

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe  
im Deutschen Institut für Urbanistik



## 20 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz

Kritische Würdigung, Bilanz und Ausblick

DOKUMENTATION  DOKUMENTATION

## **Arbeitsgruppen: Kinder- und Jugendhilfe und ihre Partner: Wie (gut) funktioniert die partnerschaftliche Zusammenarbeit? Wo liegen noch Zukunftsaufgaben?**

### **Arbeitsgruppe 2: Kooperation von Pädiatrie und Kinder- und Jugendhilfe – Vernetzung und grenzüberschreitendes Handeln**

DR. MED. RALF KOWNATZKI  
Kinderarzt, Duisburg

Bereits aus dem Wortlaut der Definition des Deutschen 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 (Schweigepflichtparagraf) 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.<sup>1</sup>

Diese Rechtslage ist im Sinne der zu schützenden Kinder absurd. Das sieht auch die Ärztekammer in NRW so<sup>2</sup>:

*„...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“.*

---

<sup>1</sup> Rechtsgutachten Prof. Dr. Stefan Huster, - Ruhr-Universität Bochum, Juristische Fakultät, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts

<sup>2</sup> AEKNO-Expertentreffen 29.04.2008

Wenn heute das Problem Kindesmisshandlung diskutiert wird, wird dabei der Fokus 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<sup>3</sup>. 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 in der besonderen Verantwortung, hierbei 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 zurzeit 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 gängigen „gelben U-Heft“ für die gesetzlich festgelegten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen widerlegen dies. In diesem Vorsorgeheft werden schon bei der ersten Vorsorgeuntersuchung im Kreißsaal bei der U1 – für jeden lesbar – diverse Informationen über Risiken für das Kind vom Frauenarzt an den weiterbehandelnden Kinderarzt eingetragen: z.B., ob sich die Mutter in wirtschaftlichen Problemen befindet, ob 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 aus, „Risikomütter“ bereits in der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt zu erfassen (**Abbildung 1**).

Das Pilotprojekt 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 Verdacht auf Kindesmisshandlung auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten möglich sein, damit die Diagnose „Kindesmisshandlung“ möglichst schnell gesichert oder auch ausgeschlossen werden kann.

---

<sup>3</sup> ICD-10-Codierung T74.0 ff

**Hinweis auf Kindeswohlgefährdung, dokumentiert bei der U1**

ACK	LKK	BKK	BKK	VdAK	AEV	Knapp- schaft	Sonstige

U1

Neugeborenen-  
Erstuntersuchung

---

Schwangerschaft

Serie 2

Geburtsjahr	19 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07</span>	Nationalität	<input checked="" type="checkbox"/>
Schwangerschaften (mit dieser)	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</span>	Geburten (mit dieser)	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</span>
Anzahl der Vorsorge- Untersuchungen	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02</span>	vor Entbindung in Klinik vorgestellt	<input checked="" type="checkbox"/>
		Erst-Untersuchung in SSW	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00</span>
		stat. Aufenthalt ante partum in Wochen	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>

Nach Katalog A/B dokumentierte wichtigste Risikoziffern?

014 015 016 017 018 019 23 26

2para 41+1SSW A Rh-POS

(Anamnese: Z.n. Sectio endog. Psychose Mangelgeburt) gr. Fruchtwasser, Einleitung mit PG-B  
ei PG-Tabl. wegen Terminüberschreitung.

Abbildung 1

© Dr. Ralf Kownatzki

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. Erhöht 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 Verdacht auf 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 Diagnose-sicherung entziehen können.

Bei offensichtlichen Kindesmisshandlungen haben Ärzte auch heute schon keine Rechtsunsicherheit.

Um einer Kindeswohlgefährdung möglichst früh zu begegnen, darf sich eine bessere Vernetzung selbstverständlich nicht allein auf eine verbesserte Kommunikation innerhalb der Kinder behandelnden Ärzteschaft beschränken, sondern muss neben anderen Bereichen des Gesundheitssystems (z.B. Hebammen, Öffentlicher Gesundheitsdienst) 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.“

Kontaktadresse:

Dr. med. Ralf Kownatzki

Hinter dem Rathaus 4

47166 Duisburg

Fon 0203 548211, Fax 0203 548212

Mail: prx.kownatzki.schwarz@t-online.de