

Angst in den Heilberufen vor rechtlichen Fehlern

Oliver Berthold/Vera Clemens/Andreas Witt/Jörg M. Fegert

Kinderschutz ist ein zentrales gesellschaftliches Thema. Eine funktionierende Zusammenarbeit von Medizin, Jugendhilfe und Justiz stellt eine wichtige Grundvoraussetzung für ein wirksames Hilfesystem dar. Untersuchungen zeigen jedoch, dass dem immer noch allzu häufig rechtliche Unsicherheiten der beteiligten Mediziner*innen und Therapeut*innen entgegenstehen. In den Anfragen an die Medizinische Kinderschutzhotline spiegeln sich die wichtigsten Themenfelder wieder.

1 Einleitung

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in ihrem Leben Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung erleben, ist anhaltend hoch. Das zeigen zwei repräsentative Studien aus Deutschland, die im Abstand von 6 Jahren Erwachsene rückblickend zu ihren Kindheitserfahrungen befragt haben^{1,2}. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass in Europa bis zu 90% dieser Kinder und Jugendlichen nicht erkannt werden und ihnen daher die adäquate Hilfe verwehrt bleibt.³ Die kurz- und langfristigen Folgen für die Betroffenen sind schwerwiegend. Schwere Misshandlungen sind selten einmalige Ereignisse und haben eine Tendenz zur Eskalation. So setzt z.B. die im akuten Fall verkannte Misshandlung den betroffenen Säugling einer potentiell lebensbedrohlichen Wiederholungsgefahr aus. Langfristig leiden Erwachsene, die als Kinder Opfer von Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlungen geworden sind, deutlich häufiger an schweren körperlichen wie psychischen Erkrankungen. Die Autor*innen um Brown fanden 2009 einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der im Kindesalter erlebten belastenden Ereignisse und einer um bis zu 20 Jahre verkürzten Lebenserwartung.⁴ Auch die gesellschaftlichen Kosten sind enorm. Konservativ geschätzt werden allein in Deutschland rund 11 Mrd. Euro pro Jahr für die Folgen von Misshandlungserfahrungen im Kindesalter ausgegeben.⁵

Institutionen im Bildungs- und Gesundheitswesen haben ein großes Potential zur (Früh-)Erkennung gefährdeter Kinder, aber nur begrenzte Möglichkeiten zur Intervention. Der Jugend-

1 Witt, A./Brown, R.C./Plener, P.L./Brähler E./Fegert, J.M., Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 11 (1), 2017, S. 47.

2 Häuser, W./Schmutzer, G./Brähler, E./Glaesmer, H., Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population, *Deutsches Arzteblatt International* 108 (17), 2011, S. 287-94.

3 Sethi, D., *European Report on Preventing Child Maltreatment*, Kopenhagen 2013, S. 1.

4 Brown, D.W./Anda, R.F./Tiemeier, H./Felitti, V.J./Edwards, V.J./Croft, J.B./Giles, W.H., Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality, *American Journal of Preventive Medicine* 37 (5), 2009, S. 389-96.

5 Habetha, S./Bleich, S./Weidenhammer J./Fegert, J.M., A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6 (1), 2012, S. 35.

hilfe wiederum stehen differenzierte Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, sie ist aber oft auf Informationen aus den anderen beiden Bereichen angewiesen. Daher zielt das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) von 2012 folgerichtig auf die Schnittstellen („Kommunikation und Information“) zur Verbesserung des Kinderschutzes.

Die Evaluation des BKisSchG zeigt jedoch, dass nach wie vor die Schweigepflicht im Gesundheitswesen als größte Hürde zum wirksamen Handeln im Kinderschutz wahrgenommen wird.⁶ Das erstaunt in zweifacher Hinsicht. Zum einen existieren bereits innerhalb des Gesundheitswesens zahlreiche differenzierte Interventionsmöglichkeiten für die Diagnostik und Behandlung (Kinderschutzgruppen und -ambulanzen, rechtsmedizinische Untersuchungsstellen, Traumaambulanzen) und zum anderen schafft der § 4 KKG Rechtssicherheit für Angehörige der Heilberufe und andere Berufsgeheimnisträger, da hier eindeutig bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die Befugnis zur Weitergabe von Informationen an die Jugendhilfe geregelt ist. Eine Regelung, die der Jugendhilfe wiederum eine Rückmeldung an die beteiligten Ärzt*innen erlaubt, ist im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) vorgesehen gewesen, welches vom Bundestag in der 18. LP verabschiedet worden war. Der Bundesrat hat allerdings diesem Gesetz nicht mehr zugestimmt. Im Koalitionsvertrag zur 19. LP ist vorgesehen auf diesen Gesetzentwurf aufzubauen.

Eine erste Analyse (mit noch relativ kleinen Fallzahlen, n= 457) der tatsächlichen oder empfundenen Hürden zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe im 7. Jahr nach Inkrafttreten des BKisSchG erlaubt die qualitative Auswertung der Beratungsanlässe der Medizinischen Kinderschutzhotline (im Folgenden kurz „Hotline“). Im Juli 2017 hat die Hotline als niedrigschwelliges, rund um die Uhr verfügbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige des Gesundheitswesens den Betrieb aufgenommen. Dieser Aufsatz stellt daher zunächst die Arbeitsweise der Medizinischen Kinderschutzhotline vor. Im Folgenden werden gebündelt wichtige Themenfelder vorgestellt, wo Unsicherheiten oder politischer Handlungsbedarf im Spannungsfeld zwischen Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Justiz bestehen.

2 Die Medizinische Kinderschutzhotline

Aus der erwähnten Evaluation des BKisSchG von Bertsch ging ebenfalls hervor, dass die meisten befragten Ärzt*innen von der Möglichkeit der Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft noch keinen Gebrauch gemacht hatten.⁷ Umgekehrt gaben viele insoweit erfahrene Fachkräfte an, bisher kaum von Ärzt*innen kontaktiert worden zu sein und fühlten sich auf eine Beratung im medizinischen Kontext auch nicht gut vorbereitet.⁸

2.1 Anforderungen an ein medizinisches Beratungsangebot

Wer mit den Abläufen im Gesundheitswesen vertraut ist, dem wird deutlich, dass eine Beratungsmöglichkeit für die Fachkräfte der in der Akutmedizin häufig herrschenden hohen Taktrung Rechnung tragen muss. Sowohl in Kliniken als auch in Praxen stehen den Behandlern

6 Bertsch, B.M., Der erweiterte Beratungsauftrag für insoweit erfahrene Fachkräfte durch das Bundeskinderschutzgesetz – Beratung von Berufsgeheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen, Ulm 2015, S. 1.

7 Vgl. Bertsch (Anm. 6), S. 67.

8 Vgl. Bertsch (Anm. 6), S. 63.

häufig nur wenige Minuten pro Patient*in zur Verfügung. Dies führt zu dem Bedürfnis, eine offene Frage entweder „sofort“ klären zu können, um die Behandlung unterbrechungsfrei anpassen zu können, oder – im Praxiskontext – nach Ende der Sprechstunde, wenn das Wartezimmer leer ist. Beides setzt in vielen Fällen eine Erreichbarkeit außerhalb normaler Dienstzeiten voraus.

Für die Beratung zu „gewichtige(n) Anhaltspunkte(n) für die Gefährdung des Wohls eines Kindes“ (§ 4 KKG) ist zudem medizinisches Fachwissen erforderlich. So kann derselbe Knochenbruch bei einem sportlich aktiven Schulkind völlig „harmlos“ sein, beim kleinen Säugling jedoch beinahe beweisend für eine schwere körperliche Misshandlung.

Darüber hinaus hat das Gesundheitswesen in den letzten Jahren umfassende Einrichtungen für die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen geschaffen, die mutmaßliche oder bestätigt Opfer von Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung geworden sind. Sie können je nach Einzelfall naheliegende Anlaufstellen sein, bevor eine Informationsweitergabe an das Jugendamt erfolgt. Ihr fachliches Spektrum und ihre Abläufe zu kennen ist daher Voraussetzung für eine kompetente fachliche Beratung.

2.2 Einrichtung der Medizinischen Kinderschutzhotline

Dies berücksichtigend hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Uniklinik Ulm (Klinikdirektor und Gesamtprojektleiter ist der Letztautor dieses Aufsatzes) mit der Planung und Einrichtung eines rund um die Uhr verfügbaren, telefonischen Beratungsangebotes für Fachkräfte im Gesundheitswesen beauftragt. Für die Umsetzung wurde eine Kooperation mit den DRK Kliniken Berlin | Westend eingegangen. Am 1. Juli 2017 hat die Medizinische Kinderschutzhotline den bundesweiten Betrieb aufgenommen. Die Beratung erfolgt durch im Kinderschutz erfahrene Ärzt*innen aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin und Rechtsmedizin sowie einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Alle Berater*innen haben zudem eine mehrtätige Ausbildung beim Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz durchlaufen, wie sie üblicherweise insoweit erfahrene Fachkräfte der Jugendhilfe absolvieren.

Das Angebot der Hotline richtet sich an Fachkräfte im Gesundheitswesen. Das umfasst letztlich alle Berufsgruppen mit einer staatlich geregelten Ausbildung im medizinischen Bereich: Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Notfallsanitäter, Hebammen, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Apotheker und Medizinische Fachangestellte beider Geschlechter. Es ist naheliegend, dass auf die Behandlung von Kindern spezialisierte Fachkräfte auch häufiger mit dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung konfrontiert sein werden. Angesichts der Tatsache, dass in der Untersuchung von Witt und Kolleg*innen⁹ 31% der befragten Erwachsenen angaben, von irgendeiner Form der Misshandlung oder Vernachlässigung im Kindesalter betroffen gewesen zu sein, sind jedoch zweifellos auch Angehörige von Berufen, die nur gelegentlich Kinder behandeln, wissentlich oder unwissentlich mit Kindeswohlgefährdungen konfrontiert. Es ist darüber hinaus anzunehmen, dass bei diesen Fachkräften das fachliche Wissen über die Erkennung und Handlungsmöglichkeiten weit geringer ausgeprägt ist und deshalb seltener, aber dafür umso größerer Beratungsbedarf besteht. Hier wird es daher auch eine Aufgabe sein,

9 Vgl. Witt (Anm. 1).

aus der Evaluation der Hotline den Fortbildungsbedarf der einzelnen Berufsgruppen und Fachdisziplinen differenziert abzubilden und mögliche Fortbildungskonzepte (weiter) zu entwickeln. Auf diesen Aspekt hat das Bundesfamilienministerium explizit hingewiesen.

2.3 Ablauf der Beratung

Alle Anruferinnen¹⁰ werden zu Beginn durch eine kurze Bandansage darauf hingewiesen, dass ausschließlich eine Beratung von Fachkräften erfolgen kann. Dies führt dazu, dass ein Teil der Anruferinnen, die nicht zur Zielgruppe gehören, auflegt, bevor eine Beraterin in der Leitung ist. Es folgt der ebenso automatisierte Hinweis, dass die Beratung in Bezug auf den Patienten anonym erfolgt und keine Handlungsverantwortung auf die Beraterin übergehen kann.

Zu Beginn des eigentlichen Gespräches fragen die Beraterinnen noch einmal aktiv nach der Rolle der Anruferin und verweisen Betroffene, Angehörige oder Laien an andere, spezialisierte Beratungsangebote.

Die Beratung suchenden Fachkräfte schildern in der Regel zunächst einen Fall und klären mit der Beraterin gemeinsam das Beratungsanliegen – geht es um eine fachliche Frage, sollen Handlungsoptionen besprochen oder mögliche Ansprechpartner genannt werden? Üblicherweise stellen die Beraterinnen dann notwendige Rückfragen zum Verständnis des Falles, fassen ihn zusammen, um Missverständnissen vorzubeugen und geben der Anruferin ein Feedback zu deren Einschätzung. Das weitere Gespräch ist abhängig vom Beratungsanliegen. Eine kurze Antwort auf eine präzise Frage ist ebenso möglich wie ein kollegialer Austausch über komplexe Fälle, bei denen keine sofortige Klärung möglich ist. Wichtig ist von Seiten der Beraterin immer der Hinweis, das weitere Vorgehen ggf. auch innerhalb der eigenen Diensthierarchie der Anruferin abzustimmen. Zum Abschluss des Gespräches stellt die Beraterin einige Fragen, die der statistischen Auswertung des Projektes dienen und bittet die Anruferin um eine E-Mail-Adresse, um im Nachgang eine vom Beratungsgespräch getrennte Zusendung eines Evaluationsfragebogens zu ermöglichen. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

2.4 Erste Auswertungen der Beratungsanlässe

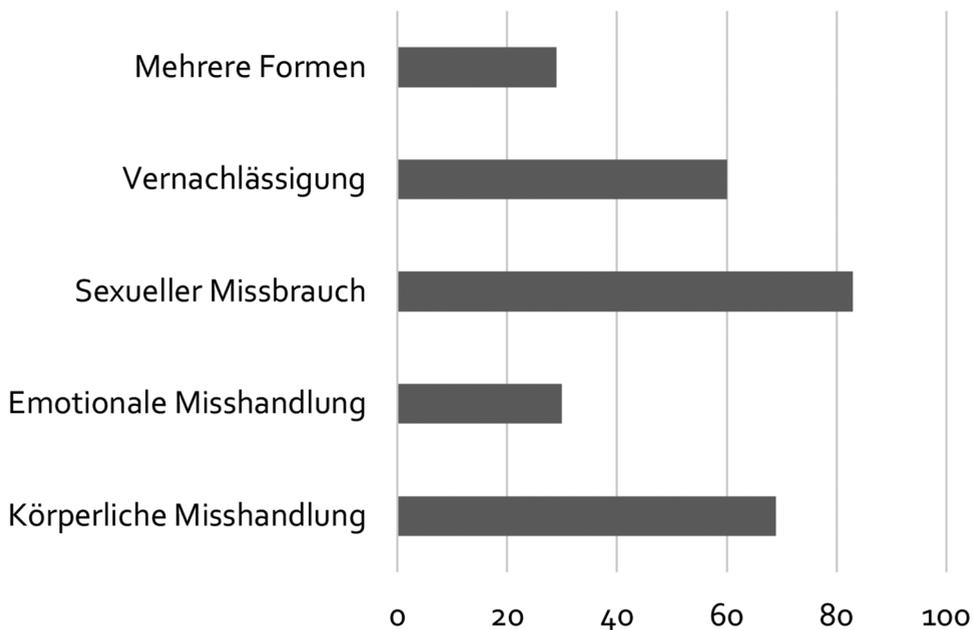
Im Zeitraum von Juli 2017 bis April 2018 haben die Hotline 457 Anrufe aus allen Bundesländern erreicht. Alle als Zielgruppe definierten Berufsgruppen waren vertreten, am stärksten Ärztinnen und Psychotherapeutinnen. Knapp zur Hälfte waren die Anruferinnen in einer Praxis beschäftigt, entweder als Inhaber oder Angestellte. Ca. ein Drittel riefen aus einem Krankenhaus an, der Rest verteilte sich auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst, sozialpädiatrische Zentren, Tageskliniken u.a. Ein Anteil von ca. 30% der Anrufe gehörte in den Bereich der „Erwachsenenmedizin“, die Fachkräfte behandelten also nicht vorwiegend Kinder. Hier entstand die Sorge um ein Kind häufig durch die Behandlung der Eltern. Wenn also beispielsweise Erwachsene erkrankungsbedingt (vorübergehend) nicht in der Lage waren, ihre im Haushalt lebenden Kinder adäquat zu versorgen. Das ist deswegen besonders ermutigend, weil z.B. im Bereich der

10 Da sowohl bei den Anruferinnen als auch im Beraterteam der Frauenanteil > 50% beträgt, wird in diesem Abschnitt die weibliche Form verwendet. Es sind aber beide Geschlechter gemeint.

Kinder psychisch kranker Eltern¹¹ oder der häuslichen Gewalt¹² gut untersucht ist, dass elterliche Aspekte einer Kindeswohlgefährdung erst langsam in den Fokus der Medizin rücken, hier aber teils frühe Interventionen wirksam sein können.¹³

Am häufigsten entstand Beratungsbedarf zum sexuellen Missbrauch, gefolgt von körperlicher Misshandlung und beiden Formen von Vernachlässigung (körperlich wie emotional). Die mangelnde Unterscheidbarkeit der Vernachlässigungsformen in den Auswertungen der Hotline liegt daran, dass die Vernachlässigung vorwiegend aufgrund elterlichen Faktoren (Alkohol- oder Drogenmissbrauch, schwere psychische Erkrankung) vermutet wurde und die Anruferinnen nur Kontakt zu den Eltern, aber nicht direkt zum Kind hatten. So war eine Unterscheidung, welche Form der Vernachlässigung im Vordergrund steht, häufig nicht möglich.

Abbildung 1: Verteilung der Misshandlungsformen in den Beratungsanlässen. Absolute Zahlen, Mehrfachnennungen möglich.



11 *Mattejat, F./Renschmidt, H.*, Kinder psychisch kranker Eltern, Deutsches Ärzteblatt International 105 (23), 2008, S. 413-8.

12 *Diderich, H.M./Fekkes, M./Verkerk, P.H./Pannebakker, F.D./Klein Velderman, M./Sorensen, P.J.G./Baeten, P./Oudesluis-Murphy, A.M.*, A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment, Child Abuse & Neglect 37, 2013, S. 1122-31.

13 *Clemens, V./Berthold, O./Fegert, J.M./Kölch, M.*, Kinder psychisch erkrankter Eltern, 2018, manuscript submitted for publication.

3 Gewichtige Anhaltspunkte vs. Diagnostische Sicherheit, Schweigepflicht vs. Meldepflicht

Die häufigsten Fragen, die in der Hotline gestellt wurden, betrafen den Komplex Schweigepflicht und Handlungsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitswesens. Das deckt sich mit der oben ausgeführten Evaluation des BKiSchG von Bertsch. Diese Antworten erfordern häufig spezifisches medizinisches Fachwissen: wenn Kinderärztinnen beispielsweise wissen wollen, ob der soeben bei einem Säugling diagnostizierte Rippenbruch bereits einen gewichtigen Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung darstellt oder wie bei einem Kind mit zahlreichen Blutergüssen eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen werden kann, bevor mit dem Verdacht auf Misshandlung das Jugendamt kontaktiert wird. Immer dann, wenn eine diagnostische Unsicherheit besteht (handelt es sich um einen Bluterguss oder einen Hautausschlag), empfehlen die Beraterinnen den Kontakt zu Anlaufstellen mit besonderer Expertise, wie z.B. Kinderschutzzambulanzen oder rechtsmedizinische Institute.¹⁴ Ist der Befund selbst eindeutig und geht es um die Interpretation im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung (kann ein Säugling sich selbst im Gitterbett den Oberschenkelknochen brechen?), können die Beraterinnen einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur und eigene medizinische Erfahrung geben. Hierfür stehen den Beratern, die sich teilweise noch in der Facharztweiterbildung befinden, erfahrene Fachärzt*innen für Rückfragen zur Verfügung.

Es ist die Tendenz festzustellen, dass insbesondere Ärzt*innen bei dem Verdacht auf körperliche Misshandlung hohe diagnostische Sicherheit herstellen wollen, bevor sie das Jugendamt informieren. Dies deckt sich mit einer US-amerikanischen Untersuchung von Levi und Brown aus dem Jahre 2005. In den USA besteht eine Meldepflicht, die an den Rechtsgrundsatz der „reasonable suspicion“ („begründeter Verdacht“) gekoppelt ist, vergleichbar mit den im BKiSchG formulierten „gewichtigen Anhaltspunkten“. Levi und Brown befragten rund 1250 Kinderärzt*innen, wie sicher sie sich auf einer Skala von 0 – 100% bei einem gerade untersuchten verletzten Kind sein müssten, dass die Verletzungen durch Misshandlung entstanden seien, um einen begründeten Verdacht zu haben und eine Meldung an die Kinderschutzhilfe zu machen. 40% der Befragten gaben an, dass sie sich einer Misshandlung zu 60%-100% sicher sein müssten, um einen begründeten Verdacht zu haben. 35% der Befragten reichte eine Wahrscheinlichkeit von 10-30%, die restlichen 25% bewegten sich dazwischen.¹⁵

Diese Befunde sind deshalb besonders wichtig, weil Jurist*innen wie Mediziner*innen täglich mit Vermutungen und Unsicherheiten umgehen müssen. Wenn aber eine bereits eine vermeintlich harmlose juristische Formel wie der begründete Verdacht bei Ärzt*innen eine solche Streubreite in der Interpretation auslöst, lässt dies den Schluss zu, dass ärztliche Einschätzungen in der Rechtswelt (oder in der Jugendhilfe) ähnlich unscharf interpretiert werden können. Im Fall Yağmur in Hamburg beschrieb die Rechtsmedizin sehr klar die schweren Verletzungen des Mädchens und erstattete Strafanzeige. Letztlich unterblieb aber trotz der Beteiligung des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe und der Familiengerichtsbarkeit wohl auch wegen einer

14 Eine Übersicht ist z.B. auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (<http://www.dgkim.de/kinderschutzgruppen>, abgerufen am 18.2.2018) oder der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (<https://www.dgrm.de/institute/deutschland>, abgerufen am 18.2.2018) zu finden.

15 Levi, B.H./Brown, G., Reasonable Suspicion: A Study of Pennsylvania Pediatricians Regarding Child Abuse, *Pediatrics* 116 (1), 2005, S. 5-12.

Fehlinterpretation einer Einlassung der Pflegemutter der wirksame Schutz, das Mädchen verstarb aufgrund schwerster Misshandlungen.¹⁶

Wieder auf die Beratungsanliegen der Hotline übertragen ist häufig der Anspruch der Anruferinnen an sich selbst nicht „gewichtige Anhaltspunkte“ zu beschreiben, sondern diagnostische Sicherheit. Da diese jedoch oft nur mit einigem Aufwand und dem Einsatz eines multiprofessionellen Teams erreichbar ist, unterbleibt oft die Informationen in der Befürchtung, sich „nicht sicher genug“ zu sein.

Umgekehrt ist eine regelmäßige wiederkehrende Frage an die Beraterinnen: „Muss ich das melden?“ Offensichtlich gibt es also neben der Einschätzung, kein Recht zum Bruch der Schweigepflicht zu haben die Vorstellung von einer Meldepflicht bei Verdacht auf Misshandlung, wie sie beispielsweise in Österreich oder den Vereinigten Staaten existiert.

Die Ausbildung der medizinischen Beraterinnen als insoweit erfahrene Fachkräfte der Jugendhilfe gehört daher zu den wichtigsten Aspekten der Ausbildung für Beratende in der Medizinischen Kinderschutzhotline. Hierbei entsteht jedoch explizit nicht der Anspruch, dass nun Ärztinnen die gleiche Arbeit leisten könnten wie Sozialarbeiter*innen. Vielmehr geht es um eine Art „Sprach-Intensivkurs“, um Denkweisen, Abläufe und die Fachsprache der Jugendhilfe kennen zu lernen und die wichtigsten Stolpersteine in der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe identifizieren und entsprechend beraten zu können.

4 Einbeziehung der Sorgeberechtigten bei der medizinischen Versorgung Minderjähriger, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind

Sehr häufig werden Fragen zur Einbeziehung der Personensorgeberechtigten gestellt. Dies erscheint wenig überraschend, da die Vorstellung eines Kindes mit nur einem Elternteil, wenn sich der Verdacht der Misshandlung oder des Missbrauchs gegen den anderen Elternteil richtet, im (kinder-) ärztlichen Alltag regelmäßig vorkommt. Dies gilt im Besonderen, wenn es sich um strittige Trennungssituationen und Sorgerechtsstreitigkeiten handelt. Alleine die Frage, ob das Kind mit der Einwilligung nur eines Sorgeberechtigten untersucht und behandelt werden darf – wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass der anwesende Elternteil im Konsens und Auftrag des abwesenden Elternteils einwilligt – stellt die beteiligten Ärzt*innen vor große Schwierigkeiten. Komplexer wird die Situation zudem, wenn sich Jugendliche, die Opfer körperlicher Misshandlung oder sexualisierter Gewalt geworden sind, selbst vorstellen und die Information und den Einbezug ihrer Sorgeberechtigten ablehnen. Auch wenn der Täter / die Täterin nicht aus dem engen Familienkreis kommt, können Jugendliche gute Gründe haben, ihre Eltern nicht einbeziehen zu wollen.¹⁷ Viele rechtsmedizinische Institute in Deutschland bieten inzwischen eine sog. „Vertrauliche Spurensicherung“ an. Dies bedeutet, dass nach einem sexuellem Übergriff DNA-Spuren des Täters oder seltener der Täterin am Opfer gesichert und für eine bestimmte Zeit (meist maximal ein Jahr) eingelagert werden. So soll der / dem betroffenen Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, die Entscheidung über eine Strafanzeige mit zeitli-

16 Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Aufklärung der Vernachlässigung der Kindersicherungs im Fall Yagmur durch staatliche Stellen und Erarbeitung von Empfehlungen zur Verbesserung des Kinderschutzes in Hamburg, Hamburg, 2014, S. 10.

17 Finkelhor, D./Ormrod, R./Turner, H./Hamby, S., School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization, Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 165 (1), 2011, S. 9-15.

chem Abstand und fachlicher Beratung treffen zu können. Bislang ist es von Faktoren wie der Region oder dem Versicherungsstatus, also letztlich vom Zufall abhängig, ob hilfesuchende Jugendliche ohne Eltern überhaupt eine vertrauliche forensische Spurensicherung bekommen und wie lange die Beweismittel eingelagert werden. Angesichts der Tatsache, dass die Verjährungsfrist bei sexualisierter Gewalt gegen minderjährige Opfer erst mit der Volljährigkeit dieser beginnt, ist bei der vertraulichen Spurensicherung eine bundesweit einheitliche Aufbewahrungsfrist von mindestens einem Jahr ab der Volljährigkeit des Opfers zu fordern. Eine bundeseinheitliche Regelung existiert hier noch nicht. Zwei der Autoren dieses Beitrages (*J.M. Fegert* und *O. Berthold*) sind daher auch mit Kolleg*innen aus Gynäkologie und Rechtsmedizin an der Erstellung einer Expertise des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht beteiligt, die Rechtssicherheit für alle Beteiligten schaffen soll und einheitliche Standards in Deutschland fordert und vorschlägt. Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 19. LP sieht die flächendeckende Einführung solcher „anonymer“ Befundsicherungsmöglichkeiten vor.

5 Kontroverse in der juristischen Einschätzung der diagnostischen Sicherheit des Schütteltraumas

Bei der körperlichen Misshandlung von Kindern, insbesondere in schweren Fällen, müssen sich Jugendhilfe und Justiz bei ihren Entscheidungen häufig auf die medizinische Einschätzung verlassen. In den Fällen, in denen es bei einer Misshandlung weder Zeugen gibt noch ein Geständnis vorliegt, die kindlichen Verletzungen aber mit scheinbar harmlosen Aussagen erklärt werden, kommt der medizinischen Plausibilitätsprüfung ein hohes Gewicht zu. Dies gilt in besonderem Maße, wenn wie gelegentlich im Falle eines Schütteltraumasyndroms keinerlei von außen sichtbare Verletzungen vorliegen. Nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft löst z.B. das gemeinsame Auftreten einer Blutung zwischen Gehirn und harter Hirnhaut (subdurales Hämatom), zahlreichen Blutungen in der Netzhaut beider Augen und mehreren Rippenbrüchen bei einem Säugling bereits unmittelbar den hochgradigen Verdacht auf ein Schütteltrauma aus. Wird nicht ein Unfallmechanismus geschildert, der erheblich genug wäre, diese oder ähnliche Verletzungen verursachen zu können, ist die Misshandlung mit großem Abstand die wahrscheinlichste Diagnose. Seltene Erkrankungen, die einzelne der Befunde verursachen können, sind klar definierbar und können im Einzelfall nachgewiesen oder ausgeschlossen werden, verursachen darüber hinaus praktisch nie die *Kombination* dieser Befunde.¹⁸ Bei sorgfältiger Evaluation jedes Einzelfalles kann also meist mit hoher Sicherheit die Diagnose eines Schütteltraumas gestellt werden.

In Strafverfahren existiert teilweise ein naheliegendes Interesse der Beschuldigten, die diagnostische Sicherheit infrage zu stellen und alternative Erklärungsmodelle für die Befunde zu präsentieren. Es besteht daher eine Gefahr, dass aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht abseitige und widerlegte Standpunkte vor Gericht eine erhebliche Beachtung erfahren können. Einzelne Publikationen in diesem Zusammenhang sind zudem unter den Verdacht einer interessegeleiteten Forschung geraten, die den Maßstäben einer guten wissenschaftlichen Praxis nicht mehr entspricht.¹⁹

18 *Sieswerda-Hoogendoorn, T./Boos, S./Spivack, B./Bilo R.A.C./van Rijn, R.R.*, Abusive Head Trauma Part I. Clinical aspects, *European Journal of Pediatrics* 171, 2012, S. 415-423.

19 *Berthold, O./Fegert, J.M.*, (in press) Schütteltraumasyndrom – diagnostische Sicherheit trotz andauernder medialer Kontroverse, *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2017.

Dieser unglückliche Trend lässt sich seit einigen Jahren nicht mehr nur im anglo-amerikanischen geprägten Rechtskreis beobachten. Küppers und Kolleg*innen aus dem Universitätsklinikum Düsseldorf²⁰ berichten von einem Strafverfahren, in dem der Misshandlung beschuldigte Elternteil ein Parteigutachten vorgelegt hätte, in dem z.B. die Befunde eines Schütteltraumas mit einer Impfkomplication erklärt werden sollten.

Das Vollbild eines Schütteltraumasyndroms wird in Deutschland pro Jahr in rund 100 Fällen erkannt. Selbst Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin sind daher nicht häufig mit diesem Verletzungsmuster konfrontiert. Zum aktuellen Stand der Diskussion sind in der Medizinischen Kinderschutzhotline wiederholt Fragen von akut mit betroffenen Patient*innen befassten Ärzt*innen gestellt worden. Hierbei fiel häufig Verunsicherung auf, die sich jedoch nicht auf die diagnostische Sicherheit bezog, sondern auf die Frage, wie die Befunde mit Dritten (Jugendhilfe, Familiengericht, Staatsanwaltschaft) kommuniziert werden können, damit die Sicherheit der Diagnose auch verstanden wird.

6 Zusammenfassung

Zusammenfassend sind die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht nur in den oben angerissenen Themenbereichen für Mediziner im Detail mitunter schwer verständlich. Für eine wirksame Intervention reicht in vielen Fällen zwar das alltägliche medizinische Instrumentarium aus vertrauensvollem Gespräch mit den Eltern, sorgfältiger Befunderhebung und Dokumentation sowie einer informierten Güterabwägung aus. In komplexeren Fällen ist die Zusammenarbeit und Kommunikation vieler Berufsgruppen miteinander für den gelingenden Kinderschutz jedoch zentral und wird unserer Erfahrung nach auch zunehmend gelebt. Die wachsende Zahl kooperativer Einrichtungen wie Kinderschutzambulanzen und Kinderschutzzentren ist Ausdruck, dass Medizin, Jugendhilfe und Justiz einander als Partner begreifen. In Fällen, wo die multiprofessionelle Expertise nicht unmittelbar zur Verfügung steht, leistet die Medizinische Kinderschutzhotline einen wichtigen Beitrag zur Beratung von Angehörigen im Gesundheitswesen.

Verf.: Oliver Berthold, DRK Kliniken Berlin Westend, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, KinderSchutzAmbulanz, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Dr. Vera Clemens, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

Dipl.-Psych. Andreas Witt, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm, E-Mail: andreas.witt@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm, E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

20 Küpper, L./Hartung, B./Karenfort, M./Ritz-Timme, S., Schütteltrauma vs. Impfkomplication, Rechtsmedizin 27 (6), 2017, S. 491-6.