagen, *Sozialmagazin* 2/2007, 11 ff.
- Merchel, J./Schone, R.*, Vereinbarungen mit Trägern von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe gemäß § 8 a Abs. 2 SGB VIII, *Forum Erziehungshilfen* 2006, 109 ff.
- Merten, R.*, § 8 a SGB VIII – Vom Neuerungswert des Altbekannten, *KJuG* 2007, 33 ff.
- Meysen, T.*, Datenerhebung bei Dritten – nichts für freie Träger?, *Jugendhilfe-Report* 2/2007, 8 ff.
- Meysen, T.*, Datenschutz als Hindernis oder Chance für Kooperation zwischen Jugendhilfe und Strafjustiz/Polizei?, in: Elz, J. (Hrsg.), *Kooperation von Jugendhilfe und Justiz bei Sexualdelikten gegen Kinder. Kriminologie und Praxis (KUP)* Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e. V. (KrimZ), Band 53, 2007, S. 51 ff.

- Meysen, T., Föderalismusreform: Folgerungen für die Kinder- und Jugendhilfe, in: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ e. V. (Hrsg.), Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 53 ff.
- Meysen, T., Kooperation beim Schutzauftrag und Datenschutz – alles rechtens?, in: Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 63 ff.
- Meysen, T., Rechtliche Vorgaben zur Kommunikation bei interdisziplinärer Kooperation, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 30 ff.
- Meysen, T., Vernetzung mit anderen Hilfesystemen: alles rechtens?, Kinderärztliche Praxis 77 (2006), 217 ff.
- Meysen, T./Schindler, G., Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung: Hilfreiches Recht beim Helfen, JAmt 2004, 449 ff.
- Ministerium für Bildung und Frauen des Landes Schleswig-Holstein, Datenschutz und familiäre Gewalt – Hinweise und Tipps zum Datenschutz bei Kooperationen zwischen Jugendamt und anderen Stellen, 2005
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, Handlungskonzept der Landesregierung für einen besseren und wirksameren Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen, o. J.
- Model, O./Müller, K., Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Taschenkommentar für Studium und Praxis, 11. Aufl. 1996
- Mörsberger, T., Datenschutz und Schweigepflicht als Hinderungsgrund für rechtzeitige Hilfen?, in: Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V., Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht, Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin, Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 26, S. 46 ff.
- Mörsberger, T., Zur Aufgabenstellung des Jugendamts bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Besondere Anforderungen. Missverständnisse um Datenschutz und Garantenpflicht, in: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e. V. (Hrsg.), Verantwortliche handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum, 2004, Kap. 4, S. 83 ff.
- Mrozynski, P., SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar, 4. Aufl. 2004
- Münch, I. von/Kunig, P. (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, Band 3 (Art. 70 bis Art. 146 und Gesamtregister), 4./5. Aufl. 2003
- Münder, J. u. a., Frankfurter Kommentar zum SGB VIII, 4. Aufl. 2003
- Münder, J. u. a., Frankfurter Kommentar zum SGB VIII, 5. Aufl. 2006
- Münder, J./Wiesner, R. (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch, 2007
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Handlungskonzept Kinderschutz Niedersachsen, o. J.
- Ostler, T./Ziegenhain, U., Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich, in:

- Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 67 ff.
- Parzeller M./Wenk, M./Rothschild, M. A., Die ärztliche Schweigepflicht, Deutsches Ärzteblatt 2005, A 289 ff.
- Pirani, U. von, Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus Sicht des Jugendamtes, in: Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V., Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht, Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin, Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 26, S. 25 ff.
- Pluhar, B., Datenschutz bei Trägern der freien Jugendhilfe, JAmt 2003, 336 ff.
- Pothmann, J./Schilling, M., Auch darüber muss gesprochen werden – mehr Hilfen kosten auch mehr Geld, KOMDAT Jugendhilfe, Sonderausgabe Okt. 2006, S. 5
- Reichert-Garschhammer, E., Soziale Netzwerkarbeit bei Gefährdungen des Kindeswohls, in: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen/Staatsinstitut für Frühpädagogik München – IFP (Hrsg.), Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung, 2006, S. 455 ff.
- Reuter-Spanier, D., Familienhebammen – ein Konzept für frühe Hilfen, Jhilfe 2007, 73 ff.
- Richter, A., Datenschutz. Leitfaden für die Ausbildung und Praxis, 1982
- Rietmann, S., Probleme und Chancen interdisziplinärer Kooperation bei Kindeswohlgefährdungen, IKK-Nachrichten 1-2/2006, 29 ff.
- Rixe, G., Anmerkung zu EGMR, Urt. v. 8. April 2004 – Beschwerde Nr. 11057/02 (Haase ./ Deutschland), FamRZ 2005, 589 ff.
- Sachs, M./Battis, U. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar. 3. Aufl. 2003
- Salgo, L., § 8 a SGB VIII – Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und zu den Konsequenzen der Gesetzesänderung, Teil 2, ZKJ 2007, 12 ff.
- Salgo, L., § 8 a SGB VIII – Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und den Konsequenzen der Gesetzesänderung, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 9 ff.
- Schellhorn, W./Schellhorn, H./Fischer, L./Mann, H., SGB VIII. Kommentar zum Sozialgesetzbuch VIII, 3. Aufl. 2007
- Schindler, G., Datenschutz und Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8 a SGB VIII, IKK-Nachrichten 1-2/2006, 9 ff.
- Schindler, H./Huber, A./Elmayer, E./Braun, S./Senge, F., Sicherstellung des Schutzauftrags des Jugendamts bei Kindeswohlgefährdung – Vereinbarung nach § 8 a neu SGB VIII, neue caritas 20/2005, 34 f.
- Schmid, H./Wiesner, R., Die Kinder- und Jugendhilfe und die Föderalismusreform. Teil 1, ZKJ 2006, 392 ff.
- Schmid, H./Wiesner, R., Die Kinder- und Jugendhilfe und die Föderalismusreform. Teil 2, ZKJ 2006, 449 ff.
- Schmidt-Abmann, E., Besonderes Verwaltungsrecht, 12. Aufl. 2003

- Schmidt-Bleibtreu, B./Klein, F.* (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz, 10. Aufl. 2004
- Schneider, E.*, Familienhebammen – Chancen und Grenzen der aufsuchenden Begleitung, in: Die Kinderschutz-Zentren (Hrsg.), Entmutigte Familien bewegen (sich). Konzepte für den Alltag der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. 6. Kinderschutzforum 13. – 15. September 2006, S. 260 ff.
- Schone, R.*, Die Sicherung des Kindeswohls im Spannungsfeld von Prävention und Schutzauftrag, in: Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, 2007, S. 111 ff.
- Schone, R.*, Frühe Kindheit in der Jugendhilfe – Präventive Anforderungen und Kinderschutz, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 52 ff.
- Schone, R.*, Probleme und Hürden bei der Umsetzung des § 8 a SGB VIII, IKK-Nachrichten 1-2/2006, S. 20 ff.
- Schone, R.*, Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8 a Abs. 2 SGB VIII, KJuG 2007, 36 ff.
- Schone, R./Wagenblass, S.*, Wenn Eltern psychisch krank sind ..., 2002
- Schulenburg, D.*, Der Behandlungsvertrag – Rechte und Pflichten im Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patient, Rheinisches Ärzteblatt 2004, 16 ff.
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin, Jugend-Rundschreiben Nr. 71/2006 zur Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8 a SGB VIII bei Kindeswohlgefährdung vom 21. Dezember 2006
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin, Jugend in Berlin. Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz. Kinderschutz verbessern – Gewalt gegen Kinder entgegenwirken, Februar 2007
- Simitis, S.*, Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, 5. Aufl. 2003
- Späth, K.*, Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Jugendhilfe, EJ 2006, 237 f.
- Stadt/Staatliches Schulamt/Polizeidirektion Nürnberg, Modellprojekt Kooperation Polizei – Jugendhilfe – Sozialarbeit – Schule (PJS), Abschlussbericht, Band 1: Grundlagen der Kooperation, 2003
- Staschek, B.*, Expertise Familienhebammen, Dezember 2006
- Staudinger, J. v.*, Kommentar zum BGB, Buch I, §§ 90-133, §§ 1-54, 63 BeurkG, Bearb. 2004
- Staudinger, J. v.*, Kommentar zum BGB, Buch IV, §§ 1638-1683, Bearb. 2004
- Tammen, B.*, Der Schutzauftrag der Jugendhilfe nach § 8 a SGB VIII, UJ 2006, 381 ff.
- Tammen, B.*, Grundzüge des Sozialdatenschutzes, UJ 2007, 126 ff, 180 ff., 225 ff.
- Tammen, B./Mutke, B.*, Kindeswohlgefährdung aus familien- und jugendhilferechtlicher Sicht (Teil 2), UJ 2006, 134 ff.
- Theissen, K.*, Expertise zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung Ausgestaltung und Inhalte von Vereinbarungen aus Sicht der Träger von Erziehungshilfen, (www.kindeschutz.de)
- Theissen, K.*, Vereinbarungen und Kooperationen im Kontext des § 8 a SGB VIII – Entwicklungen, Effekte, Risiken und Nebenwirkungen, IKK-Nachrichten 1-2/2006, 24 ff.

- Tinnefeld, M. T./Ehmann, E.*, Einführung in das Datenschutzrecht, 1994
- Trilsch, J.*, Die zivilrechtliche Haftung des Arztes/Die ärztliche Schweigepflicht, 2005 (zu finden unter: <http://www.slaek.de/60infos/pdf/broschhaft.pdf>)
- Tröndle, H./Fischer, T.*, Strafgesetzbuch, 53. Aufl. 2006
- Umbach, D./Clemens, T.* (Hrsg.), Grundgesetz. Mitarbeiterkommentar und Handbuch, Band II, 2002
- Umbach, D./Clemens, T.* (Hrsg.), Grundgesetz. Mitarbeiterkommentar und Handbuch, Band II, 2002
- Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V. (Hrsg.), Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 26. bis 28. April 2006. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 57, 2006
- Verein für Kommunalwissenschaften (VfK) e. V., Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht, Dokumentation des Workshops am 30./31. März 2000
- Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (VfK), Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht, Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin, Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 26
- Wabnitz, R. J.*, Föderalismusreform und Kinder- und Jugendhilferecht, in: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ e. V. (Hrsg.), Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 39 ff.
- Werner, H.-H.*, Die besondere Situation des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung, in: Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 129 ff.
- Wieland, J.*, Föderalismusreform: Chance für das Soziale?, NDV 2004, 403 ff.
- Wiesner, R.* (Hrsg.), SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe, 3. Aufl. 2006
- Wiesner, R.*, Abschied vom Kinder- und Jugendhilfegesetz?, ZfJ 2004, 309 f.
- Wiesner, R.*, Die Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl durch das Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz (KICK), in: Jordan, E. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung – Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, 2006, S. 9 ff.
- Wiesner, R.*, Gesetzgeberische Absichten zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl durch das Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz (KICK), IKK-Nachrichten 1-2/2006, 4 ff.
- Wiesner, R.*, Schutzauftrag des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung, FPR 2007, 6 ff.
- Wolff, R.*, Die strategische Herausforderung – ökologisch-systemische Entwicklungsperspektiven der Kinderschutzarbeit, in: Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2007, S. 37 ff.

Wulffen, M. von, SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, 5. Aufl.
2005

Ziegenhain, U./Fegert, J. M. (Hrsg.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung,
2007

Auftraggeber

Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
Tel.: 07 31/5 00-6 16 00, Fax: 07 31/5 00-6 16 02
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de
Internet: www.uniklinik-ulm.de

Auftragnehmer

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e. V.

Postfach 10 20 20, 69010 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/98 18-0, Fax: 0 62 21/98 18-28
E-Mail: institut@dijuf.de
Internet: www.dijuf.de

Verfasser/innen

Dr. Thomas Meysen

Fachlicher Leiter
Deutsches Institut für Jugendhilfe und
Familienrecht (DIJuF) e. V.
Postfach 10 20 20, 69010 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/98 18-11, Fax: 0 62 21/98 18-28
E-Mail: thomas.meyesen@dijuf.de
Internet: www.dijuf.de

Lydia Ohlemann

Referentin für Kinder- und Jugendhilferecht
Deutsches Institut für Jugendhilfe und
Familienrecht (DIJuF) e. V.
Postfach 10 20 20, 69010 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/98 18-33, Fax: 0 62 21/98 18-28
E-Mail: ohlemann@dijuf.de
Internet: www.dijuf.de

Projekträger

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Ministerin: Dr. Monika Stolz
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart
Tel.: 07 11/1 23-0, Fax: 07 11/1 23-39 99
E-Mail: poststelle@sm.bwl.de
Internet: www.baden-wuerttemberg.de

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz

Ministerin: Malu Dreyer
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
Tel.: 0 61 31/16-0, Fax: 0 61 31/16-24 52
E-Mail: poststelle@masgff.rlp.de
Internet: www.masgff.rlp.de

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Ministerin: Christa Stewens
Winzererstraße 9, 80797 München
Tel.: 0 89/12 61-01, Fax: 0 89/12 61-11 22
E-Mail: poststelle@stmas.bayern.de
Internet: www.stmas.bayern.de

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Minister: Dr. Klaus Zeh
Werner-Seelenbinder-Straße 6, 99096 Erfurt
Tel.: 03 61/3 79 00, Fax: 03 61/3 79 88 00
E-Mail: poststelle@tmsfg.thueringen.de
Internet: www.thueringen.de/de/tmsfg/

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ministerin: Dr. Ursula von der Leyen
Alexanderstraße 3, 10178 Berlin
Tel.: 0 30/2 06 55-0, Fax: 0 30 18/5 55-44 00
E-Mail: poststelle@bmfsg.bund.de
Internet: www.bmfsg.de