

## **Kooperation von Pädiatrie und Kinder- und Jugendhilfe:**

### **Vernetzung und grenzüberschreitendes Handeln**

**Dr. Ralf Kownatzki**

**Vortrag: 30.06.2010 Berlin**

**20 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz  
Deutsches Institut für Urbanistik**

Bereits aus dem Wortlaut der Definition des Deutsche Bundestags von 1986 zur Kindesmisshandlung läßt sich herleiten, dass die beiden großen Bereiche Kinder- und Jugendhilfe sowie das Gesundheitswesen als professionelle Institutionen mit dem Problem Kindeswohlgefährdung konfrontiert sind.

Beide Fachbereiche arbeiten bis heute oft weitgehend parallel. Ein das Kindeswohl betreffend effektiver Informationsaustausch zwischen ihnen ist nicht die Regel.

Die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB sowie das in der Verfassung verankerte Elternrecht machen einen notwendigen Austausch von Informationen nahezu unmöglich.

Nach § 203 StGB ( Schweigepflichtparagrah ) ist es Ärzten, die Kinder behandeln, grundsätzlich nicht gestattet, sich ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten (und möglicherweise Täter) über Verdachtsfälle von Kindesmißhandlung gegenseitig zu informieren, d.h. Befunde und Diagnosen auszutauschen.

(Rechtsgutachten Prof. Dr. Stefan Huster, - Ruhr-Universität Bochum, Juristische Fakultät, Lehrstuhl für Staats - und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts)

Diese Rechtslage ist im Sinne der zu schützenden Kinder absurd.

Das sieht auch die Ärztekammer in NRW so ( AEKNO-Expertentreffen 29.04.2008 ):

*„...Übereinstimmend wurde festgestellt, dass eine das Kindeswohl angemessen berücksichtigende Regelung mit dem geltenden Recht schwer zu vereinbaren ist. Unterhalb der Regelung des § 34 StGB verbleibt ein rechtlicher Raum, in dem die geltenden rechtlichen Bestimmungen einen Austausch von Daten im Interesse der betroffenen Kinder nicht ermöglichen. Daher wird übereinstimmend Bedarf gesehen, eine Initiative des Gesetzgebers einzufordern.“...*

sie kommt zu dem Ergebnis:

*„Wenn für einen Arzt Anlass zu der Vermutung besteht, dass Eltern die Selbstbestimmung des Kindes in rechtlich unzulässiger Weise verhindern, dürfen definierte Maßnahmen zur Information anderer Ärzte weitergegeben werden mit dem Ziel, Schädigungen des betreffenden Kindes zu verhindern“.*

Wenn heute das Problem Kindesmißhandlung diskutiert wird, wird dabei der Focus meist darauf gelegt, dass es sich dabei um einen Straftatbestand handelt und wie man damit umzugehen hat.

Das ist von Bedeutung, weil gelegentlich bei politischen Entscheidungsträgern aber auch im ärztlichen Bereich die Meinung vertreten wird: Kindesmißhandlung sei ausschließlich Angelegenheit staatlicher Institutionen wie Jugendämter oder Strafverfolgungsbehörden.

Für Ärzte ist Kindesmisshandlung aber nicht nur ein Straftatbestand, sondern zuallererst eine ärztliche Diagnose. ( ICD 10 Codierung T74.0 ff) . Sie unterliegt damit grundsätzlich der gleichen ärztlichen Vorgehensweise und Sorgfaltspflicht, wie beim Sichern aller anderen ärztlichen Diagnosen.

Insbesondere Kinder- und Jugendärzte mit ihren zahlreichen Kontakten -auch zu Risikokindern- im Rahmen der alltäglichen medizinischen Versorgung stehen hier in der besonderen Verantwortung, genauso sorgfältig vorzugehen wie beim diagnostizieren üblicher Erkrankungen wie Asthma, Meningitis oder Diabetes die nicht gleichzeitig auch noch einen Straftatbestand darstellen.

Dieses sorgfältige ärztliche Vorgehen ist aber unter der zur Zeit geltenden Rechtslage bei der Verdachtsdiagnose Kindesmißhandlung - zum Nachteil der betroffenen Kinder - nicht möglich.:

In diesem Zusammenhang ist gelegentlich zu hören, man dürfe das auch nicht

ändern. Eine erweiterte „interkollegiale Information“ , d.h. eine Erweiterung der Schweigepflicht auf weitere Ärzte, die das Kind behandeln, würde das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Eltern erschüttern: die Täter würden dann mit ihren Kindern nicht mehr zum Arzt gehen und das wäre noch schlimmer.

Erfahrungen mit dem seit über 30 Jahren in Deutschland eingeführten „ gelben U-Heft “ für die gesetzlich festgelegten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen widerlegen dies sehr eindrucksvoll. Hier werden schon im Kreißaal bei der U1 Informationen über Risiken für das Kind vom Frauenarzt an den weiterbehandelnden Kinderarzt eingetragen: z.B. ob die Mutter sich in wirtschaftlichen Problemen befindet, sie an einer Psychose leidet oder eine Suchtkrankheit besteht etc.. ohne dass nach Einführung des Untersuchungsheftes solche „Risikomütter“ nur noch heimlich zuhause entbunden hätten. Auch Präventionsprogramme wie „ Frühe Hilfen “ gehen nach wie vor davon „Risikomütter“ bereits in der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt zu erfassen.

Das Pilotprojert RISKID der Duisburger Kinder- und Jugendärzte wird als eine Möglichkeit einer verbesserten Vernetzung in der Pädiatrie vorgestellt.

RISKID dient dem notwendigen innerärztlichen Informationsaustausch - unter dem Schirm der nach wie vor bestehenden ärztlichen Schweigepflicht.

Gegenseitige Information zwischen den Ärzten, die ein Kind behandeln, muß bei V.a. Kindesmißhandlung auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten möglich sein, damit die Diagnose Kindesmißhandlung möglichst schnell gesichert oder auch ausgeschlossen werden kann.

Die demnächst neue bundesweit zur Verfügung stehende elektronische RISKID Version in der die von Datenschützern angeregten Verbesserungen gegenüber dem lokalen Duisburger Pilotprojekt – bereits berücksichtigt sind, wird präsentiert.

Beim RISKID-Konzept verbleiben die gewonnenen zusätzlichen Informationen innerhalb der nach § 203 StGB der Verschwiegenheit unterliegenden Berufsgruppe der Ärzte. Erhärtet sich die Verdachtsdiagnose zu einer im Sinne des ICD 10 gesicherten Diagnose von schwerer Misshandlung kann der Arzt die Möglichkeit nach § 34 StGB auch jetzt schon nutzen, sich zum Wohl des Kindes zu offenbaren.

Die alleinige Erleichterung von ärztlichen Meldungen an das Jugendamt schon im Vorfeld beim vagen Verdacht auf eine Kindesmißhandlung ( Entschärfung der ärztlichen Schweigepflicht ) helfen für sich allein wenig, da kein verantwortungsbewußter Arzt eine Meldung vornehmen wird ohne vorher seine Diagnose ausreichend geklärt zu haben.

Es ist daher dringend erforderlich, Ärzten die Möglichkeit zu geben, sich gegenseitig über ihre Befunde und Diagnosen bei V.a. Kindesmißhandlung zu informieren, weil Ärzte ja gerade bei einem noch nicht ausreichend abgeklärten Verdacht auf Kindesmißhandlung eines Informationsaustausches untereinander bedürfen, damit sich geschickt agierende Mißhandler nicht durch ständigen Arztwechsel (doctor-hopping) der Diagnosesicherung entziehen können.

Bei offensichtlichen Kindesmißhandlungen haben Ärzte auch heute schon keine Rechtsunsicherheit.

Eine bessere Vernetzung um einer Kindeswohlgefährdung möglichst früh zu begegnen, darf sich selbstverständlich nicht allein auf eine verbesserte Kommunikation, innerhalb der Kinder behandelnden Ärzteschaft beschränken, sondern muß neben anderen Bereichen des Gesundheitssystems (z.B. Hebammen, ÖGD) insbesondere das Jugendhilfesystem, den Kindergarten- und Schulbereich mit einschließen. Deshalb sind auch hier entsprechende gesetzliche Normierungen erforderlich.

Ein wichtiger Schritt wäre kurzfristig eine Änderung im SGB wie in der nachfolgenden Form skizziert:

In § 8a SGB VIII wird nach Absatz 1 folgender neuer Absatz eingefügt:  
„Ärzte können dem Jugendamt Mitteilung machen, wenn ihnen Anhaltspunkte dafür bekannt werden, dass ein Kind oder Jugendlicher misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt wird oder sein Wohl in sonstiger Weise gefährdet ist. **Zur Vorbereitung der Entscheidung, ob sie eine Mitteilung nach Satz 1 machen wollen, können Ärzte unter Wahrung der Schweigepflicht Informationen über solche Anhaltspunkte austauschen.** Ärzte, die an einer Mitteilung mitgewirkt haben, sollen das Jugendamt auf dessen Bitte bei der Prüfung des Gefährdungsrisikos unterstützen.“