

Anhörung des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend

"Kinderschutz stärken – Interkollegialen Austausch von Kinderärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlungen ermöglichen"
und
„Bericht über die Erfahrungen mit der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderführerkennungsuntersuchungen/U-Untersuchungen (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – UTeilnahmeDatVO)“

am Donnerstag, 10. Oktober 2013
nachmittags 11.15 - 13.15 Uhr, Plenarsaal
Fragenkatalog

Stellungnahme von RISKID e.V. zum nachfolgenden Fragenkatalog, Dat. 11.09.2013

Dr. med. Ralf Kownatzki
FA Kinder- und Jugendmedizin
Vorsitzender RISKID e.V.
Hinter dem Rathaus 4
47166 Duisburg
Fon 0203 548211
Fax 0203 548212
www.riskid.de

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN 16. WAHLPERIODE STELLUNGNAHME 16/1059 A04, A01

Welche landesrechtlichen, bundesrechtlichen oder sonstigen Maßnahmen erachten Sie zu einem besseren Schutz vor Kindeswohlgefährdungen als notwendig?

Das Gesundheitswesen muß für einen besseren Kinderschutz adäquat eingebunden werden. Dafür ist es erforderlich auf Landesebene rechtliche Klarheit für einen dafür notwendigen innerärztlichen Informationsaustausch bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen zu geschaffen.

Im BKiSchG wurden keine rechtlichen Regelungen zum innerärztlichen Informationsaustausch getroffen, als notwendige Voraussetzung das Gesundheitswesen effektiv zur Prävention einer KWG mit einzubinden.

Es wurden lediglich Verbesserungen der Kommunikation an der Schnittstelle Gesundheitswesen / Jugendhilfe eingeführt (INSOFA). Die Insofern erfahrene Fachkraft kann sicherlich in ihrer Lotsenfunktion hilfreich an der Schnittstelle Gesundheitswesen / Jugendhilfe sein. Sie löst aber nicht das Problem für Ärzte vorher eine ärztliche Diagnose Kindesmisshandlung (ICD 10 T74.0ff) zu sichern oder auszuschließen.

Auf Landesebene dringend nachzubessern ist deshalb die Regelung des innerärztlichen Informationsaustausches bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung. Dies betrifft die Situation VOR Einschalten der INSOFA.

Wie beurteilen Sie die derzeitige rechtliche Situation in Bezug auf den interkollegialen Austausch von Kinderärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung?

Die rechtliche Situation beim interkollegialen Austausch ist für alle Ärzte, die Kinder mit Verdacht auf Kindesmisshandlung behandeln, unzureichend geregelt und nicht eindeutig. Dies führt zum Nachteil der betroffenen Kinder dazu, dass die Diagnose oft

verschleppt und nicht früh genug gestellt wird.

Ärzte, die Kinder behandeln, müssen Diagnosen nach dem Diagnoseschlüssel des Bundesgesundheitsministeriums (ICD 10) zu stellen. Es ist sicher unstrittig, daß gerade Diagnosen von Kindesmißhandlungen (ICD 10: T 74.0-3) besonders schnell und exakt gestellt oder ausgeschlossen werden sollten. Dies ist notwendig um betroffenen Kindern frühzeitig zu helfen, aber auch um Eltern vor ungerechtfertigten Anschuldigungen zu schützen.

Ein häufiges Problem im ärztlichen Bereich ist es, daß bereits erhobene Befunde, die noch nicht für eine klare Diagnose Kindesmisshandlung ja/nein ausreichen, bei Arztwechsel (vorsätzlich beim „doctor-hopping“ oder aus anderen Gründen) verloren gehen und es deshalb zu einer verspäteten Diagnose von Kindesmisshandlung mit fatalen Folgen kommt.

Das ärztliche Vorgehen beim Stellen einer Diagnose unterliegt bestimmten Regeln, die sich am aktuellen Stand der Wissenschaft orientieren, damit Patienten vor ärztlichen Kunstfehlern geschützt sind. Dazu gehört auch, dass Ärzte sich gegenseitig über Ihre Befunde informieren, die Ergebnisse von Untersuchungen einander mitteilen u. gemeinsam zu einem Gesamtergebnis kommen sollen.

Diese für die ärztliche Zusammenarbeit auch nach der Berufsordnung für Ärzte in § 7 geforderte Vorgehensweise ist ausgerechnet bei Diagnosen von Kindesmisshandlung (ICD 10 T74.0-3) nach verbreiteter Rechtsauffassung gesetzlich nicht erlaubt. Es wird stattdessen die Meinung vertreten, man müsse zuvor das Einverständnis der Erziehungsberechtigten (potentielle Misshandler) einholen, um sich nicht wegen eines Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB strafbar zu machen.

Deshalb ist es dringend erforderlich, gesetzlich eindeutig zu regeln, dass das ärztliche Vorgehen bei der Abklärung von Diagnosen bei Kindesmisshandlungen nach den gleichen Kriterien erfolgen kann, wie sie für alle übrigen Diagnosen im Gesundheitswesen angewendet werden.

Für den innerärztlichen Informationsaustausch bedeutet dies die Regelung:

„Ärzte dürfen sich bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlungen über ihre Diagnosen und Befunde austauschen, um diese Diagnose Kindesmisshandlung (ICD10 T74.0ff) erhärten oder ausschließen zu können, bevor sie mit ihrem Ergebnis (Diagnose: Kindesmisshandlung) wegen einer Kindeswohlgefährdung (KWG) das Jugendhilfesystem hinzuziehen. Ein vorheriges spezielles Einverständnis der Erziehungsberechtigten (potentielle Misshandler) ist für diesen innerärztlichen Informationsaustausch nicht erforderlich.“

Trägt die derzeitige rechtliche Situation ihres Erachtens dazu bei, dass Kinderärzte sich eher zurückhaltend bei der Diagnose von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung von Kindern zeigen?

Ja, es gibt eine große Verunsicherung bei Ärzten, die Kinder behandeln, was rechtlich zu lässig ist und was nicht. Diese Verunsicherung in Kombination mit „doctorhopping“ durch die Erziehungsberechtigten führt dazu, dass Diagnosen von Kindesmisshandlung zu spät oder gar nicht gestellt werden. Somit werden KWG erst spät oder gar nicht bekannt.

Inwieweit halten Sie den flächendeckenden Aufbau einer EDV-basierten Datenbanklösung zum interkollegialen Austausch von Kinderärzten, wie es beispielsweise in Duisburg und im westlichen Ruhrgebiet mit dem Projekt RISKID erfolgt ist, für ziel führend und sinnvoll?

RISKID ist ein praxisorientiertes auf die medizinische Versorgung von Kindern zugeschnittenes Informationssystem für Ärzte. Unter dem Schirm der ärztlichen Schweige-

pflicht wird es Ärzten ermöglicht, sich gegenseitig über Befunde und Diagnosen zu informieren, damit bei Arztwechsel keine Informationen verloren gehen und deshalb Diagnosen von Kindesmisshandlung zu spät gestellt werden. Der Ausbau des RISKID Informationssystem ist von daher zielführend und sinnvoll.

Bezogen auf die Erfahrungen mit dem Duisburger Pilotprojekt RISKID würden in NRW schätzungsweise ca. 9000 betroffene Kinder von RISKID erfaßt werden u. könnten im Einzelfall rechtzeitig Hilfe bekommen.

1. Welche Probleme bestehen aktuell bei einer solchen Datenbank? Gibt es Lösungsmöglichkeiten - wie kann das Spannungsfeld zwischen dem Schutzauftrag gegenüber den Kindern, der ärztlichen Schweigepflicht als schützenswertem Gut und dem Datenschutz für alle Beteiligten zufriedenstellend aufgelöst werden?

Seit dem Start als Duisburger Pilotprojekt 2007 wurde RISKID entsprechend datenschutzrechtlichen und juristischen Vorgaben angepaßt, auch um die Voraussetzungen für eine bundesweite Vernetzung zu schaffen. Aktuell besteht weiterhin ein Problem wegen Unklarheiten hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht § 203 StGB. Hierzu ist, wie bereits ausgeführt, eine eindeutige gesetzliche Regelung, die allen Ärzten Rechtssicherheit gibt auf Landesebene notwendig.

Stellt man die bei RISKID erfaßten Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum) verbunden mit der Information zuvor einen bestimmten Arzt aufgesucht zu haben dem im Grundgesetz garantierten Recht jedes Kindes auf körperliche Unverletzlichkeit gegenüber, sollte der Schutz der Kindes vor Misshandlungen den höheren Stellenwert haben.

Der technische Ablauf beim aktuellen RISKID-System orientiert sich an den bei Behörden für sensible Datenverwaltung üblichen Vorgehensweisen. (Datenspeicherung in einem Rechenzentrum, IT-Sicherheit, Protokollierung der Zugriffe etc.)

Zwei Fragen sind bedeutsam: Was ist gespeichert und wer hat Zugang zu welchen Daten?

Eingetragen wird nur das Kind, nicht die Eltern. Ein Kind wird von einem Arzt nur dann eingetragen, wenn eine Verdachtsdiagnose Kindesmisshandlung vorliegt.

Für weitere an RISKID angeschlossene Ärzte bekannt werden nur die bei einer Anfrage zur Identifikation notwendigen Daten des Kindes: Nachname, Vorname Geburtsdatum.

Der einstellende Arzt hat noch die Möglichkeit, zum Zweck der Gedächtnisstütze die seinen Verdacht begründenden Befunde u. Diagnosen zusätzlich stichwortartig abzuspeichern. Diese bleiben bei evtl. späteren Abfragen ausschließlich für diesen Arzt einsehbar.

Das System der Abfrage durch den nachbehandelnde Ärzte ist zweistufig ausgestaltet.

Erste Stufe:

Jeder dem RISKID-System angeschlossene Arzt nimmt bei einer Neuvorstellung eines Kindes eine Anfrage bei RISKID vor. In den meisten Fällen wird die Antwort sein: Kein Eintrag

Im seltenen Fall einer positiven Rückmeldung wird dem Arzt, der bei RISKID angefragt hat, die Möglichkeit gegeben, mit dem Kollegen, der die Eintragung vorgenommen hat, in einen näheren Informationsaustausch zu kommen (Zweite Stufe). Hierfür erhält er die Adressdaten des einstellenden Arztes.

Die anschließende Information über ärztliche Befunde erfolgt wie auch sonst zwischen Ärzten, Institutionen u. Krankenhäusern üblich telefonisch, per Post oder elektronisch.

Was das Einstellen und Bearbeiten der eingestellten Daten (also Name, Vorname, Geburts-

datum) angeht, so hat jeder Arzt einen auf seine Patienten beschränkten Zugriff, d.h. nur er kann Patientendaten ergänzen oder löschen.

Hat der Landesgesetzgeber NRW Handlungsoptionen in Bezug auf die Schaffung einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage, um den interkollegialen Austausch von (Kinder-)Ärzten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung zu vereinfachen oder liegt die Zuständigkeit aufgrund des Tätigwerdens des Bundes mit dem Bundeskinderschutzgesetz nunmehr alleine beim Bund? Wenn ja, was kann das Land tun?

Nach aktuellem Rechtsgutachten (Prof. G. Schmidt, Dr. D. Schmidt) vom August 2013 kann der Landesgesetzgeber, die im BKiSchG nicht erfolgten Regelungen zum inner-ärztlichen Informationsaustausch, auf Landesebene ergänzend regeln, z.B. indem man § 9 II 1 der Berufsordnung ausdrücklich in das Heilberufsgesetz NRW aufnimmt .

In welcher Form und Weise ist ein Einbezug der Krankenversicherungen denkbar?

Die Krankenkassen können durch Präventionsangebote, Ausbau und Unterstützung von Früherkennungsuntersuchungen helfen, dass gefährdete Kinder rechtzeitig entdeckt werden. Die Übernahme des vom BVKJ entwickelten „Erweiterten Vorsorgeheftes“ durch die Barmer GEK ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Schritt.

Welche Rolle spielt eine hochwertige und kontinuierliche Fortbildung von Ärzten und Fachpersonal bei der Erkennung von Kindeswohlgefährdungen?

Eine kontinuierliche Weiterbildung zu diesem Themenbereich unabdingbar, um nach den jeweils neuesten Erkenntnissen rechtzeitig Fälle von Kindesmisshandlungen zu diagnostizieren.

Entsprechende Fortbildungsveranstaltungen werden z.B. von den Berufsverbänden (Für Kinder- und Jugendärzte BVKJ) organisiert. Ärztliche Fortbildungsveranstaltungen vor Ort in der Form von Qualitätszirkeln, zu denen neben der Rechtsmedizin auch nichtmedizinische Professionen eingeladen werden, sind dabei geeignet fachübergreifend dem Problem Kindesmisshandlung/ Kindeswohlgefährdung auch unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten zu begegnen

Wie können Ärzte zum Wohl von Kindern sinnvoll in ein Netzwerk mit Schulen, Eltern, Jugendämtern und Betreuungsinstitutionen eingebunden werden? Gibt es Ihrer Meinung nach bereits sinnvolle und funktionierende Netzwerke, in denen Ärzte sinnvoll eingebunden sind?

Eine Vernetzung über den Medizinbereich hinaus, z.B. mit Schulen, Kindergärten, ÖGD, Familienhebammen etc. wäre ein weiterer wichtiger Schritt, Kinder vor Misshandlungen zu schützen. Bisher gibt es diese Netzwerke nicht in ausreichender Form, u.a. weil die rechtlichen Voraussetzungen für einen Informationsaustausch fehlen.

Wie beurteilen Sie – vor dem Hintergrund von Schutz vor Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern - das NRW-Konzept, dass Kinderärzte dem Landesinstitut für öffentliche Gesundheitsdienste Teilnehmer an Früherkennungsuntersuchungen melden müssen? Hat sich das Konzept der positiven Meldepflicht bewährt? Inwieweit bestehen Verbesserungsbedarfe?

Insbesondere in sozialen Brennpunkten hat sich die positive Meldepflicht bewährt. Kinder aus Problemfamilien erhalten so eine medizinische Betreuung, die sie ohne dieses Einladewesen nicht erhalten hätten. Einer KWG wird dadurch vorgebeugt:

In eigener Praxis (Duisburg Hamborn) wurden bei einer wegen der positiven Meldepflicht durchgeführten Früherkennungsuntersuchung bei einem Vorschulkind (die erste seit der Geburt dieses Patienten) eine Kindeswohlgefährdung detektiert mit der Folge, dass sowohl dieses Kind als auch zwei weitere Geschwisterkinder bei einem anschließenden Hausbesuch durch das Jugendamt in Obhut genommen werden mußten.

Ein Problem für die statistische Beurteilung ist sicherlich, dass ein Teil der gefährdeten Kinder mit erheblichen Gesundheitsstörungen infolge Vernachlässigung und Überforderung der Eltern (Diagnose ICD 10 T 74.0 G) weiterhin innerhalb des Gesundheitswesens betreut werden u. nicht im Jugendhilfesystem erfaßt sind. Dies führt zu unterschiedlichen (statistischen) Bewertungen und Feststellungen zur Effizienz von Früherkennungsuntersuchungen.

Diese gefährdeten Kinder erhalten oft Heilmittel wie Logopädie u. Ergotherapie und weitere Fördermaßnahmen, um Defizite durch fehlende Zuwendung und Förderung seitens der Eltern auszugleichen.

Aber auch bei nicht erkannten somatischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen kann durchaus eine KWG vorliegen. Es stellt sich schon die Frage, ob z.B. eine -wegen nicht durchgeführter Früherkennungsuntersuchung- unerkant gebliebene komplexe Entwicklungsstörung mit entsprechenden Folgen für die Schullaufbahn und spätere Berufsperspektive oder ein Hodenhochstand bei einem Jungen, mit daraus resultierender Unfruchtbarkeit für das weitere Leben nicht auch eine KWG ist.

Ein Problem ist auch dass das „gelbe Vorsorgeheft“ wenig geeignet ist festgestellte Entwicklungsstörungen u. Erkrankungen differenziert für spätere statistische Auswertungen zu dokumentieren. Es sollte möglichst durch das aktuell vom BVKJ entwickelte „Erweiterte Vorsorgeheft“ ersetzt werden.

Eine Rückfrage bei Duisburger Kinder- und Jugendärzten ergab eine durchaus positive Bewertung der praktizierten Meldepflicht hinsichtlich besserer Kindergesundheit und Aufdeckung von KWG. Probleme wurden vereinzelt beim bürokratischen Ablauf des Meldeverfahrens berichtet, mit fehlerhafter Benachrichtigung von Eltern trotz bereits stattgefundener Früherkennungsuntersuchung. Hier könnte noch einiges verbessert werden.