

Medizinischer Kinderschutz im Praxisalltag

Das RISKID Informationssystem – „Handeln bevor es zu spät ist!“



Dr. med. Ralf Kownatzki

Im Routinebetrieb einen Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (KWG) auszuschließen oder zu erhärten, um rechtzeitig die erforderlichen weiteren Schritte einzuleiten, kann im Praxisalltag eine große Herausforderung sein. Sind die vorliegenden Befunde und Informationen bereits ausreichende Hinweise für eine KWG? Liegen die gesicherten gewichtigen Anhaltspunkte nach §4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) für eine Meldung an die Jugendhilfe vor? Könnte im vorliegenden Fall eine Kinderschutzambulanz weiterhelfen? Sollte bereits jetzt die Jugendhilfe eingeschaltet werden oder kann noch abgewartet werden? Was sagt das Bauchgefühl? In solchen Situationen kann RISKID als digitale ärztliche Austauschplattform im Medizinbereich weiterhelfen, indem sie die Kommunikation mit anderen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ermöglicht. Deren Vorbefunde können in den Entscheidungsprozess, melden oder abwarten mit einfließen und beim weiteren Vorgehen berücksichtigt werden.

Gemäß § 1627 BGB sind die Eltern gehalten, die elterliche Sorge »zum Wohl des Kindes auszuüben«. Juristisch handelt es sich beim Begriff „Kindeswohl“ um einen sogenannten unbestimmten Rechtsbegriff, der sich einer allgemeinen Defini-

tion entzieht und daher der Interpretation im Einzelfall bedarf. (Das Gesetz selbst konkretisiert im Rahmen des § 1666 BGB den unbestimmten Rechtsbegriff durch die verschiedenen Erscheinungsformen der Kindeswohlgefährdung.) Im Medizinbereich basiert die Feststellung einer KWG in der Regel auf einer medizinischen Diagnose nach ICD10. Auch wenn darüber hinaus im Arzt-Patientenkontakt auch andere Hinweise wie beispielsweise auf eine Schulverweigerung beim Kind oder Verletzungen bei Sorgeberechtigten als Begleitpersonen durch „häusliche Gewalt“, durchaus ein Grund sein können wegen einer KWG die Jugendhilfe einzuschalten.

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) von 2012 zusammen mit dem KKG von 2011 ermöglicht mit §4 Ärzt*innen und anderen Dienstgeheimnisträger*innen, bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine KWG die Jugendhilfe einzuschalten. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, sich zum Fall durch eine „insofern erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe“ (INSOFA) beraten zu lassen. Im Gegensatz zu den im KKG §4 aufgeführten Dienstgeheimnisträger*innen anderer Profession, aus Beratungsein-

richtungen wie z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberater*innen, Berater*innen bei Suchtfragen, Sozialarbeiter*innen oder Lehrer*innen ist die Grundlage für Ärzt*innen, ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung bestehen, grundsätzlich eine ärztliche Diagnose nach ICD 10.

Im Medizinbereich ergeben sich gewichtige Anhaltspunkte für einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (KWG), bei entsprechenden ärztlichen Befunden und der daraus resultierenden (Verdachts-)Diagnosen nach ICD 10 (siehe Abb. 1). Hochspezifisch sind z.B. Befunde mit Hämatomen an nicht sturztypischen Stellen, geformte Hämatome und Striemen, Immersionsverbrühungen, sowie Frakturen im 1. Lebenshalbjahr bei prämobilen Säuglingen. Eine körperliche und mentale Retardierung ohne Krankheitsursache, Verhaltensauffälligkeiten und ein desolater Hygiene- und Zahnstatus sind oft ergänzend vorhanden. In diesem Zusammenhang kommt auch den U-Untersuchungen ein bedeutender Stellenwert zu. Eine KWG liegt vor, wenn eine oder mehrere der in Abb.1 aufgeführten 4 Diagnosen nach ICD 10 vorliegt. (s. Abb. 1)



Abb. 1: Im Medizinbereich erfolgen Meldungen einer KWG an die Jugendhilfe auf der Grundlage einer Diagnose nach ICD 10

Ein Kind mit dem Befund „Verbrennungsabdruck von der Trommel eines Wäschetrockners“ hätte auf Grund seiner Verletzung nicht nur den ICD Code X19.9 (Verbrennung oder Verbrühung durch Kontakt mit Hitze oder heißer Substanz). Im Kontext einer Kindesmisshandlung, es wurde in dem Fall vom Sorgeberechtigten als Erziehungsmaßnahme in den Wäschetrockner gesteckt (zusätzlich) den ICD 10 Code T74.1 siehe weitere Fallbeispiele 1-3, Abb. 4 u. 5, Abb. 6 und 7.

RISKID: Hilfe gegen Doctor-Hopping:

RISKID ist als Akronym die Abkürzung für RISikoKinderInformationssystem-Deutschland.

Besonders bedeutsam wird RISKID, wenn Erziehungsberechtigte mehr als einmal eine Kindesmisshandlung begehen und die behandelnden Ärzte wechseln (Doctor-Hopping), um ihre Taten zu verschleiern und dabei an verschiedenen Stellen die gleiche Geschichte erzählen, wie es zu dieser oder jener Verletzung gekommen sei. Mit RISKID soll insbesondere diesem Doctor-Hopping etwas entgegengesetzt werden.

Fallbeispiel 1: N.B, 2 Jahre, 8 Monate, wbl.

Die Gefahr einer KWG wurde bei N. B. erstmals vom Techniker eines Telekommunikationsunternehmens ans Jugendamt gemeldet, als er die problematischen Wohn- und Lebensumstände, in denen die kleine N. B. lebte, während einer beruflichen Tätigkeit in der Wohnung beobachtete. Die drogenabhängigen Lebenspartner wechselten in der Folgezeit dreimal die behandelnden Ärzte, ohne

dass dieses Doctor-Hopping bekannt wurde. Kontrolltermine zur Abklärung einer auffälligen körperlichen und mentalen Entwicklungsstörung wurden von den Sorgeberechtigten nicht eingehalten. Vier Monate nach dem letzten Arztkontakt wurde das Kind von der Polizei in der Wohnung rein zufällig entdeckt. Nachbarn hatten wegen Ruhestörung durch einen Streit der Lebenspartner die Funkstreife gerufen. Das Kind musste ohne Matratze auf dem Fliesenboden schlafen und erhielt als Nahrung lediglich Haferflocken. N.B. war abgemagert, Tabaksbeutelgesäß, minderwüchsig, Scabies, zahlreiche Hämatome unterschiedlichen Alters und Narben an Rücken, Armen, Beinen u. Kopf, Hämatom an den Ohrmuscheln. An der Stirn und plantar am re Fuß frische Verbrennungsläsionen, weil das Kind an die heiße Zentralheizung gefesselt war. Das Kind war auch in Sprache, Motorik, Sozialverhalten deutlich entwicklungsretardiert. Gegen die Mutter und den Lebenspartner wurde Straf-

anzeige gestellt. Das Kind kam in eine Pflegefamilie.

Das Leitmotiv von RISKID ist „Handeln bevor es zu spät ist!“. Missbrauch verläuft in vielen Fällen über einen längeren Zeitraum, bis die Situation zuletzt eskaliert und die Kindeswohlgefährdung offenkundig wird. RISKID will helfen, in diesem Zeitintervall rascher die KWG festzustellen, bevor die Situation weiter eskaliert. So kann mit RISKID frühzeitiger als bisher auch ein Münchhausen-by-Proxy-Syndrom (MbPS) bekannt werden, für das gehäufte Arztwechsel bekanntermaßen charakteristisch sind.

RISKID hilft nicht nur betroffene Kinder herauszufiltern, um sie eher vor weiterem Missbrauch zu bewahren, RISKID schützt auch Eltern vor nicht gerechtfertigten, überflüssigen Meldungen an die Jugendhilfe, weil zuvor der medizinische Sachverhalt ausreichend abgeklärt wurde. Letztlich bleibt dadurch auch eine evtl. stark beschäftigte Jugendhilfe von überflüssigen Meldungen verschont.

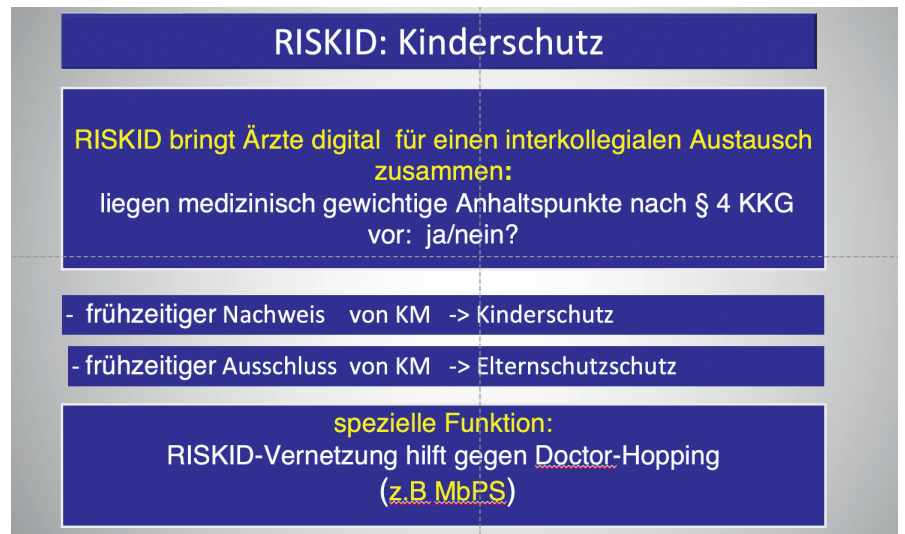


Abb. 3: Zielsetzung und Möglichkeiten durch RISKID

(KM = Kindesmisshandlung)

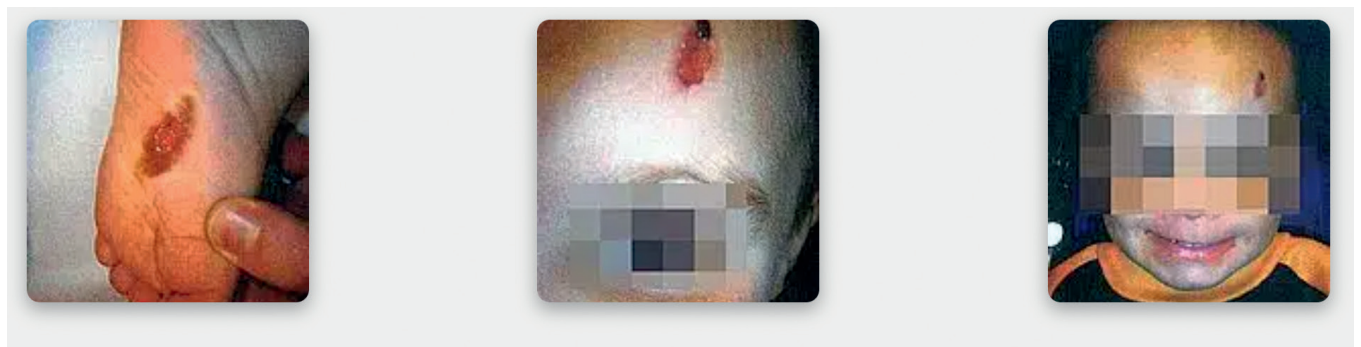


Abb. 2: Verbrennung an der Stirnseite und plantar am linken Fuß, Diagnosen ICD10: T74.0 u. T74.1

RISKID: Historie

RISKID entstand als Konzept 2005 in Duisburg im Rahmen eines Qualitätszirkels Duisburger Kinder- und Jugendärzte als Antwort auf Doctor-Hopping bei mehreren misshandelten und sogar zu Tode gekommenen Kindern. Teilnehmer an diesem Pilotprojekt waren alle Duisburger Kinder- und Jugendarztpraxen, beide Duisburger Kinderkliniken, das Sozialpädiatrische Zentrum und ein hämatologisches Labor unter Leitung einer kinderärztlichen Kollegin. Nach einer dreijährigen Pilotphase mit RISKID in Duisburg und Umgebung von 2008 bis 2011 und guten Erfahrungen bei der praktischen Anwendung, wurde RISKID nach Vorgaben des Datenschutzes NRW unter Mitwirken der Ärztekammer Nordrhein (AEKNO) nach dem „Daten-Containerprinzip“ für den deutschlandweiten digitalen Einsatz IT-technisch bis 2011 komplett neu konzipiert. Das Daten-Containerprinzip bedeutet für den ärztlichen Informationsaustausch mit RISKID ein 2-stufiges Vorgehen:

Das RISKID-System:

Im 1. Schritt wird durch eine RISKID-Anfrage ein möglicher Risiko-Patient über seinen Namen und Geburtsdatum identifiziert oder ausgeschlossen. Bei einer positiven Rückmeldung werden dem / der Anfragenden die zuvor behandelnden Ärzt*innen mit den Kontaktdaten mitgeteilt.

Im 2. Schritt kann danach der interkollegiale ärztliche Informationsaustausch in üblicher Weise (telefonisch, schriftlich oder digital) stattfinden. Wichtig ist, dass ein mit RISKID vernetzter Arzt oder Ärztin immer nur auf die Daten der eigen-

nen eingestellten Patienten im eigenen Container auf dem Server Zugriff hat und diese verwaltet, d.h. die Patienten einstellt, modifiziert und wieder löscht. Jeder RISKID-Arzt, jede RISKID-Ärztin hat nur Einblick und Übersicht über seine/ihre eigenen Patienten – diejenigen im eigenen Datencontainer. Ein Informationsaustausch findet zwischen den Ärzt*Innen statt, wenn es zu einer gemeinsamen Behandlung eines Kindes kommt, z.B. wenn ein Patient von Ärztin A zu Arzt B wechselt. Die Identifikation eines RISKID-Kindes im System erfolgt über seinen Namen und das Geburtsdatum

Beispiel: Patient XY aus Praxis A stellt sich in der Notaufnahme von Klinik B. vor. Der behandelnde Arzt in Klinik B macht eine Anfrage an RISKID, ob dieser für ihn aktuell neue Patient XY dort gelistet ist. Ist dies der Fall, erscheinen als Suchergebnis die Adressdaten der Ärzte auf dem Monitor, bei denen das Kind zuvor bereits behandelt wurde und die das Kind in RISKID eingestellt haben. Klinik B nimmt Kontakt auf zu Praxis A. Beide Ärzte können sich über ihre Befunde und Diagnosen austauschen. Das Ergebnis dieser Fallbesprechung bestimmt das weitere Vorgehen. Wurden bereits mehrere Ärzte und Krankenhäuser aufgesucht, werden auch deren Adressdaten angezeigt und können entsprechend kontaktiert werden.

Aus Datenschutzgründen und wegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB hat kein RISKID vernetzter Arzt Kenntnis von allen übrigen in RISKID eingestellten Patienten. In RISKID werden deshalb auch keine umfangreichen Patientendaten wie Krankheitsverläufe, Laborergebnisse, Röntgenbilder etc. ge-

speichert. Jeder bei RISKID vernetzte Arzt bleibt bis zum Informationsaustausch Herr über seine Daten und bestimmt Art und Umfang von Informationen an die ärztlichen Kolleg*innen entsprechend der Berufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer.

Problem Fremdverschulden: Unfall oder Misshandlung?

Es ist vergleichsweise einfach, ein Fremdverschulden von einem akzidentellen Unfallgeschehen aufgrund der vorliegenden Befundsituation abzugrenzen. Schwieriger wird es hingegen, wenn es um die Klärung der Ursache geht. Hier wird häufig auf andere Kinder im familiären Umfeld, wie das ältere Geschwister, den Schulkameraden o.a. verwiesen. Ob dies eine vorgegebene Schutzbehauptung ist oder stimmt, lässt sich oft nicht bei einem einmaligen Arzt-Patientenkontakt, insbesondere bei einem Erstkontakt im Notdienst, klären.

Das dies durchaus zutreffen kann zeigt nachfolgendes Beispiel.

Fallbeispiel 2:

S.F, 4 Jahre, 9 Monate, männlich

Diagnose: Ausschluss von ICD10 T74.1

Hier wurde die Familie vom Kindergarten der Misshandlung verdächtigt, bis sich schließlich herausstellte, dass ein 6-jähriger dort ebenfalls betreuter Junge, der wegen seiner Entwicklungsstörung noch nicht eingeschult werden konnte, der tatsächliche Verursacher war.

Abb. 4 und Abb. 5 zeigen Verletzungsspuren an nicht sturztypischen Stellen im Ober- und Unterschenkelbereich sowie Hämatome im Bereich des Unterarms.



Abb. 4, Abb. 5: RISKID kann dazu beitragen, dass auffällige Häufigkeiten von Verletzungen offensichtlich werden, endgültig abgeklärt werden und nicht durch Doctor-Hopping unerkant bleiben.

Fallbeispiel 3:
K.T, 2 J, 6 Mo, weiblich,
Diagnose ICD 10: T74.1

Durch RISKID im Rahmen einer Neu- vorstellung zur Auffrischimpfung ent- deckte Misshandlung.

Bei K.T. konnte durch RISKID bereits beim Erstkontakt die KWG festgestellt werden. Die Mutter kam mit ihrem Kind zu einer Auffrischimpfung erstmalig in die Praxis. Sie hatte einen neuen Le- benspartner kennen gelernt und deshalb ihren Wohnsitz gewechselt.

Durch die routinemäßige RISKID-An- frage - wie bei jedem neuen Patienten – seitens der MFA wurde bekannt, dass be- reits zuvor ein ärztlicher Kollege am alten Wohnort auffällige medizinische Befunde festgestellt hatte und den Verdacht auf ei- ne KWG nicht abschließend ausschließen konnte.

Beim vollständig entkleideten Kind fanden sich im Gesäßbereich Hämato- me und streifige Misshandlungsläsionen (Abb.6 u.Abb.7). Die Schutzbehauptung der Mutter, dies müsse im Kindergarten entstanden sein, ließ sich schnell wider- legen. Als Verursacher wurde der neue Lebenspartner ermittelt. Er wurde später zu einer Haftstrafe verurteilt. Es stellte sich heraus, dass die Mutter in einem starken Abhängigkeitsverhältnis zu die- sem neuen Lebenspartner stand. Erst nach dessen Inhaftierung war sie in der Lage, sich ausreichend zu distanzieren und mit Unterstützung der Jugendhilfe wieder die Sorge für ihr Kind zu über- nehmen.

RISKID-Integration in den Routinebe- trieb von Praxis und Klinik

Wie lässt sich RISKID in die Praxis / Klinik-IT integrieren?

Die RISKID-Anwendung erfolgt völlig getrennt von der vorhandenen Klinik-/ Praxissoftware und ist deshalb mit je- der vorhandenen Klinik-/Praxis-Software kompatibel.

Ermöglicht wird RISKID durch großzü- gige Unterstützung und Sponsoring.

Der RISKID-Server ist einem Rechen- zentrum in NRW angeschlossen, das auf medizinische Datenverarbeitung spezi- alisiert ist. (Abb.8). Die Vernetzung und Software-Betreuung erfolgt durch einen professionellen IT-Experten aus dem IT-Sicherheitsbereich (Rola Security- Solutions, einer Tochter von T-Systems der Deutschen Telecom.) Verantwortlich

verwaltet wird RISKID durch den ehren- amtlichen Einsatz des RISKID-Teams. Sitz des gemeinnützigen Vereins RISKID e.V. ist Duisburg.

Der zeitliche Aufwand beim Einsatz von RISKID ist gering. Eine RISKID-An- frage per Mausclick dauert ca. 15 Sekun- den. Sie wird in der Regel von der für die Patientenverwaltung im Empfangsbe- reich zuständigen MFA als digitale An- frage durchgeführt. Üblicherweise bei einer Neuvorstellung oder immer dann, wenn sich Auffälligkeiten im familiären Umfeld ergeben oder andere aktuelle Gründe vorliegen (Abb. 9). Im Routinebetrieb wird insgesamt häufiger abgefragt als eine neue Patient*in eingestellt. Einen Patien- ten bei RISKID einzustellen, erfolgt in der Regel durch die behandelnde Ärzt*in und dauert mit ca. 3 Minuten etwas länger.

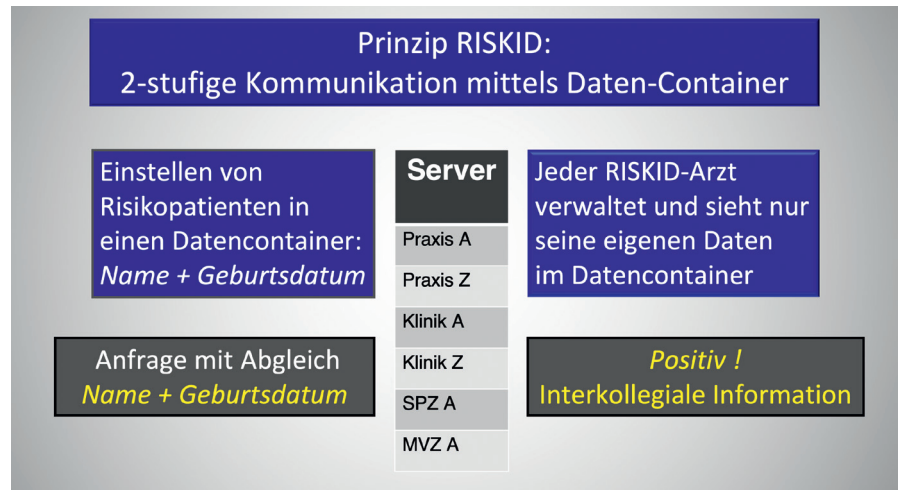


Abb. 8: RISKID-Containersystem: zweistufige Kommunikation mit Datencontainer



Abb. 6, Abb. 7: Misshandelt vom Lebenspartner: Striemen und Blutergüsse im Gesäß- und unterem Rückenbereich



Abb. 9: Geringer Zeitaufwand beim Einsatz von RISKID

Rechtssituation

Ärzte unterliegen sowohl berufsrechtlich (Musterberufsordnung, MBO § 9) als auch strafrechtlich (§203 StGB) der Schweigepflicht. Es besteht die absurde Rechtssituation für misshandelte Kinder, dass bei der Diagnostik von Kindesmisshandlung für den zwischenärztlichen Informationsaustausch zuvor das Einverständnis der Sorgeberechtigten (die oftmals auch die potentiellen Misshandler sind) vorliegen muss. Die Verbesserungen durch BKiSchG und KKG erlauben ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten nur die Kommunikation mit dem Jugendamt, nicht jedoch mit anderen Ärzt*innen.

Um RISKID dennoch in der Praxis einzusetzen, wurde deshalb von allen RISKID-Ärzten mit einer entsprechenden Einverständniserklärung gearbeitet. Diese wurde bei allen Kindern, die zur Behandlung kamen, erhoben und unerwartet auch von fast allen Sorgeberechtigten aus dem Kreis der Problemfamilien unterschrieben. Sie wird allen Ärzt*innen in Bundesländern, wo die gesetzliche Regelung der „interkollegialen Information“ bisher noch nicht erfolgt ist, im Rahmen der Vernetzung mit RISKID als Mustervorlage zur Verfügung gestellt.

Damit der ärztliche Informationsaustausch bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung nicht weiter vom Einverständnis der Sorgeberechtigten abhängt,

ist RISKID seit Jahren mit der Bundes- und Landespolitik in Kontakt, dies gesetzlich zu regeln. Unterstützung fand RISKID auch bei der Bundesärztekammer (BÄK), die sich auf der Bundesebene für eine einheitliche bundesweite gesetzliche Regelung eingesetzt hat. Im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) wurde 2021 dann den einzelnen Bundesländern übertragen, diese gesetzliche Regelung auf der Landesebene durchzuführen.

Als erstes Bundesland änderte daraufhin NRW 2022 entsprechend das Heilberufsgesetz. Weitere Bundesländer sind inzwischen gefolgt (Abb.10).

Eine Verbesserung des Kinderschutzes sollte nicht an Landesgrenzen scheitern. RISKID wird sich deshalb weiterhin dafür einsetzen, dass auch die restlichen Bundesländer hier noch folgen.

Zusammenfassung und Ausblick

Seit Jahren sterben in Deutschland 2 bis 3 Kinder pro Woche durch Gewalt und Vernachlässigung (Abb.11), die meisten davon im Vorschulalter. Die Zahlen aus der jährlichen polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes (BKA) zeigen, dass weiterhin Handlungsbedarf besteht. RISKID kann im Medizinbereich ein Baustein sein und dazu beitragen, als einfaches, kostenloses, digitales ärztliches Informationssystem bedrohte Kinder frühzeitig herauszufiltern.

Liegen gewichtige medizinische Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, kann auf fundierter Basis frühzeitiger die Jugendhilfe eingeschaltet werden. Bei unklaren medizinischen Situationen kann rechtzeitig die Fachkompetenz einer Kinderschutzambulanz oder Kinderklinik hinzugezogen werden.

RISKID und ePA:

Kann die elektronische Patientenakte (ePA) zukünftig RISKID ersetzen? Die ePA kann eine Informationsplattform wie RISKID nicht ersetzen, da bei der ePA die Sorgeberechtigten nach aktueller Rechtslage über Verwendung, Inhalte und Umfang bei ihren Kindern verantwortlich entscheiden. Und leider evtl. selbst die Täter sind.

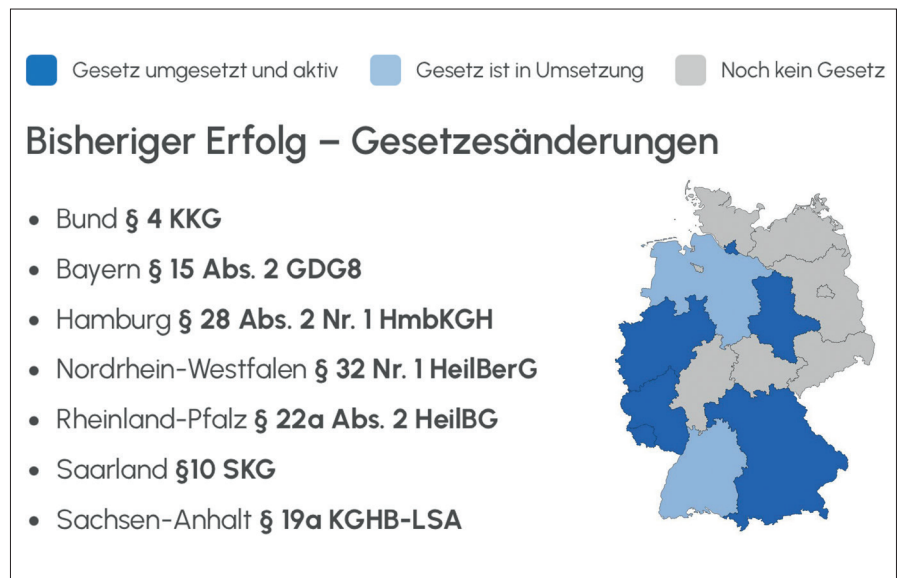


Abb. 10: Gesetzliche Regelung ermöglicht den ärztlichen Informationsaustausch unabhängig vom Einverständnis von Sorgeberechtigten.

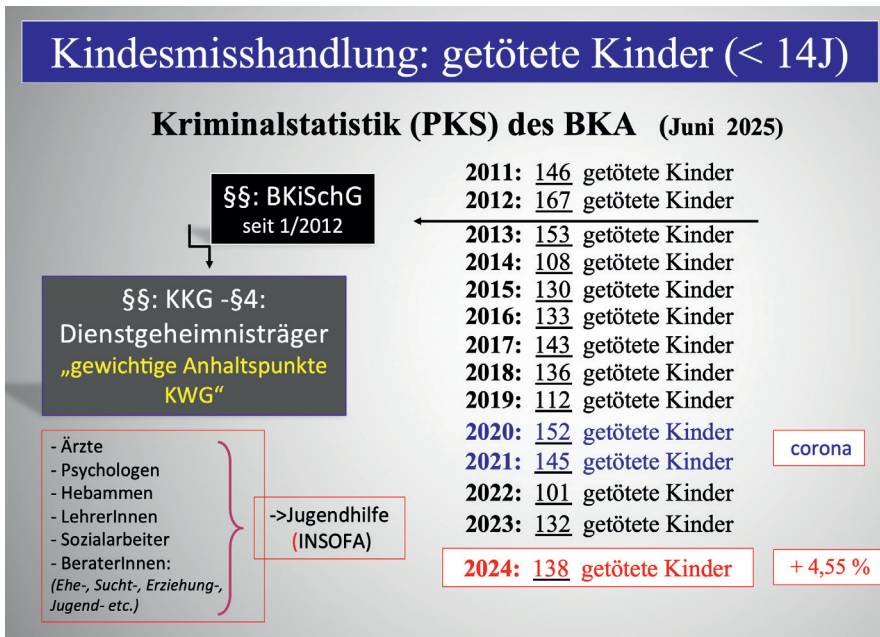


Abb. 11: Aktuelle BKA Statistik: durch Gewalt und Vernachlässigung getötete Kinder in Deutschland seit Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetz 2012

Das RISKID-Netz:

Lokale Qualitätszirkel mit den jeweiligen BVKJ-Obleuten sind eine gute Möglichkeit, sich vorab hinsichtlich einer geplanten Vernetzung mit RISKID, untereinander zu informieren und abzustimmen. Je nach lokalen Gegebenheiten kann es sinnvoll sein, auch weitere Arztgruppen einzubinden: z.B. Zahnärzte,

Allgemeinärzte, Notärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychologen/-psychotherapeuten etc.

Die Anmeldung zur Vernetzung kann für jede Ärztin/Arzt einfach über die RISKID Website erfolgen. Weitere Informationen und Anmeldung bei RISKID: www.riskid.de

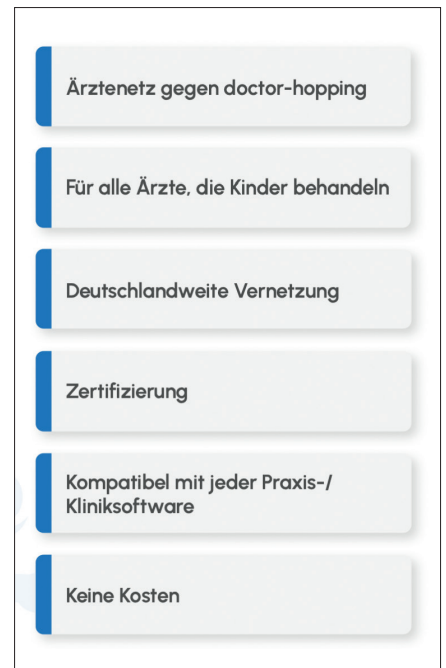


Abb. 12: Übersicht

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ralf Kownatzki, Duisburg
E-Mail: info@riskid.de

Interessenkonflikte:

Der Autor versichert, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Red.: Huppertz