

Thema: Symptome von Kindesmisshandlung zu erkennen und mit der konkreten Situation medizinisch wie rechtlich professionell umzugehen, darum ging es bei einer ärztlichen Fortbildung in Köln, zu der mehr als 160 Teilnehmer kamen. Die Leitfrage sollte sein: „Was ist das Beste für das Kind?“ Präventive, aufsuchende und ämterübergreifende Ansätze können helfen, Kinder in gefährdeten Familien vor Übergriffen zu schützen.

von Jürgen Brenn

Kindesmisshandlung: erkennen – behandeln – verhindern



Woher stammen die blauen Flecken? Kann es ein Unfall gewesen sein, wie die Eltern erzählen? Kann sich das Kleinkind beim Sturz von der Wickelkommode tatsächlich die Hämatome an dieser Stelle zugezogen haben? Soll ich die Schweigepflicht brechen und den Verdacht auf Misshandlung melden? Wenn ja, an wen? An das Jugendamt, an die Polizei?

Der Verdacht auf Kindesmisshandlung wirft für Ärztinnen und Ärzte zahlreiche Fragen auf, die nicht alltäglich sind und von ihnen schwierige Entscheidungen verlangen, sowohl medizinisch-ethischer als auch juristischer Natur. Mehr als 160 Ärztinnen und Ärzte diskutierten kürzlich in Köln bei einer Fortbildungsveranstaltung über Kindesmisshandlungen. Das gesellschaftlich und medizinisch wichtige Thema hatte Dr. Dieter Mitrenga, Vorstandsmitglied und 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Köln der Ärztekammer Nordrhein, für die 150. Fortbildungsveranstaltung gewählt, die er in den vergangenen 30 Jahren im Namen der Kreisstelle Köln der Kammer organisiert hat.

Mit der Fortbildung wolle er einen Beitrag dazu leisten, die diagnostischen Kenntnisse und Fähigkeiten zu verbessern und die Sensibilität zu erhöhen, sagte Mitrenga in Köln: „Konsequentes Hinsehen mit geschultem Blick“, sei das A und O, um Kindesmisshandlungen zu erkennen und richtig darauf zu reagieren – was auch in manchen Fällen die Verantwortung für den Kinderschutz mit einschließt.

Denn die Ärztinnen und Ärzte sind ein Glied in einer Kette von Institutionen und gesellschaftlichen Gruppen, die zu einem wirksamen Schutz von Kindern beitragen

können, wie Dr. Eberhard Motzkau, Leiter der Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf, kürzlich bei den 3. Bensberger Rechtsgesprächen des NRW-Justizministeriums feststellte: „Kinderschutz ist ein gesellschaftliches Problem und kein medizinisches“, sagte er (siehe auch *Interview rechts*).

In Deutschland wurden 2007 laut Kriminalstatistik mehr als 3,350 Fälle von Kindesmisshandlung und knapp 12.800 Fälle von sexuellem Missbrauch an Minderjährigen gemeldet, sagte Dr. Frank Eifinger, Oberarzt an der Kölner Uni-Kinderklinik, bei der Fortbildung in Köln. Die Dunkelziffer werde bei Kindesmisshandlungen auf rund 1,4 Millionen Fälle geschätzt.

Die Arztgruppen, die mit minderjährigen Misshandlungsoptionen vor allem in Berührung kommen, sind die Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte sowie die Kliniker, die auf der Intensivstation arbeiten. „Wir sind die ersten, die gerufen werden, wenn die Eltern ihre Kinder in einer Notsituation in die Klinik bringen“, sagte Eifinger. Aber auch bei den regulären Untersuchungen in der Kinder- oder Hausarztpraxis können Symptome von Kindesmisshandlung erkannt werden.

Gerichtsfest dokumentieren

Um eine Misshandlung zu erkennen, müsse man bereit sein, „das Udenkbare zu denken“, sagte Dr. Sibylle Banaschak vom Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Köln. Die leitende Oberärztin empfahl für den Verdachtsfall: „Bleiben Sie ruhig. Aktionismus hilft nicht.“ Zunächst komme es darauf an, die Verdachtsdiagnose abzusichern und zu dokumentieren. „Die Dokumentation ist sehr sehr wichtig“, betonte auch Eifinger. Das gelte sowohl für die Begründung, einen Verdachtsfall zu melden und damit die Schweigepflicht zu brechen als auch für die Beweisführung vor Gericht.

Die Basis der ärztlichen Dokumentation ist die Krankenakte, so der Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität zu Köln, Professor Dr. Markus A. Rothschild. Die Krankenakte dient dem Arzt nicht nur als Gedächtnisstütze und zur Therapieabsicherung, sondern kann auch zur Beweissicherung im Falle einer Kindesmisshandlung herangezogen werden, wobei die Akte stets Eigentum des Arztes oder des Krankenhauses bleibt, betonte der Rechtsmediziner. Um Befunde so zu dokumentieren, dass sie auch

Interview

Bewährte Hilfe bei kindlichen Traumata

Dr. Eberhard Motzkau, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Leiter der Ärztlichen Kinderschutz-Ambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf, erläutert die Arbeitsweise zum Schutz gewaltgeschädigter Kinder. Die KinderschutzAmbulanz kümmert sich seit mehr als 20 Jahren um minderjährige Opfer von Misshandlung und Vernachlässigung.



Dr. Eberhard Motzkau: „Wir sehen nur, was wir kennen“ – diese Erfahrung mahnt zur Verbreitung des Wissens um Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Foto: EvK-Archiv

Ich rate ab von Alleingängen und Spontanaktionen, die nicht mit weiterführenden Stellen abgesprochen sind.

RhÄ: *Begrüßen Sie den neuen Gesetzesentwurf zum Kinderschutz, der die Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht beabsichtigt?*

Dr. Motzkau: Die aktuelle gesetzliche Situation ist schon praktikabel. Wenn der Gesetzesentwurf zu größerer Bereitschaft führt, mehr mögliche Misshandlungsfälle wahrzunehmen und weiterzuleiten, wäre das willkommen. Allen Beteiligten sollte aber klar sein, dass eine Art Umzingelung der Familien nicht zur Verringerung von Misshandlungen führen wird. Dazu braucht es Respekt, Gelassenheit und Vertrauen. Das erreicht man nur durch Offenheit und Transparenz, auch bei konfrontativen und kontrollierenden Maßnahmen. Auf keinen Fall darf das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient-Familie geschwächt werden. Jeder einzelne Arzt muss seinen Patienten und den Eltern klar machen, dass er Gewalt gegen Kinder nicht toleriert.

RhÄ: *Wie wird die Kinderschutzambulanz finanziert?*

Dr. Motzkau: Zum Teil durch die Abrechnung mit den Krankenkassen, dann aus Leistungen der beteiligten Jugendämter und Förderung des Landes für Anlaufstellen gegen sexuelle Gewalt. Ein erheblicher Teil der Finanzierung wird bis heute durch den „Förderverein Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf“ getragen, der Spendengelder beschafft, ohne die der Betrieb der KinderschutzAmbulanz nicht zu gewährleisten wäre.

RhÄ: *Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Kinderschutzambulanz?*

Dr. Motzkau: Finanzielle Sicherheit, einen weiteren Ausbau der Stellen und einen erheblichen Ausbau der Zahl an ärztlichen und psychologischen Kinderpsychotherapeuten in Düsseldorf, weil die therapeutische Versorgung der vielen behandlungsbedürftigen Kinder derzeit desolat ist.

Interview: Karola Janke-Hoppe

RhÄ: *Herr Dr. Motzkau, Sie haben vor mehr als 15 Jahren die Leitung der KinderschutzAmbulanz übernommen. Welches Hilfe- und Schutzkonzept liegt Ihrer Arbeit zugrunde?*

Dr. Motzkau: Die Diagnostik stellt das hauptsächliche Aufgabengebiet der KinderschutzAmbulanz dar. Therapie können wir nur zum kleinen Umfang leisten. Zur Beurteilung einer möglichen Gefährdung, eventueller Misshandlung und der Notwendigkeit weiterer Hilfen ist eine möglichst genaue Diagnostik erforderlich, die sich auf die kinderpsychiatrische und kinderpsychologische Untersuchung, die Aussagen der Kinder, Testergebnisse und – wenn möglich und erforderlich – auch auf die vorliegenden pädiatrischen, kindergynäkologischen und rechtsmedizinischen Befunde stützt. Aus diesen Ergebnissen leitet sich dann die jeweils erforderliche Hilfe ab, wenn Misshandlung oder Vernachlässigung vorliegen. Vordringlich ist in vielen Fällen zunächst, dass der Schutz der Kinder sichergestellt ist. Sofern das in der Familie nicht gewährleistet werden kann, müssen andere Stellen, meist das Jugendamt, für diesen Schutz sorgen.

RhÄ: *Mit wem arbeiten Sie zusammen?*

Dr. Motzkau: Vor allem mit den zuständigen Jugendämtern und den von ihnen eingesetzten Helfern, daneben auch mit niedergelassenen Pädiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, der Rechtsmedizin und der Polizei, mit Einrichtungen der öffentlichen Erziehung wie Kindergärten, Schulen, Tagesgruppen, Kinderheimen und Mutter-Kind Einrichtungen, mit Familiengerichten und Verfahrenspflegern.

RhÄ: *Ist nach Ihrer Einschätzung die Gewaltbereitschaft gegenüber Kindern in den vergangenen Jahren gestiegen?*

Dr. Motzkau: Unserer Erfahrung nach nimmt die Sensibilität für die Unrechtmäßigkeit von Gewalt im Zusammenhang mit Erziehungsmaßnahmen in den Familien eher zu. Von einem konkreten Rückgang der gemeldeten Fälle können wir nicht sprechen. Eine scheinbare Zunahme von familiärer Gewalt führen wir auf gestiegene Aufmerksamkeit und erhöhte Neigung zum Melden zurück. Das schließt auch das Verhalten der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ein. Deutlich erhöhte Bereitschaft zu Gewalt beobachten wir im Zusammenhang mit sexueller Gewalt und im Bereich elektronischer Medien wie zum Beispiel dem Internet.

RhÄ: *Wie können Ärztinnen und Ärzte bei einem akuten Verdacht auf Kindesmisshandlung helfen?*

Dr. Motzkau: „Wir sehen nur, was wir kennen“ – diese Erfahrung mahnt zur Verbreitung des Wissens um Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Aber wir wagen nur dann, in schwierige und ungewohnte Prozesse einzutreten, wenn wir den weiteren Weg – zum Beispiel der Diagnostik – kennen und mit den damit verbundenen Gefühlen umgehen können. Klares Ansprechen von unklaren Verletzungen und Transparenz des weiteren Vorgehens ist in den meisten Fällen wichtig, sofern nicht der unmittelbare Schutz für die Kinder in der akuten Situation vorgeht, was selten der Fall ist. Im Zweifel sollten erfahrene Kollegen nach ihrer Einschätzung gefragt werden.

Spendenkonto der Kinderschutzambulanz Düsseldorf

Konto-Nr. 43 000 900
BLZ 300 501 10
Stadtparkasse
Düsseldorf
Stichwort: KinderschutzAmbulanz

Konto-Nr. 3 330 339
BLZ 300 700 10
Deutsche Bank AG
Düsseldorf
Stichwort: KinderschutzAmbulanz

Konto-Nr. 3 990 090
BLZ 300 400 00
Commerzbank AG
Düsseldorf
Stichwort: KinderschutzAmbulanz

Es gibt die Möglichkeit, gezielt einem bestimmten Kind zu helfen, und zwar durch die Übernahme einer Patenschaft für eine Diagnostik oder Therapie. Die Anonymität des Kindes muss dabei natürlich geschützt werden, aber der Spender erhält Informationen – zum Beispiel darüber, ob es gelingt, die Lebensbedingungen des Kindes zu verbessern. Wer Mitglied des Förderkreises „Ärztliche KinderschutzAmbulanz“ werden möchte, kann sich unter www.kinderschutzambulanz.de ein Mitgliedsformular ausdrucken. Mitglieder gehen keine finanzielle Verpflichtung ein, der Förderverein erhebt keinen festen Mitgliedsbeitrag. Weitere Informationen unter www.kinderschutzambulanz.de

vor Gericht als Beweis anerkannt werden, können diese schriftlich als Bericht, fotografisch oder auch als Zeichnung festgehalten werden.

Berichte – Fotos – Skizzen

Der schriftliche Befundbericht muss den Anlass der Untersuchung, den Namen des Untersuchenden sowie weiterer anwesender Zeugen enthalten. Darüber hinaus sollte der Bericht den Ort und das Datum enthalten sowie mit der Unterschrift des Verfassers versehen sein, sagte Markus A. Rothschild. Weiter empfahl er eine sachliche, professionelle Sprache und den Verzicht auf Abkürzungen. Falls der Befund handschriftlich abgefasst ist, sollte auf Lesbarkeit geachtet werden, um Verwechslungen und Unklarheiten zu vermeiden. Der Rechtsmediziner berichtete von einem Befundbericht, in dem von „stichförmigen“ Spuren die Rede war, was eine Verurteilung wegen gefährlicher Körperverletzung nach sich gezogen hätte, wenn nicht das Gericht den Befundverfasser als Zeugen vernommen hätte. Er erläuterte, dass er „strichförmige“ Merkmale beschrieben habe – von Stichverletzungen keine Spur.

Auch zur Dokumentation angefertigte Zeichnungen oder Fotos sollten jeweils Angaben über Ort und Zeitpunkt der Befunderhebung enthalten und mit einer Unterschrift versehen sein, sagte Rothschild. Bei der Fotodokumentation eines minderjährigen Patienten müssten grundsätzlich die Erziehungsberechtigten vorher ihr Einverständnis erklärt haben. Im Zweifelsfall gelten hier die gleichen Grundsätze wie auch bei der sonstigen Befunddokumentation im Interesse des Patienten.

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass die Fotos auch wirklich aussagekräftig sind, von der Übersicht zum Detail gehen und wenn möglich einen Vergleichsmaßstab mit aufnehmen. Dabei könne auch eine Münze neben einem Hämatom ausreichen, erklärte Rechtsmedizinerin Banaschak. Die Verletzungen sollten möglichst rechtwinklig mit einem 50 mm Objektiv aufgenommen werden. Digitalaufnahmen seien ohne Weiteres geeignet. Sie sollten allerdings ausgedruckt und mit dem entsprechenden Informationen „gerichtsfest“ gemacht werden, so Rothschild.

Fotos von Hämatomen sind lediglich ein Aspekt bei der Befunderhebung, obwohl blaue Flecken neben Frakturen zu den typischen Merkmalen bei körperlicher Misshandlung gehören, so Banaschak. Kinder werden geschlagen, getreten oder gestoßen. Stumpfe Gewalt führe meist zu Hämatomen oder Frakturen. In selteneren Fällen würden Kinder thermischen Einwirkungen ausgesetzt, etwa verbrüht oder mit Bügeln oder brennenden Zigaretten verletzt.

Ein Sonderfall der körperlichen Misshandlungsform ist das Schütteltrauma, das vor allem für Säuglinge, aber auch Kleinkinder lebensgefährlich ist. Es bestehe eine hohe Letalitätsrate und im Überlebensfall seien gravie-

rende Spätfolgen möglich, so Banaschak. Das Schütteln bewirke beispielsweise subdurale Hämatome, die selten raumfordernd sind, eine Enzephalopathie ist ebenso typisch wie Netzhautblutungen. Durch den festen Griff können sich Spuren an Brust- und Rückenpartie finden und eventuelle Rippenfrakturen auftreten (einen Eindruck der Folgen des Schütteltraumas vermittelt ein kurzer Animationsfilm im Internet, zu finden unter: www.expertdigital.com/sbakenbaby.html).

Bei Hämatomen und anderen häufigeren Symptomen, die auf eine körperliche Misshandlung hindeuten, kommt es darauf an, wo diese auftreten. Unfallbedingte blaue Flecke haben Kinder häufig an Ellenbogen, Knien oder den Vorderseiten der Unterschenkel. Atypisch sind Hämatome am Bauch, im Genitalbereich, im Gesicht, an der Rückenpartie oder dem Fußrücken, so Banaschak. Grundsätzlich müsse sich der behandelnde Arzt bei der Anamnese stets fragen, ob die Verletzungsspuren zu dem von den Eltern geschilderten Unfallgeschehen passen und plausibel sind.

Auch bei Frakturen sei die Lokalisation und die Anzahl wichtig. Frank Eifinger empfiehlt, eine spezielle Röntgendiagnostik zu veranlassen, um ältere Frakturen feststellen zu können. Differenzialdiagnostisch müsse geklärt werden, ob das Kind krankheitsbedingt eine erhöhte Affinität zu Frakturen hat und ob das Alter oder der Entwicklungsstand des Kindes zu der Fraktur passt. Zum Beispiel seien unfallbedingte Schädelbrüche im Säuglingsalter sehr selten und erst recht schwer vorstellbar, wenn der Schädel an mehreren Stellen gebrochen ist, erklärte Banaschak.

Auch der Allgemeinzustand sowie die Ergebnisse einer psychomotorischen Untersuchung können Hinweise darauf liefern, ob der Entwicklungsstand des Kindes seinem Alter entspricht oder ob Defizite vorliegen, die auf eine körperliche Vernachlässigung hindeuten.

Banaschak und Eifinger empfahlen, sich je nach Verdachtsdiagnose mit den entsprechenden Fachkolleginnen und -kollegen in Konsilen zu beraten. Am



Eine gute Fotodokumentation ist für den behandelnden Arzt und für eine gerichtliche Verwertung wichtig. Dabei kommt der Klarheit des Motivs – hier eine verbrühte Säuglingshand sowie ein Größenmaßstab – besondere Bedeutung zu.
Foto: Sibylle Banaschak.

häufigsten gefragt seien die Rechtsmedizin, die Unfallchirurgie, die Neurochirurgie und die Kindergeriatrie.

Neben der körperlichen Untersuchung stehe die labor-chemische. Eifinger empfahl Untersuchungen des Blutes und des Urins sowie ein toxikologisches Screening, um beispielsweise eingenommenen Drogen auf die Spur zu kommen. Er riet dazu, neben einem Abstrich auch Stuhl-, Speichel- sowie Magensaftproben zu untersuchen und die Proben aufzubewahren. Dies sei insbesondere für den Fall geboten, dass ein Misshandlungsoffer stirbt.

Falls ein Kind mit der Verdachtsdiagnose Misshandlung stationär aufgenommen werde, habe dies neben dem Schutz des Kindes auch zum Ziel, gründliche Untersuchungen vornehmen zu können, erklärte Eifinger. Gleichzeitig könnten so die Reaktionen der Familie beobachtet und eine Deeskalation der familiären Situation erreicht werden. In der stationären Phase falle den Pflegekräften eine entscheidende Aufgabe zu: Sie stellen den Kontakt zu den Kindern her und beobachten das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder, was gegebenenfalls auch dokumentiert werden sollte, um die Diagnose weiter zu erhärten.

Es ist ein heikler Moment, wenn den Eltern die Verdachtsdiagnose eröffnet wird, wie Eifinger und Banaschak berichteten. Das Elterngespräch dürfe nicht anklagend oder wertend sein, betonten beide Mediziner. „Das ist nicht unsere Aufgabe“, so Banaschak, „wir Mediziner können sagen, was passiert ist, aber nicht wer das war. Das ist eine juristische Frage“, stellte die Oberärztin klar. „Wir machen uns Sorgen um Ihr Kind“ ist nach ihrer Auffassung eine Formulierung, die als Signal der ärztlichen Neutralität das schwierige Arzt-Eltern-Gespräch einleiten könnte.

Schweigepflicht versus Kindeswohl

Eine weitere schwierige Entscheidung, die dem Arzt niemand abnehmen kann und von Fall zu Fall entschieden werden muss, ist die Frage, ob die ärztliche Schweigepflicht gebrochen werden muss und Behörden informiert werden sollen. Auf der Schweigepflicht fußt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. „Wir sollten dies nicht leichtfertig aufgeben“, sagte der Kölner Rechtsmediziner Markus A. Rothschild. Er sprach sich gegen eine Meldepflicht von Misshandlungsverdachtsfällen aus, wie sie immer wieder im politischen Raum diskutiert wird. Denn eine Meldepflicht hätte zur Folge, dass Eltern aus Angst vor Bestrafung nicht mehr mit ihrem verletzten Kind um medizinische Hilfe nachsuchen würden. Die derzeitige Rechtslage gebe dem Arzt die Instrumente an die Hand, mit denen er im gegebenen Fall die Schweigepflicht brechen kann, ohne sich strafbar zu machen. In Deutschland sei kein Fall bekannt, in dem ein Arzt verurteilt wurde, weil er seine Schweigepflicht in der Überzeugung gebrochen hat, einen Fall von Kindesmisshandlung zu melden, so der Rechts-

mediziner. Auch habe der Arzt die Möglichkeit zu entscheiden, ob er sich mit seinem Verdacht an das Jugendamt, an die Polizei oder an ein lokales Netzwerk wendet.

Grundsätzlich erstreckt sich die Schweigepflicht auf alles, was dem Mediziner in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, wozu auch Aufzeichnungen, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde zählen. Nur unter bestimmten Voraussetzungen darf der Arzt Patientendaten offenbaren. Zum Beispiel wenn der Patient sein Einverständnis dazu erklärt habe oder bei Bewusstlosigkeit die Einwilligung anzunehmen sei, erklärte Rothschild. Der Gesetzgeber schreibt beispielsweise für das Krebsregister eine Offenbarungserlaubnis vor, und eine Offenbarungspflicht besteht in Deutschland zum Beispiel bei meldepflichtigen Krankheiten.

„Rechtfertigender Notstand“

Daneben kann der Arzt Daten offenbaren, um ein höherwertiges Rechtsgut zu schützen. Dies ist im § 34 *Strafgesetzbuch (StGB)* unter dem Stichwort „Rechtfertigender Notstand“ geregelt: Der Arzt verhält sich nicht rechtswidrig, wenn er die Schweigepflicht verletzt, um einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für die Gesundheit oder für das Leben des Kindes zu begegnen. Er hat allerdings vorher eine so genannte „Rechtsgüterabwägung“ vorzunehmen. Er muss überlegen, ob das Interesse, für das Wohl des Kindes zu sorgen, das Interesse auf Verschwiegenheit des Arztes wesentlich überwiegt. Der Bruch der Schweigepflicht muss ein angemessenes Mittel dafür sein, die Gefahr abzuwenden. Dies bedeute auch, so Rothschild, „der Arzt muss vorher auf die Eltern des Kindes eingewirkt haben, dass sie die erforderlichen Maßnahmen von sich aus ergreifen“.

Gegenüber den Erziehungsberechtigten von minderjährigen Patienten bestehe keine grundsätzliche Offenbarungspflicht. Rothschild nannte als Beispiel eine 15-jährige Patientin, die intellektuell in der Lage ist, die Situation zu erfassen, ihre Entscheidung nachvollziehbar begründet und die Konsequenzen der Entscheidung bedacht hat. Hier brauchten die Eltern nicht informiert zu werden, soweit keine situationsbedingten Hindernisse dagegenstehen.

Keine Rechtsgüterabwägung hat der Gesetzgeber für den Fall vorgesehen, dass der Arzt Kenntnisse über eine geplante schwere Straftat erlangt. In Fällen zum Beispiel von geplantem Mord, Totschlag, Menschenraub oder Völkermord besteht eine Meldepflicht über die §§ 138, 139 *StGB* auch für Ärztinnen und Ärzte. Dies kann bei Kindesmisshandlungen der Fall sein, wenn davon auszugehen ist, dass das Kind an den Folgen einer weiteren Misshandlung stirbt. Alle Verbrechen, die bereits begangen wurden, sind nicht meldepflichtig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, so Rothschild. Hier tritt die ärztliche Aufgabe der Lebenserhaltung vor das Interesse der Strafverfolgung.

Riskid in Duisburg

Duisburger Kinderärzte haben eine Informationsdatei über Risikokinder (Riskid) entwickelt, in die Kinder aufgenommen werden, bei denen Hinweise oder Anhaltspunkte bestehen, die für sich genommen noch keinen konkreten Verdacht auf Kindesmisshandlung begründen. Beim Wechsel des Kinderarztes soll der Kollege Hinweise auf den Verdacht erhalten. Der Informationsaustausch erfolgt derzeit auf der Grundlage entsprechender Einverständniserklärungen der Sorgeberechtigten. Über eine spezielle gesetzliche Regelung könnte das System auch bundesweit zum Einsatz kommen. Derzeit sehen Juristen wie die Direktorin des Amtsgerichts Siegburg, Birgit Niepmann, die Datei noch als rechtlich problematisch an. bre