

Sehr geehrte Projektteilnehmer,

in die Sommerpause hinein möchten wir Ihnen einige Informationen zur Kinderschutzarbeit an Ihrer Klinik zukommen lassen.

Für die einzelnen Punkte im Newsletter wurden die Anhänge fortlaufend mit Ziffern versehen.

Inhalt:

- 1. Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung an die Polizei (Strafanzeige)**
 - 1.1. Allgemeine Hinweise zur Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung**
 - 1.2. Beispiel einer Strafanzeige**
 - 1.3. Links zum Thema**
- 2. Formular „Rechtsmedizinische Vorstellung“ für Dokumentationsmaterial**
- 3. Umgang mit dem Dokumentationsmaterial nach Abschluss eines Falles (Archivierung)**
- 4. Standardisierte Erhebung von Vernachlässigung in Pädiatrien**
 - 4.1. Gesprächsprotokoll mit Prof. Kai von Klitzing**
 - 4.2. Prüfschema bei Verdacht auf Vernachlässigung**
 - 4.3. Literaturhinweise und Links**
- 5. Sonstiges**
 - 5.1. Abschlussveranstaltung des Projektes**
 - 5.2. OPS-Code bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung**
 - 5.3. Aktuelle Zahlen der Kindeswohlgefährdungen des Statistischen Bundesamtes**

1. Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung an die Polizei (Strafanzeige)

In den Gesprächen mit den Mitarbeitern der Kliniken ergeht häufig die Frage, wie mit Fällen der Kindeswohlgefährdung im (straf-)rechtlichen Kontext umgegangen werden soll. Unsicherheit besteht dahingehend, wann eine Anzeige bei der Polizei gestellt wird, gegen wen bzw. was angezeigt werden soll und wer diese tätigt. Daher haben wir entsprechende Informationen für Sie zusammengestellt.

Zu Beginn eine allgemeine Information: Richtigerweise handelt es sich um eine Mitteilung eines Bürgers gegenüber der Polizei, einem Gericht oder dem Staatsanwalt über den Verdacht, dass eine Straftat begangen wurde. Durch diese Strafanzeige wird ein Ermittlungsverfahren in Gang gesetzt.

1.1. Allgemeine Hinweise zur Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Sie finden im Anhang 1 kurz die wichtigsten Hinweise für die Meldung eines Verdachtes einer Straftat an die Polizei o.a.

1.2. Beispiel einer Strafanzeige

Zur Veranschaulichung finden Sie ein Musterbeispiel für eine Meldung (Anhang 2), wie Sie durch die Rechtsmedizin hier im Hause gestellt wird.

1.3. Links zum Thema

- <http://www.polizei-beratung.de/opferinformationen/sexueller-missbrauch-von-kindern/ablauf-des-strafverfahrens.html>
- <http://www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/gewalt/kinde-smisshandlung.html>
- <http://dejure.org/gesetze/StGB>

2. Formular „Rechtsmedizinisches Vorstellung“ für die Dokumentationsmappen

Ihre bestehenden Dokumentationsmaterialien können durch das beigefügte Formular (Anhang 3) des rechtsmedizinischen Konsils ergänzt werden. Damit befindet sich in Ihren Mappen ein Nachweis, dass eine Beteiligung der Fachkollegen der Rechtsmedizin erfolgt ist. Dopplungen werden vermieden. Vorteil ist weiterhin, dass umgehend eine Diagnose vermerkt wird.

3. Umgang mit dem Dokumentationsmaterial nach Abschluss eines Falles (Archivierung)

Vermehrte Fragen bestanden ebenfalls zum Umgang mit der Dokumentationsmappe während eines Falles, als auch nach dessen Abschluss. Nach Rücksprache mit einem Vertreter der AG KiM (Entwickler der angebotenen Standards und Dokumente), sowie einem Rechtsmediziner möchten wir ergänzend folgende Hinweise für den Umgang mit den Dokumentationsmaterialien geben.

Der Vertreter der AG KiM nutzt die gesonderte Dokumentation, um den laufenden Prozess der Zusammenarbeit mit den Eltern nicht zu gefährden und erwähnt daher die Dokumentation vorerst nicht. In den Mappen werden (subjektive) Beobachtungen, Überlegungen, Aussagen von Fachkollegen, usw. notiert. Er wünscht nicht, dass die Arbeit mit den Eltern gefährdet ist durch Einsichten in die Mappe bzw. Vermerke, welche die Eltern lesen, wenn Sie in die Akten Einsicht möchten oder zu Konsilen gehen und ihre Akte mitnehmen. Damit ist eine Konfrontation mit den Eltern vermieden und es besteht noch Einfluss auf die Zusammenarbeit mit den Eltern.

Der Arzt kann so selbst entscheiden, wann er die Eltern im Gespräch mit dem Verdacht betraut und vermeidet dass diese zu früh die Überlegungen des Personals lesen.

D.h. auch, dass er mit der Dokumentation nicht erst beginnt, wenn ein Fall „klar“ ist, sondern frühzeitig, um ein „Bauchgefühl“ mit Fakten zu unterlegen und eine Ahnung zu verifizieren. Daher die vielen Vermerke, Überlegungen und Beobachtungen in den Akten.

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass auch Akten falsifiziert werden und sich Verdachtsmomente nicht erhärten. Das Dokumentationsmaterial wird in dem Fall vernichtet. Nach Abschluss des Falles werden die Fallakten gemeinsam archiviert. Sollten z.B. die Eltern oder ein Rechtsanwalt Akteneinsicht verlangen ist Konfrontation geboten und davon auszugehen, dass die Eltern zu einer Zusammenarbeit nicht mehr bereit sind. In dem Fall werden sowohl das Dokumentationsmaterial als auch die Krankenakte kopiert und zur Verfügung gestellt.

D.h. im Verständnis, dass die beiden Akten nur temporär (nämlich solange der Fall läuft) getrennt sind. Das Dokumentationsmaterial ist Bestandteil der Krankenakte und keine „Geheimakte“.

Diese Arbeitsweise lediglich ist *sein* Vorschlag.

Weitere Vorteil: Durch die Einführung des neuen OPS-Codes bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung muss die Dokumentation für eine eventuelle MDK-Prüfung nachvollziehbar sein. Bei genauer Führung der Materialien wird dieser Standard erfüllt.

Im Gespräch mit einem Rechtsmediziner ergaben sich folgende Hinweise:

Die Mappe dient nicht der Dokumentation von „geheimen“ Informationen, sondern ist eine Möglichkeit der Besonderheit der Dokumentation im Kinderschutz gerecht zu werden.

Die herkömmliche Dokumentation bietet dafür nichts an, was so umfangreich (und damit nahezu vollständig) wäre. Der besonderen Situation des Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung kann damit begegnet werden.

D.h. juristisch gesehen ist die Mappe Bestandteil der Krankenakte, ergänzt diese und kann gemeinsam archiviert werden. Damit sind die Dokumente auch gerichtsverwertbar.

Gerichtsverwertbar bedeutet in dem Zusammenhang nicht einer bestimmten Formalie entsprechend, sondern meint Genauigkeit, Vollständigkeit und, bei Bedarf, Rekonstruierbarkeit.

Und dafür wiederum ist die Mappe besonders gut geeignet, denn, wie oben erwähnt, ist die herkömmliche Dokumentation dafür nicht zugeschnitten.

4. Standardisierte Erhebung von Vernachlässigung in pädiatrischen Abteilungen

Die Mitarbeiter der pädiatrischen Abteilungen in Sachsen verzeichnen einen deutlichen Anstieg der Fälle von Vernachlässigungen bei Kindern. Parallel dazu fehlen Instrumente und Methoden die Verdachtsfälle zu überprüfen und die Handlungssicherheit, wie mit diesen Fällen umgegangen werden soll. Da es sich in diesen Fällen nicht um eine körperliche Diagnose, sondern um einen mitunter lange andauernden Prozess handelt, sind die Einschätzung der Kinder und das weitere Verfahren schwierig.

4.1. Gesprächsprotokoll mit Prof. Kai von Klitzing

In einem Gespräch mit Prof. von Klitzing (Leiter der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Leipzig) wurde versucht, mögliche Wege für den Umgang mit diesen Kindern und deren Familien zu erarbeiten (Anhang 4).

4.2. Prüfschema bei Verdacht auf Vernachlässigung

Ergänzend erhalten Sie im Anhang ein „Grobscreening“ (Anhang 5), um bei einem Verdachtsfall mögliche Anhaltspunkte für eine Vernachlässigung deutlich zu machen. Der Bogen ist kein Testverfahren oder Fragebogen mit einem eindeutigen Ergebnis am Ende, sondern eine Liste zum Sammeln möglicher Indikatoren. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Dringend angeraten ist ein interdisziplinärer Austausch.

4.3. Literaturhinweise und Links

Die Literaturhinweise sind eine Auswahl aus der Recherche zum Thema und besitzen aus unserer Sicht eine hohe Praxisrelevanz (Anhänge 6-10).

- *Anhang 6:* Positionspapier Kindesmisshandlung und -vernachlässigung - Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung
- *Anhang 7:* Herrmann B. (2005). Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung von Kindern. Kinder- und Jugendarzt 36 JG., Nr. 6
- *Anhang 8:* Frank, R., Kopecky-Wenzel, M. (2002). Vernachlässigung von Kindern. Monatsschrift Kinderheilkunde 150:1339–1343
- *Anhang 9:* Leitlinie Störung der frühen Eltern-Kind-Interaktion (Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Buchempfehlungen

- Günther Deegener/Wilhelm Körner, Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Theorie, Praxis, Materialien, Pabst Science Publishers, 2. Auflage 2008
- Herrmann, B., Dettmeyer R., Banaschak, S., Thyen, U. (2012): Kindesmisshandlung Medizinische Diagnostik , Intervention und rechtliche Grundlagen . Springer

Weitere Literaturempfehlungen aus einer Zusammenstellung von B. Herrmann sind dem Anhang 10 zu entnehmen.

5. Sonstiges

5.1. Abschlussveranstaltung des Projektes

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Veranstaltung eine halbe Stunde früher beginnt als ursprünglich geplant. **Veranstaltungsstart ist nun um 13.30 Uhr.**

5.2. OPS-Code für den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung

Weithin bekannt ist inzwischen, dass seit Januar ein OPS-Code für den o.g. Verdachtsfall eingeführt wurde. Dieser Prozeduren-Schlüssel wird derzeit noch nicht vergütet und dient vordergründig der Erhebung der Fälle. Voraussichtlich ab 2016 wird mit einer Vergütung

gerechnet. Positiv ist jedoch, dass der Code auch vergeben werden kann, wenn die Diagnostik durchgeführt wurde, doch der Verdacht jedoch nicht erhärtet hat. Sie finden die Erläuterungen zum Code z.B. auf der Homepage des DIMDI unter der Code-Nummer 1-945 im Katalog. <http://www.dimdi.de/static/de/index.html>

5.3. Aktuelle Zahlen der Kindeswohlgefährdungen des Statistischen Bundesamtes

→ Anhang 11 (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 29. Juli 2013 – 251/13)