

RISKID e. V., Hinter dem Rathaus 4, D-47166 Duisburg

An die Präsidentin des Landtags NRW
Frau Carina Gödecke
Postfach 101143
40002 Düsseldorf

z. Hd. Herrn Sascha Symalla

An die Vorsitzenden der Ausschüsse
für Familie, Kinder und Jugend und
für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Frau Margret Voßeler MdL
Herr Günter Garbrecht MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/2558

A04, A01

Vorstand:

Dr. med Ralf Kownatzki
Dr. med Christoph Fangmann

Kassenwart:

Dipl.-Inform. Michael Reichelt

Vereinsregister Duisburg
Registerblatt VR 5057
Finanzamt Duisburg Hamborn

Bankverbindung:

Deutsche Bank, Duisburg
IBAN: [DE51 3507 0024 0309 0255 00](#)
BIC: [DEUTDEDB350](#)

**„Kinderschutz geht alle an-Prävention stärken, Zusammenarbeit von Jugend- und
Gesundheitshilfe ausbauen“**

Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 16/7146

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend am 5. Februar 2015

hier Stellungnahme von RISKID e.V.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

RISKID e.V. begrüßt die Initiative der Landesregierung von NRW den Kinderschutz durch den Ausbau präventiver Maßnahmen und den Ausbau der Zusammenarbeit von Jugend- und Gesundheitshilfe zu verbessern.

Rechtzeitig benachteiligte Familien in schwierigen Lebenssituationen zu erfassen und zu unterstützen kann den Kreislauf von Gewalt und Vernachlässigung durchbrechen und Kinder schützen. Die in Absatz I des Antrags aufgeführten Maßnahmen können somit nicht nur Kinder in der aktuellen Belastungssituation schützen sondern darüber hinaus perspektivisch dazu beitragen, dass Kinder die heute Opfer von Gewalt und Vernachlässigung sind, dies nicht modellhaft auch zukünftig bei ihren eigenen Kindern wiederholen (Opfer-Täter Problematik).

Der weitere Ausbau von Maßnahmen durch „Frühe Hilfen“ sowie der weitere Aus- und Aufbau kommunaler Präventionsketten sind in diesem Zusammenhang anzustrebende hilfreiche Vorhaben.

RISKID e.V. teilt die Einschätzung der Landesregierung von NRW zum Stellenwert der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U5- U9) als geeignetes Mittel, um eine Gefährdung

von Kindern durch Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu behandeln. Das seit einigen Jahren praktizierte Meldeverfahren zur Durchführung dieser Früherkennungsuntersuchungen konnte dazu beitragen, dass Kindern rechtzeitig geholfen und Eltern in Problemlagen die notwendige Hilfe und Unterstützung frühzeitiger angeboten werden konnte.

Nach Einschätzung von RISKID e.V. sollte allerdings die 1. pädiatrische Früherkennungsuntersuchung für ein Kind bereits bei der U4 (Säuglingsalter 3. Monate) vom Meldeverfahren erfasst werden und nicht erst bei der U5 (Säuglingsalter 6 Monate). Auch für den Zeitraum nach der U9 (Kleinkind 5 Jahre) müssten weitere zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen bis zur Jugenduntersuchung J1 (Alter 12) für alle Kinder verbindlich eingeführt und im Meldeverfahren erfasst werden. Aktuell werden von einigen Krankenkassen diese zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen, die nach den Vorgaben und Kriterien des BVKJ, durchgeführt werden finanziell getragen. Leider erstrecken sich diese Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Grundschulalter nicht auf alle in der GKV versicherten Kinder. Nach Einschätzung von RISKID e.V. sollte es Ziel sein diese bisher vom Versichertenstatus abhängige Benachteiligung zu beseitigen, damit zukünftig alle Kinder die gleichen Chancen auf eine medizinische Überprüfung ihres körperlichen und seelischen Entwicklungsstandes in dieser Altersklasse bekommen.

Das Gesundheitssystem ist sehr gut geeignet frühzeitig Probleme von Kindeswohlgefährdung durch Entwicklungsstörungen und Gesundheitsprobleme zu erkennen. Dies belegt u.a. eine vom NZFH durchgeführte Befragung bei Duisburger Kinder und Jugendärzten im Zeitraum 2013/2014.

Leider ist die Einbindung des Gesundheitssystems und die Zusammenarbeit zwischen den beiden Akteuren Gesundheitssystem und Jugendhilfesystem bisher nicht ausreichend gelöst. Das BKiSchG, § 4 enthält keine praxistauglichen Regelungen eine bessere Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfesystem zu erreichen.

Durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG, §4 KKG) wurde lediglich eine Regelung für eine Information von Ärzten an die Jugendhilfe formuliert, die wenig praxistauglich ist und die die tatsächlichen Probleme im ärztlichen Alltag bei der Versorgung von Misshandlung betroffener Kinder nicht löst.

Die dringend erforderliche Regelung zum Informationsaustausch zwischen Ärzten, („Interkollegiale Information“) bevor diese mit dem Jugendhilfesystem in Kontakt treten, wurde im BKiSchG nicht normiert. Auch eine Regelung wann und in welchem Umfang die Jugendhilfe im Gegenzug Informationen an das Gesundheitswesen übermittelt wurde nicht geregelt. So arbeiten bis heute beide Systeme weitgehend parallel ohne ausreichend miteinander zu kommunizieren.

Die Möglichkeit sich von einer INSOFA (insofern erfahrene Fachkraft) nach KKG §4 beraten zu lassen ist in den meisten Fällen bei der Abklärung einer Kindeswohlgefährdung für den Gesundheitsbereich zunächst nicht zielführend. Im Medizinbereich steht als erstes die Diagnostik einer Kindesmisshandlung in ihren verschiedenen Erscheinungsformen im Vordergrund (ärztliche Diagnosen von Kindesmisshandlung nach ICD 10 zu stellen oder auszuschließen). Erst danach wird ein verantwortungsvoll handelnder Arzt den Kontakt zur Jugendhilfe aufzunehmen, damit diese prüfen kann, ob und in welchem Umfang sich aus den zuvor erhobenen ärztlichen Diagnosen eine Kindeswohlgefährdung ableiten lässt.

Um weit verbreiteten Missverständnissen hinsichtlich Zuständigkeiten und Kompetenzen vorzubeugen, ist es wichtig hier noch einmal klar zustellen, dass der Beitrag des Gesundheitswesens zur Klärung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht, im Wesentlichen darin besteht eine nach den Regeln der Berufsordnung der Ärztekammern und den Vorgaben der medizinischen Fachverbände gesicherte Diagnose zu stellen.

Es ist wichtig die Begriffe Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung in diesem Kontext sorgfältig voneinander abzugrenzen.

Der in Absatz IV dargestellte Sachverhalt hinsichtlich der Debatte um eine Änderung des Heilberufsgesetzes bedarf einiger Klarstellungen und Ergänzungen.

Bereits vor Verabschiedung des BKiSch Gesetz hatten Ärzte die Möglichkeit bei begründetem Verdacht auf Grund eindeutiger Hinweise für eine Kindesmisshandlung die Schweigepflicht zu brechen und sich nach § 34 StGB zu offenbaren. Das Einschalten einer INSOFA als für den Jugendhilfebereich - aber nicht für den Medizinbereich - kompetente Expertin hilft bei dem Problem - vor einer ärztlichen Meldung an die Jugendhilfe - eine fachgerechte Diagnose von Kindesmisshandlung zu stellen nicht weiter, insbesondere dann wenn Erziehungsberechtigte, die ihre Kinder misshandeln, durch häufigen Arztwechsel versuchen ihre Misshandlungen zu verschleiern (doctor-hopping).

Vielfach wird von medizinischen Laien, gelegentlich aber auch von nicht dem Gesundheitsbereich angehörenden Experten argumentiert, ein pseudonymisierter Austausch von Informationen zwischen Ärzten könnte das Problem lösen und der Weg sein, die Diagnose Kindesmisshandlung frühzeitiger zustellen.

Man stellt sich dabei vor, der mit Kindesmisshandlungen vertrautere Arzt könne dem weniger kundigen Kollegen im Rahmen eines ärztlichen Konsils zur Diagnose verhelfen.

Hierbei wird in Unkenntnis tatsächlicher medizinischer Abläufe im ärztlichen Alltag verkannt, dass derartige pseudonymisierte und anonymisierte Falldiskussionen bereits seit über 100 Jahren gängige Praxis ärztlicher Tätigkeit und medizinischer Fortbildung sind und mit Hilfe der heute zur Verfügung stehenden elektronischen Kommunikationsmöglichkeit bereits sehr häufig stattfinden.

Beim Problem der Diagnostik von Kindesmisshandlung steht nicht im Vordergrund, dass Symptome aus Unkenntnis fehlgedeutet werden, sondern dass einzelne Symptome zunächst nicht ausreichend sind, die abschließende richtige Diagnose zu stellen.

Um diese im ärztlichen Bereich allgemein bekannte Tatsache zu präzisieren und allgemein verständlich zu machen hierzu das Zitat aus dem medizinischen Lehrbuch der Rechtsmedizin „Rechtsmedizin Systematisch“ UNI-MED Verlag, S. 165, von Priv. –Doz. Dr. Randolph Pennings et al. Dieser stellte bereits 1996 fest:

„...Bei kaum einem Gewaltdelikt sind die **Vertuschungsmöglichkeiten** so groß wie bei der Kindesmißhandlung. Der Täter ist meist der Betreuer und entscheidet selbst über Arztbesuche. Das Opfer kann sich zumeist nicht oder nur unzureichend artikulieren. Die Diagnose der Kindesmisshandlung findet dabei in einem **erheblichen Spannungsfeld** statt:

Das Kind muß vor weiteren Mißhandlungen wirksam und möglichst frühzeitig geschützt werden. Todesfälle sind nicht selten!

Der Vorwurf ist von einem solchen Schweregrad und kann solche schweren sozialen Folgen für eine Familie haben, daß **ungerechtfertigte Verdächtigungen** oder gar Strafanzeigen unbedingt vermieden werden müssen.

Dabei steht der behandelnde Hausarzt/Pädiater sowie ggf. der Sachverständige beim Schwurgericht vor einem Dilemma: Fast **jeder Einzelbefund** kann letztlich auch durch einen **Unfall** erklärt werden. Die eindeutige Diagnose ergibt sich aus der **Vielzahl ungewöhnlicher Verletzungen** und insbesondere aus eindeutig **mehrzeitig entstandenen Verletzungen...**

Weiterhelfen würde in dieser Situation, wenn der „interkollegiale Austausch“ von allen Ärzten die Kinder behandeln (nicht nur von Kinderärzten – wie unter VIII 4. des Antrags ausgeführt) bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung gesetzlich ermöglicht und praxisgerecht geregelt würde, damit die mehrzeitig entstandenen Symptome und Befunde zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden können.

Von daher unterstützt RISKID e.V. eine entsprechende Änderung des Heilberufsgesetzes von NRW, sowie sie auch von beiden Ärztekammern in NRW und den beiden Berufsverbänden der Kinder und Jugendärzte BVKJ WL und BVKJ Nordrhein, sowie dem Landesdatenschutz NRW zur Klarstellung gefordert wird.

RISKID teilt nicht die Sorge der in IV des Antrags zitierten Verbände DKSB und der kommunalen Spitzenverbände, Eltern könnten infolge der geforderten gesetzlichen Änderung für einen besseren Informationsaustausch zwischen Ärzten, zukünftig Arztbesuche vermeiden. Wissenschaftlich belegbaren Daten sind für diese spekulative Feststellung bisher nicht vorhanden. Es handelt sich somit um reine Vermutungen, die nicht geeignet sind Entscheidungsträgern als Sachargument zu dienen.

Die bisher gemachten Erfahrungen im Medizinbereich und bisher durch Strafverfolgung bekannt gewordenen Fälle von offensichtlicher Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung, lassen dieses Vermeidungsverhalten jedenfalls nicht erkennen.

Auch die seit über 40 Jahren bereits stattfindende „Interkollegiale Information“ im Früherkennungsuntersuchungsheft (Gelbes U-Heft U1-U9) hat nicht dazu geführt, dass Arztkontakte dadurch vermieden werden.

Bei dieser Form der „interkollegialen Information“ informiert der Geburtshelfer anlässlich der U1 den Kinderarzt durch seine Einträge in das „gelbe U-Heft“ für die nachfolgende U2 Früherkennungsuntersuchung darüber, ob bei der Mutter Risiken bestehen, die für eine gesunde Entwicklung des Kindes ein Problem darstellen könnten.

Dabei werden – für jeden lesbar- durchaus sensible Informationen über die Mutter mitgeteilt: z.B. ob bei der Mutter eine Sucht (Abusus), wirtschaftliche Probleme, Integrationsprobleme, soziale o. psychische Belastungen, Zustand nach Schwangerschaftsabbrüchen etc. bestehen, ohne dass dies zur Folge gehabt hat, dass Risikomütter wegen dieser interkollegialen Information ärztliche Betreuung bei der Geburt ihres Kindes vermieden hätten.

Auch im Zusammenhang mit „Frühen Hilfen“ geht man davon aus -trotz dieser vorhandenen

Form von „interkollegialen Information“- weiterhin die „Risikomütter“ bei der Geburt ihres Kindes zu erreichen, sie gezielt anzusprechen, um frühzeitig Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Der vom DKSB angestrebte multiprofessionelle und interdisziplinäre Austausch kann erst dann zielführend sein, wenn Ärzte durch vorherige „interkollegialen Information“ die Möglichkeit haben fundierte Befunde und Diagnosen zu stellen, bevor sie anschließend in einen multiprofessionellen Austausch eintreten.

Dies ist auch die notwendige Voraussetzung für eine sinnvolle Integration des Gesundheitsbereichs in Kooperationsnetzwerke, wie sie im vorliegenden Antrag angestrebt wird. Von daher ist auch eine befürchtete Exklusion von Ärzten (Abs.IV) aus interprofessionellen Kinderschutznetzwerken durch eine Regelung zum interkollegialen Austausch zwischen Ärzten nicht zu erwarten

Belegt sind hingegen Fälle von Kindesmisshandlung, die durch einen unzureichenden Informationsaustausch zwischen Ärzten zu spät erkannt wurden - insbesondere bei vorsätzlichem sog. „doctor-hopping“ durch die Erziehungsberechtigten, mit entsprechend tragischen Spätfolgen für die betroffenen Kinder.

Rechtsmedizinische wissenschaftliche Veröffentlichungen zeigen, dass sehr viele Misshandlungen bei Kindern chronisch über einen längeren Zeitraum erfolgen. Soll in diesem Zeitrahmen der Informationsfluß bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung nicht abbrechen, müssen Ärzte die Möglichkeit haben sich, unabhängig von einer Entscheidung der Sorgeberechtigten, über Befunde und Diagnosen austauschen zu können, analog dem geforderten korrekten Vorgehen bei allen übrigen Erkrankungen und Verletzungen im Kindesalter.

Erst die Summe von einzelnen untypischen Befunden, wie Blutergüsse und Verletzungen an Stellen, wo sie nachweislich nicht durch Spielen und Toben entstanden sein können, sowie Zeichen von Vernachlässigung, Unterernährung und Verwahrlosung, vielleicht noch kombiniert mit psychischen Fehlentwicklungen führt schließlich zu der abschließenden gesicherten Diagnose: Kindesmisshandlung oder deren Ausschluß.

Elektronische Kommunikationssysteme wie RISKID können Ärzten helfen, die Diagnose Kindesmisshandlung frühzeitiger zu stellen. Ist die Situation geklärt, kann der behandelnde Arzt danach abgestuft reagieren. In leichteren Fällen wird er beratend eingreifen, Hilfsangebote machen (Einschalten einer Familienhebamme, Hilfen durch das Jugendamt etc.), in schweren Fällen wird er das Kind durch eine Klinikeinweisung zunächst in Sicherheit bringen. Neben Kinder- und Jugendärzten können dort weitere Experten wie Rechtsmediziner, Psychologen, Gynäkologen betroffenen Kindern helfen.

Elektronische ärztliche Kommunikationssysteme wie RISKID dienen ausschließlich dem Ziel frühzeitig die ärztliche Diagnose Kindesmisshandlung zu stellen oder auszuschließen. Damit schützt RISKID auch Eltern vor möglichen ungerechtfertigten Beschuldigungen, sie würden ihre Kinder misshandeln.

RISKID e.V. unterstützt die im Antrag unter VII angestrebte Verbesserung der Diagnostik und des Vorgehens bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung.

RISKID e. V. ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein und dient dem innerärztlichen Informationsaustausch zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden bei Kindern und Jugendlichen.

Für eine zielführende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine praxistaugliche Regelung der „interkollegialen Information“ zwischen Ärzten unabdingbare Voraussetzung.

Artikel 6 Abs. 2 der Verfassung für das Land NRW schützt Kinder explizit vor Gefahren für ihr körperliches, geistiges u. seelisches Wohl. RISKID e.V. vertritt die Auffassung dass bei der Güterabwägung widerstrebender Rechtsgüter, das Recht eines Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit ein höheres Rechtsgut darstellt, als das Elternrecht auf Erziehung und informelle Selbstbestimmung.

Eine angestrebte bundeseinheitliche Regelung für den Austausch von Berufsgeheimnisträgern im Rahmen der unter VIII erwähnte Bundesratsinitiative, sollte das Land NRW nicht davon abhalten, seine Vorreiterrolle für einen gelingenden Kinderschutz weiter auszubauen, indem es bereits vorab beispielhafte Regelungen zur adäquaten Einbindung des Gesundheitswesens trifft.

Eine zeitnahe Regelung zum interkollegialen ärztlichen Informationsaustausch ist anhand der unverändert hohen Zahl misshandelter und durch Misshandlung getöteter Kinder- auch in NRW- dabei von hoher Priorität.

Dr. med. Ralf Kownatzki
FA. Kinder- und Jugendmedizin
Vorsitzender RISKID e.V.

Duisburg, 27.01.2015