

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis



Deutsche Akademie
für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.

Dachverband der kinder- und
jugendmedizinischen Gesellschaften

Version 1.0, Dezember 2013

(Änderungen und Aktualisierungen vorbehalten)

Autor: Herbert Grundhewer/Berlin

Redaktionelle und inhaltliche Bearbeitung durch die Kommission Kinderschutz der DAKJ:

Sylvester von Bismarck/Berlin, Frank Häßler/Rostock, Bernd Herrmann/Kassel, UteThyen/Lübeck
Herbert Grundhewer/Berlin

Inhalt:

1. Ziele und Aufgaben des Kinder- und Jugendarztes im Rahmen des Kinderschutzes:

- 1.1 Allgemeines zum Kinderschutz im ärztlichen Kontext
- 1.2 Voraussetzung zur Hilfe: Kenntnis der Rahmenbedingungen
2. Die kinderärztliche Praxis und das Umgehen mit Gewalt gegen Kinder

2.1. Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis

- 2.1.1. Erstuntersuchung:
- 2.1.2. Diagnostisches Gespräch in der Kinderarztpraxis bei Kindesmisshandlung
- 2.1.3. Notmaßnahmen bei unmittelbarer Gefahr für das Kind

2.2. Sexuelle Gewalt gegen Kinder u. Jugendliche: Rolle des Kinder- und Jugendarztes

- 2.2.1 Definition des Begriffes
- 2.2.2 Besonderheiten des Fallmanagement sexuelle Gewalt in der Praxis

2.3. Vernachlässigung in der Praxis

- 2.3.1. Definition
- 2.3.2. Auswirkungen auf das Kind
- 2.3.3 Familiäre Situation
- 2.3.4. Wann sollte in der Kinderarztpraxis an eine Vernachlässigung gedacht werden:

3. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

4. Möglichkeiten der Prävention in der kinderärztlichen Praxis

- 4.1. Primäre und sekundäre Prävention
- 4.2. Gewalt in den neuen Medien im Kontext der Jugendmedizin
- 4.3. Erkennen von innerfamiliärer Gewalt

Sofern im folgenden Leitfaden eine geschlechtsspezifische Bezeichnung genannt wird, sind immer beide Geschlechter gemeint.

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung

Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Herbert Grundhewer, Berlin

Erstellt in der Kommission Kinderschutz der DAKJ unter Mitarbeit von: Sylvester von Bismarck, Frank Häßler, Bernd Herrmann, Ute Thyen

Version 1.0, Dezember 2013

1. Ziele und Aufgaben des Kinder- und Jugendarztes im Rahmen des Kinderschutzes

- frühzeitiges Erkennen einer möglichen Gefährdung des Kindes
- gesundheitliche Versorgung des Kindes, Förderung von gesundem Aufwachsen des Kindes und Unterstützung dessen Entwicklungspotentiale
- verbindliche Betreuung der Familie und des Kindes: dafür muss unbedingt eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung bestehen und weiter erhalten werden
- Information der Eltern über die Hilfsmöglichkeiten vor Ort
- Aktiv geeignete Hilfen einleiten
- Kontakt zu anderen Institutionen herstellen

1.1 Allgemeines zum Kinderschutz im ärztlichen Kontext

Kinderschutz stellt die ärztliche Praxis vor besondere Herausforderungen. Einleitend sollen kurz wesentliche Aspekte dieser speziellen Situation beschrieben werden. Die körperliche und seelische Misshandlung von Kindern ist, wenn ein Arzt sie im Rahmen seiner Tätigkeit entdeckt, in aller Regel kein einmaliges Ereignis. Wenn Eltern gegenüber ihren Kindern Gewalt anwenden, so geschieht dies meist in einem längerfristigen, häufig auch eskalierenden Prozess. Typischerweise bestehen in den Familien Grauzonen von noch ausreichender bis unzulänglicher Fürsorge für das Kind (Thyen 2010).

Ein wesentlicher Bestandteil eines jeden Arzt-Patienten-Verhältnisses ist die Verpflichtung zur Verschwiegenheit. Die „ärztliche Schweigepflicht“ ist nach § 203 Strafgesetzbuch ein besonders geschütztes Berufsgeheimnis. So beruht das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt nicht nur in dem Vertrauen auf die fachliche Qualifikation des Arztes sondern in hohem Maße auch darauf, dass man sich seinem Arzt anvertrauen kann ohne damit rechnen zu müssen, dass andere Stellen oder Personen von dem Besprochenen unterrichtet werden.

Eine Weitergabe von Informationen ohne Einwilligung des Betroffenen ist nach § 34 StGB möglich, wenn aus Sicht des Arztes ein „gerechtfertigter Notstand“ vorliegt, also das Kindeswohl als erheblich gefährdet erscheint, die Eltern trotz eingehender Beratung Hilfsangebote und auch die Datenweitergabe ablehnen. Die jeweils spezifischen Gründe und Schritte müssen dokumentiert werden. § 4 des Bundeskinderschutzgesetzes (2012) regelt die Informationsweitergabe durch medizinisches Personal an die Jugendhilfe explizit: bestehen aus Sicht des medizinischen Personals gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen, sollen sie diese mit den Eltern erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken. Ist das erfolglos, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren. Die Eltern müssen über diesen Schritt informiert werden, außer in den seltenen Fällen, in denen dadurch der Schutz des Kindes gefährdet wird (Befugnisnorm). Die einzelnen Schritte sind zu dokumentieren.

Primäre Aufgabe des Arztes ist im Rahmen des Kinderschutzes, die Eltern für ein gemeinsames Vorgehen zur Unterstützung ihres Kindes zu gewinnen. Arzt und Eltern haben

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

zusammen das Ziel, das gesunde Aufwachsen des Kindes zu fördern und dessen Entwicklungspotentiale zu unterstützen. Wer in dieser Situation wirklich helfen will, verzichtet auf Schuldzuweisungen und Tätersuche und baut vielmehr auf Freiwilligkeit und eine gemeinsame Lösungssuche. Für den Arzt sollte das Kind im Vordergrund stehen, nicht die Klärung des Gewaltproblems. Schon gar nicht sollte es Ziel des ärztlichen Handelns sein, einem allgemeinen Gewaltproblem nachzuspüren und es aufzudecken. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und auch die Datenweitergabe sollten wenn möglich mit dem expliziten Einverständnis der Eltern erfolgen und immer transparent gemacht werden (Transparenzgebot) (Thyen u. a. 2010).

Gerade als Kinderarzt wird man immer parteiisch für das Kind sein. Was für das weitere Wohl des Kindes am besten ist, kann jedoch oft in einer Praxissituation nicht beurteilt werden. Manchmal ist es besser, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und sich selber (auch anonymisiert) über das weitere Vorgehen mit anderen Institutionen zu beraten.

Im nachfolgenden Text soll ein in diesem Sinne hilfreiches Vorgehen für die ärztliche Praxis vorgestellt werden (Hutz 1994). Die Grundstruktur des Gespräches entspricht anderen, in denen im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes schlechte Nachrichten überbracht werden müssen. Zu diesem Themenkomplex gibt es eine Reihe von Schulungen und Trainingskonzepten (Frank 2011). Es ist eine idealtypische Situation, in aller Regel wird der Arzt die Familie bereits kennen, wenn es zur Aufdeckung einer Misshandlung kommt. Meist schon viel früher wird es Warnhinweise von Seiten der Familie oder auch vage Verdachtsmomente gegeben haben (siehe auch den Leitfaden der TK (2007)). Besonderheiten des Vorgehens bei sexueller Gewalt finden sich weiter unten.

1.2 Voraussetzung zur Hilfe: Kenntnis der Rahmenbedingungen

Eine unabdingbare Voraussetzung, um wirksame Hilfe bei Misshandlung leisten, ist die Kenntnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der Institutionen vor Ort, die mit Aufgaben im Rahmen des Kinderschutzes betraut sind. Dazu gehören im medizinischen Bereich z.B. rechtsmedizinische Abteilungen, Kinderschutzgruppen an Kliniken, die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die lokalen Institutionen der Jugendhilfe. Für den niedergelassenen Pädiater ist es sinnvoll, die wichtigen Akteure der Hilfen persönlich zu kennen und die Kontakte zu ihnen langfristig zu pflegen. Auch im medizinischen System erleichtern informelle Kontakte die Zusammenarbeit in komplizierten Situationen erheblich, das gilt erst recht, wenn so unterschiedliche Systeme wie die Medizin und die Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten sollen. Die Sicht- und Herangehensweisen sind sehr verschieden und führen zu wechselseitigen Missverständnissen. In der Regel bestehen auf beiden Seiten Fehleinschätzungen der jeweils anderen Hilfs- und Eingreifmöglichkeiten, was die Zusammenarbeit weiter erschwert.

Die rechtliche Grundlage für die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe, also die Jugendämter, die freien Träger und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen findet sich im Sozialgesetzbuch VIII (kurz KJHG oder SGB VIII), die Regelungen zum Kinderschutz insbesondere im §8a, dem Bundeskinderschutzgesetz (2012b). Diese gelten bundesweit, die einzelnen Bundesländer haben jeweils eigene Landesregelungen, die die Situation vor Ort regeln.

2. Die kinderärztliche Praxis und das Umgehen mit Gewalt gegen Kinder

2.1. Vorgehen bei V.a. auf Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis

2.1.1. Erstuntersuchung:

Untersuchung / Anamnese ergibt den Verdacht auf eine Misshandlung

Siehe zur Untersuchung und Dokumentation die ausführliche Darstellung im Leitfaden der DAKJ "*Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken*" (Herrmann et al. 2013) und im Handbuch "*Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung*" (Herrmann et al. 2010).

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

Dann: Detaillierte körperliche Untersuchung
Erhebung des psychischen Befundes
Wachstumsdaten des Kindes
Genauer Entwicklungsstand
Erfassung der sozialen Situation

Exakte und sorgfältige Dokumentation der Anamnese und der Befunde; gegebenenfalls auch eine weitere Untersuchung durch andere Fachdisziplin.

Gelegentlich sind zur Verlaufsbeobachtung mehrere Untersuchungen notwendig. Bei allen Formen der Kindesmisshandlung finden wir meist kein einzelnes beweisendes Faktum sondern eine Konstellation von verschiedenen Symptomen und Verhalten, die auf die Diagnose hinweisen.

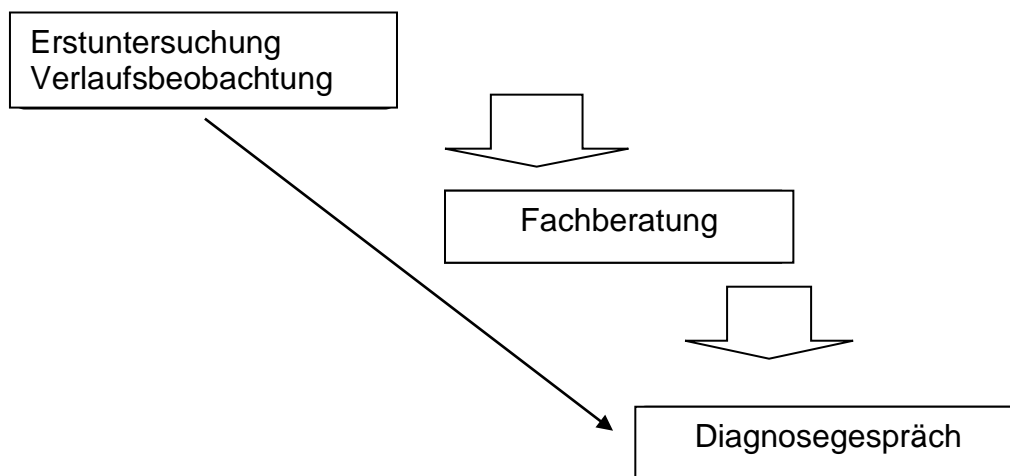


Abb. 1: Möglicher Ablauf des diagnostischen Prozesses: nach der Erstuntersuchung kann, auch vor einem Diagnosegespräch mit den Eltern, eine externe Beratung durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft erfolgen.

Risikoabschätzung:

- Stationäre Abklärung bei hoher Gefährdung, schweren Verletzungen, prinzipiell immer bei jungen Säuglingen (mit Hämatomen oder anderen Verletzungen).
- Misshandlungen sind selten einmalige Ereignisse, sie finden über einen langen Zeitraum statt, mit gelegentlicher Eskalation. Gerade diese lange Dauer führt zu den langfristigen Traumatisierungen beim Kind. Daher besteht bei dem ersten Arztbesuch in der Regel kein unmittelbarer Handlungsbedarf, um eine Gefahr abzuwehren.
- Bei vagen Befunden: kurzfristige Wiedervorstellungen, Umfeld des Kindes klären, eventuell auch mit Einverständnis der Eltern Kontakt zu anderen Einrichtungen, die das Kind kennen.

Bei konkreten Anhaltspunkten: Zeit für ein diagnostisches Gespräch möglichst bald.

Im Anschluss an diese erste Phase kann der Arzt eine Supervision bzw. fachliche Beratung durch eine im Kinderschutz erfahrene Person (Kollege, Sozialarbeiter, lokales Kinderschutzzentrum oder andere Stellen) zur Besprechung des weiteren Vorgehens in Anspruch nehmen.

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

Hintergrund

Für einen Kinderarzt in der Praxis ist eine Misshandlung ein eher selten vorkommendes Ereignis, sinnvoll ist es, sich in einer solchen Situation mit einem in der langfristigen therapeutischen Arbeit erfahrenen Professionellen zu beraten. Möglich ist in der Regel auch eine Beratung durch das zuständige Jugendamt in anonymisierter Form. Das neue Bundeskinderschutzgesetz sieht in § 4 (2) eine solche Beratung ausdrücklich vor.

2.1.2. Diagnostisches Gespräch in der Kinderarztpraxis bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung

Ziele

Oberstes Ziel ist, einen vertrauensvollen Kontakt zur Familie aufzubauen. Wenn man dem Kind helfen will, muss man Zugang und Verständnis für die Familien gewinnen. Man ist auf die Mitarbeit und das Vertrauen der Eltern angewiesen. Man sollte daher Beschuldigungen vermeiden, kein Geständnis erwarten oder gar „erzwingen“ wollen. Das Einschalten anderer Institutionen ohne Wissen der Eltern stört ebenfalls empfindlich das Vertrauen in die Hilfsangebote und erschwert die weitere Zusammenarbeit aller mit der Familie.

Grundsätzlich sollte bei Kindesmisshandlung immer (mit dem Wissen und Einverständnis der Eltern) wegen der wahrscheinlichen Komplexität der Problematik eine Kooperation mit anderen Stellen der Jugendhilfe angestrebt werden.

Voraussetzungen und Vorbereitungen

Persönliche Vorbereitungen:

- sich Zeit nehmen für sich, für das Gespräch; den Schreck und Schock bei sich selbst wahrnehmen. Eventuell auch mit Kollegen sprechen; durchatmen.
- man kann sich in die Situation der Eltern hineindenken: weshalb kommen sie in dieser Situation?
 - Sie suchen Hilfe für ihr verletztes Kind
 - Angst, Schuldgefühle
 - Angst vor weiterer Eskalation des familiären Konfliktes
 - Unbestimmtes Gefühl der akuten Gefährdung
 - Aber auch: Angst vor Aufdeckung und Strafe

Vorbereitung:

Ruhiger Raum, keine Störung durch Schwester, Telefon, Rezepte etc., ausreichend Zeit außerhalb des üblichen Praxisbetriebes.

Die Hilfsmöglichkeiten vor Ort und die Zugangswege sollten dem Arzt gut bekannt sein. In den einzelnen Bundesländern haben sich sehr unterschiedliche Kooperationsformen im Rahmen des Kinderschutzes entwickelt. Die Darstellung jeder Landesregelung würde die Intention dieser allgemeinen Leitlinie überschreiten. Die Zusammenarbeit von Medizin und Jugendhilfe ist wenig institutionalisiert und störanfällig. Sie muss über lange Zeiträume persönlich erarbeitet und gepflegt werden.

Bevor ein Verdacht einer Kindesmisshandlung gegenüber den Eltern geäußert werden darf, muss dieser abgesichert sein. Mögliche Interventionen sollten bereits geplant sein für die Zeit nach dem Gespräch.

Gesprächsablauf

1. Kontakt

Kontakt zu jedem aufnehmen, jeden persönlich begrüßen, mit Namen ansprechen
Festlegen des Themas und des Zeitrahmens

„Ich möchte mit ihnen über die Diagnose sprechen.“ „Sie sind mit Ihrem Kind wegen ... zu mir gekommen. Wir haben einige Untersuchungen gemacht.“

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

2. Zentrale Gesprächsphase

Verletzungen und die Symptomatik des Kindes schildern

Auch über die möglichen Folgen und die Dauerschäden

- dies kann die Schuldgefühle verstärken, ist aber wichtig.

Sich und Eltern Zeit geben

Betroffenheit über die Verletzungen und deren Folgen ausdrücken lassen

- auch Eltern, die ihre Kinder misshandeln, sorgen sich und ihre Kinder und um Folgen!
- Nur beschreibende Fragen benutzen: Was –Wann –Wo – Wer; kein Warum!

Offen sagen, dass die Verletzungen nicht durch einen etwaig geschilderten Unfallhergang erklärbar sind oder vom Kind selbst verursacht sein können.

Wichtig: Kein Vorwurf, keine wertenden Haltungen

Wichtig: Kein Geständnis verlangen

Die Eltern wissen, dass es eine Misshandlung war; sie sollen wissen, dass das der Arzt auch weiß

Wichtige Hinweise:

- Erklärung der Eltern nicht kommentieren („Lüge“ o.ä.)
- Gegen ihren Widerstand nichts beweisen wollen
- All das verstärkt die Abwehr und führt u.U. zum Gesprächsabbruch
- Auch auf keine abenteuerlichen Diskussionen oder Spekulationen einlassen oder bedrängen der Eltern; diese sind nicht verpflichtet, die Wahrheit zu sagen.

Für weitere Gespräche offen bleiben. Brücken bilden

Oft ist es eine Überforderung, alles im ersten Gespräch zu besprechen

3. Vertragsphase

„Das Ganze ist kein Einzelproblem. Andere Familien haben ähnliche Schwierigkeiten. Es gibt Möglichkeiten zur Hilfe.“

Gemeinsames Ziel formulieren: Gesundes Aufwachsen des Kindes ist im Interesse von den Eltern und des Arztes/der Ärztin.

Entsprechende Informationen vermitteln.

Kontakt zu einer weiterbetreuenden Stelle aktiv herstellen.

Einbeziehen anderer Stellen in der Regel im Einvernehmen mit den Eltern. Diese müssen auf jeden Fall vorab informiert sein. Der Regelfall sollte ein Konsens mit den Eltern bezüglich des weiteren Vorgehens sein.

Gründe für den Bruch der Verschwiegenheit bzw. ein Handeln des Arztes gegen das Einverständnis der Eltern müssen dokumentiert und offen gelegt werden.

Zeit für weitere Gespräche anbieten.

2.1.3. Notmaßnahmen bei unmittelbarer Gefahr für das Kind

Wie bereits erwähnt, ist die Gewalt gegen Kinder in Familien in der Regel kein einmaliges Ereignis, sondern ein langdauernder Prozess. Daher besteht beim Praxisbesuch meist auch kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Wird aber eine Gefahr für das Leben oder eine Eskalation der Familiensituation befürchtet, sollte eine sofortige Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Kinder- und Jugendnotdienst und unter Umständen auch der Polizei erfolgen. Die Krankenhauseinweisung ist immer bei Säuglingen (alle Säuglinge mit Hämatomen!), schweren Verletzungen oder hoher Gefährdung erforderlich.

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

2.2. Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Die Rolle des Kinder- und Jugendarztes

2.2.1 Definition des Begriffes

Man versteht unter sexueller Gewalt, wenn Erwachsene, Jugendliche oder auch Kinder andere Kinder/Jugendliche zur sexuellen Bedürfnisbefriedigung benutzen. Die Gewalt spielt sich immer innerhalb eines Macht- und Abhängigkeitsverhältnisses ab (Elternteil, anderes Familienmitglied, Lehrer, Sporttrainer o.a.), in dem ein erheblicher Druck auf das Kind aufgebaut wird. Die Kinder werden mit allen Mitteln, auch mit Gewalt, zum Schweigen verpflichtet. Zusätzlich erschweren Schuld- und Schamgefühle, Selbstvorwürfe und Loyalitätskonflikte den Kindern, sich gegenüber anderen zu äußern.

Formen sexueller Gewalt sind verschiedenste Formen sexueller Aktivitäten, von nicht invasiven bis hin zu Penetration mit Fingern oder Gegenständen, oralem, vaginalen und analen Geschlechtsverkehr und der aktiven Beteiligung an der Herstellung von Kinderpornographie. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornographie und sexualisierte Sprache sind sexuelle Gewaltakte. In den vergangenen Jahren sind mit den neuen Medien weitere Formen der sexuellen Gewalt entstanden. Dabei werden Kommunikationsmittel wie Handy, SMS oder MMS und auch das Internet genutzt.

2.2.2 Besonderheiten des Fallmanagement sexuelle Gewalt in der Praxis

Eine erste Anlaufstelle zur Untersuchung ist auch bei dieser Form der Gewalt oft der niedergelassene Kinderarzt. Dieser sollte eine erste Untersuchung vornehmen und einen unauffälligen genitalen Befund sicher erkennen können. Bei unklaren Untersuchungsbefunden sollte die Untersuchung durch eine dafür ausgebildeten kinder- und jugendgynäkologischen Kollegen oder eine spezialisierte klinische oder rechtsmedizinische Einrichtung erfolgen. Untersuchungen müssen sorgfältig und mit großer Rücksicht auf das betroffene Kind durchgeführt werden, um eine sekundäre Traumatisierung zu vermeiden. Die Untersuchung darf dabei nie gegen den Willen des Kindes oder Jugendlichen erfolgen. Sehr wichtig ist, dem Kind ausdrücklich bei unauffälligem Befund zu versichern, dass es unversehrt ist (Herrmann et al. 2010, Weissenrieder 2012).

Hat ein Übergriff bei Kindern in den letzten 24 Stunden – Jugendliche 72 Stunden - stattgefunden, muss eine kompetente Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweiserelevante Befunde erheben zu können.

Wenn der Arzt nicht die Möglichkeit hat die Untersuchung durch einen dafür ausgebildeten kinder- und jugendgynäkologischen Kollegen oder einer spezialisierten klinischen oder rechtsmedizinischen Einrichtung vornehmen zu lassen, kann der in der Anlage beigefügte Dokumentationsbogen (siehe Dokumentationsbogen, DAKJ Leitfaden Kinderschutz 2013) eine Hilfe bei der Durchführung sein. Häufig werden bei sexueller Gewalt durch die körperliche Untersuchung keine beweisenden Befunde erhoben. Trotzdem sollte bei konkretem Verdacht auf sexuelle Gewalt immer eine Untersuchung angestrebt werden. Ein eindeutiger, körperlich nachweisbarer, beweisender Befund darf auf keinen Fall übersehen werden.

Die Diagnoseeröffnung bedarf einer besonderen Vorbereitung und Beratungskompetenz. Eine dilettantisch durchgeführte Aufdeckung richtet im Einzelfall noch mehr Schaden an und verlängert den Missbrauch bzw. kann seine Aufdeckung verhindern.

Eine spezielle Situation ist die vermutete sexuelle Gewalt zwischen Kindern oder Jugendlichen und Kindern, oft aus einer Familie. Die Untersuchung entspricht der oben skizzierten, wobei ein besonderes Augenmerk auf die noch minderjährigen Täter gerichtet werden muss: diese müssen ebenfalls behandelt werden, um eine weitere Täterkarriere wenn möglich zu verhindern. Die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und bei über 14-jährigen mit der Jugendgerichtsbarkeit ist unerlässlich.

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

Bei Verdacht auf sexuelle Gewalt sollte der Arzt sich -wenn erforderlich- von erfahrenen kinder- und jugendgynäkologischen Kollegen oder multidisziplinären Einrichtungen beraten lassen, damit die Abklärung im Sinne des Kindes oder Jugendlichen optimal verläuft und Schutz vor weiterem Missbrauch gewährt. Damit wird das Kind oder der Jugendliche vor einer Retraumatisierung durch Vermeidung von überstürztem, wiederholtem, falschem oder unüberlegtem Handeln geschützt.

2.3. Vernachlässigung in der Praxis

2.3.1. Definition

Werden die körperlichen und/oder seelischen Grundbedürfnisse eines Kindes in erheblichem Maße nicht erfüllt, spricht man von Vernachlässigung. Die Unterlassung des fürsorglichen Umganges kann aktiv oder passiv, aufgrund von fehlendem Wissen oder bei schwerwiegenden Problemen der Eltern selbst erfolgen. Diese hat insbesondere in den ersten Lebensjahren gravierende Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes. Erfahrungen von seelischer Deprivation, unsicherer Bindung und Unterernährung können den weiteren Lebensweg eines Menschen bestimmen. Vernachlässigung findet in einem lang anhaltenden Prozess statt, sichtbare körperliche oder seelische Folgen treten erst spät auf. Interventionen sollten aber schon zu einem viel früheren Zeitpunkt, angemessen an die jeweilige familiäre Situation, erfolgen. Vernachlässigungen sind die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung und machen etwa 60-70% aller Fälle aus.

Basale kindliche Bedürfnisse sind solche nach positiver emotionaler Zuwendung durch eine enge und konstante Bezugsperson, ausreichenden Ruhezeiten, guter körperlicher Zuwendung (Pflege, Ernährung, medizinischer), Möglichkeiten eigener Aktivität bei Spiel und Bewegung (Falk 1994; David 1973). Brazelton und Greenspan verstehen darunter die Bedürfnisse nach Geborgenheit und liebevollen Beziehungen, nach körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit, nach individuellen und entwicklungsangemessenen Erfahrungen und nach Grenzen und Strukturen (Brazelton 2008). Werden alle oder auch nur einzelne nicht beachtet, entstehen weitreichende Probleme, die sich oft gegenseitig verstärken.

2.3.2. Auswirkungen auf das Kind

Unterscheiden kann man körperliche, seelische und soziale Auswirkungen. Meist liegen Probleme in mehreren Feldern vor.

Körperliche Auswirkungen:

Gedeihstörung (Wachstum, Gewicht, Länge, später auch Kopfwachstum; Kreuzen der Perzentilen)

Unzureichende Pflege

Massive Karies

Die Ursachen einer Gedeihstörung sind vielfältig (zur Differentialdiagnostik siehe z.B. (Nützenadel 2011)). Häufig besteht eine Kombination verschiedener Gründe. Im Rahmen der Kindesvernachlässigung entsteht die Gedeihstörung meist auf dem Hintergrund einer schweren seelischen Deprivation oder Depression des Kindes, gelegentlich auch durch bewussten Nahrungsentzug, z.B. als Disziplinierungsmaßnahme (Thyen 2008).

Seelische Folgen

Fehlende Zuwendung und Verlässlichkeit in der Beziehung zu den Eltern, eine mangelnde Anregung und die kontinuierliche Fehleinschätzung von Ängsten und Belastungen beim Kind zusammen mit einem erheblichen Mangel an Konfliktlösungskompetenz (entweder laisserie oder rigide-autoritär) führen auf Dauer zu einer seelischen Vernachlässigung.

Im Extremfall führt das zu Deprivation und Hospitalismusschäden.

Sehr schwerwiegend sind die Folgen einer früh einsetzenden Vernachlässigung für die allgemeine Entwicklung und die seelische Gesundheit des Kindes. Nichtorganische

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

Entwicklungsretardierungen, Sprachentwicklungsverzögerungen, frühkindliche Depressionen und langfristige Störungen der psychosozialen Entwicklung (mit Bindungsstörungen, komplexen internalisierenden oder externalisierenden Verhaltensstörungen) können die Folge sein (Sroufe 2011; Thun-Hohenstein 2008).

Angstauslösendes Elternverhalten ist in Studien als Prädiktor für ein späteres desorganisiertes Bindungsverhalten erkannt worden. Insbesondere wenn Eltern von Säuglingen gleichzeitig Anlass für Angst und andererseits ja die verfügbare Quelle der Fürsorge sind, hat das schwere psychische Folgen für die Bindungsentwicklung des Kindes (Abrams 2006).

Soziale Vernachlässigung

Manche Kinder werden unzureichend vor alltäglichen Gefahren im Haushalt (Vergiftungen, Badeunfälle etc.) geschützt; auch fehlt gelegentlich eine wirksame elterliche Aufsicht (und auch elterliches Interesse) beim Schulbesuch und im Freundeskreis; oder die Eltern bleiben unbeteiligt bei schwerwiegenderen Regelverstößen wie Delinquenz, Schulschwänzen, Drogen- oder Alkoholabusus.

Andere Kinder werden regelmäßig Zeugen von gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den Erwachsenen, auch dies schädigt die seelische Entwicklung des Kindes erheblich (Brisch 2009).

2.3.3 Familiäre Situation

Soziale und familiäre Prädiktoren für eine Vernachlässigung können sein: junge Eltern, Trennungen der Eltern oder häufig wechselnde Partner, Erkrankungen der Eltern, insbesondere Depressionen und Suchterkrankungen, fehlende soziale Unterstützung. In Langzeituntersuchungen wurden verschiedene Risikofaktoren für Verhaltensprobleme im Jugendalter gefunden: Kindesmisshandlung, Beobachtung von Gewalt, zerrüttete Familienverhältnisse, allgemeiner Familienstress und sozialökonomischer Status waren jeder für sich ein solcher Prädiktor, lagen mehrere davon vor, bestand ein kumulativer Zusammenhang. Diese Risiken wirkten umso schwerwiegender, je jünger die betroffenen Kinder waren (Sroufe u. a. 2011).

Unspezifische Entwicklungsstörungen z.B. der Sprache und des Verhaltens kommen ohne Zweifel in Familien häufiger vor, die durch Armut, mangelnde Bildungsangebote, kulturelle und sprachliche Barrieren gekennzeichnet sind. Im Rahmen dieser Lebensverhältnisse kommt es zu einer Gefährdung des Kindeswohls durch unzureichende Entwicklungskontexte. Der Begriff Vernachlässigung sollte für die schwerwiegenden Fälle mit den oben beschriebenen Konsequenzen vorbehalten sein, auch wenn die Abgrenzung im Einzelfall schwierig ist. Die Einschätzung erfordert ein Zusammenwirken verschiedener Institutionen und kann nicht allein aufgrund der des Kinderarztes vor Ort erfolgen (Thyen 2008).

2.3.4. Wann sollte in der Kinderarztpraxis an eine Vernachlässigung gedacht werden:

Auf Seiten der Familie:

Häufige Arztwechsel, ausbleibende Arztbesuche bei schwerwiegenden Erkrankungen, Therapieabbrüche oder überwiegende Versorgung über Notfallambulanzen, Kinder ohne Versicherungsschutz

Fehlende Teilnahme an präventiven Angeboten (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Impfungen)

Eine Kombination verschiedener Risikofaktoren (siehe oben)

Im Umgang mit dem Kind:

In der Praxis können die mangelnde emotionale Zuwendung, fehlende Reaktionen auf Signale des Kindes oder eine fehlende Wertschätzung auffallen. Die mentalen oder auch affektiven Fähigkeiten eines Kindes werden häufig wenig realistisch eingeschätzt. Manche Eltern bestrafen, indem sie die Kinder demütigen. Augenfällig

Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013

sind unzureichende und schädliche „Beruhigungsversuche“, z.B. über Dauernuckeln aus der Flasche oder ständigem Essen. Auch Disziplinarversuche können sehr inadäquat sein.

Eine frühkindliche Regulationsstörung betrifft immer die basalen kindlichen Grundbedürfnisse (nach Nahrungsaufnahme, Schlaf, Zuwendung und Autonomie). Verstricken sich Familien in einen sich verstärkenden Teufelskreis an negativer Interaktion, können anhaltende seelische Probleme im Sinne einer Bindungsstörung entstehen.

Auf Seiten des Kindes:

Regulationsstörungen, Gedeihstörung, erhebliches Übergewicht, Trotzverhalten, aggressives Verhalten, massive Karies, häufige Unfälle
unzureichender körperlicher Pflegezustand, nicht an die Witterung angepasste Kleidung
nichtorganische Entwicklungsstörungen

3. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Sehr frühzeitig schon sollte bei einem Mangel an angemessenem elterlichen Verhalten interveniert werden. In der kinderärztlichen Praxis ist die Beurteilung und Unterstützung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung für Früherkennung von Vernachlässigung von herausragender Bedeutung. Die regelmäßigen Kontakte zu einer Familie, z.B. im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, erlauben dem Arzt eine stabile und persönliche, längerfristige Beziehung zu einer Familie aufzubauen. Nicht selten ist die Biographie der Eltern durch häufige Beziehungsabbrüche gekennzeichnet, eine solche stabile Arzt-Familien-Beziehung kann sich in der Zukunft als wertvoll herausstellen, wenn es einmal wirklich schwierig wird.

In den meisten Fällen von Kindesmisshandlung und besonders auch beim Vorliegen von sexueller Gewalt muss der Arzt mit anderen Hilfseinrichtungen zusammenarbeiten. Die Hilfen, die eine Kind und dessen Familie braucht, sind u.U. sehr differenziert und auch zeitintensiv. Das kann nicht durch eine Praxis alleine geleistet werden. Verschiedene Institutionen, auch mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern, müssen zusammenarbeiten.

Damit dies funktioniert, sollte der Arzt die Zugangswege kennen und auch den Kontakt zu einer anderen Institution aktiv mit der Familie zusammen herstellen. Die einfache Ausstellung einer schriftlichen oder mündlichen „Überweisung“ reicht nicht aus. Der Arzt muss über die Aufgaben und Angebote der anderen Institution informiert sein. Im Weiteren müssen die Hilfsmaßnahmen miteinander abgestimmt werden. Dazu sollten die Kinder und Jugendärzte sich an einem gemeinsamen Fallmanagement beteiligen. Ein wesentlicher Bestandteil ist eine gemeinsame Helferkonferenz, an der man auch als behandelnder Arzt teilnehmen kann.

Alle Hilfen, die eingeleitet werden sollten die Selbstwirksamkeit und das Management durch die Familien stärken (Empowerment). Ihre aktive Teilnahme an allen vorgeschlagenen Maßnahmen muss sichergestellt werden. In Familien mit einem anderen kulturellen Hintergrund oder sprachlichen Barrieren kann dies im Einzelfall ausgesprochen schwierig sein.

In vielen Situationen ist eine einfache Beratung, Wissensvermittlung und engmaschige Begleitung der Familien ausreichend. Oft sind jedoch komplexe Interventionen erforderlich, bei denen mehrere Institutionen zusammenarbeiten müssen. Langzeituntersuchungen belegen die Wirksamkeit von Interventionen: kommt es in der Familien zu einer positiven Veränderung des erlebten Stresses und erfahren die Kinder soziale Unterstützung können sich diese Veränderungen im familiären Umfeld kompensierend auf die frühen kindlichen Erfahrungen auswirken (Sroufe 2011).

4. Möglichkeiten der Prävention in der kinderärztlichen Praxis

4.1. Primäre und sekundäre Prävention

In der kinder- und jugendärztlichen Praxis ergibt sich eine Vielzahl von Gelegenheiten zur Prävention von Kindesmisshandlung. Ein Schwerpunkt primär präventiver Bemühungen sollte im Bereich der frühen Elternschaft liegen. Erfahrungsgemäß sind Familien zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes besonders zugänglich für Unterstützung und offen für Veränderungen. Dies kann eine Kontaktaufnahme bereits im Rahmen der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Entbindung oder der ärztlichen Früherkennungsmaßnahmen durch den Kinderarzt oder zu Hause aufsuchende Hilfen durch Hebammen oder Kinderkrankenschwestern bedeuten. In einem primär präventiven Ansatz haben solche Angebote („Frühe Hilfen“) keinen stigmatisierenden Charakter, da sie sich an alle Bevölkerungsgruppen wenden und primär als Unterstützung und weniger als Kontrollmaßnahmen verstanden werden können. Werden besondere Risikokonstellationen erkannt, können angepasst an die Bedürfnisse der Familie Maßnahmen der sekundären Prävention ergriffen werden. Betreuende Fachleute können gezielt an Einrichtungen der sozialen Dienste und Beratungsstellen vermitteln, die besonders für junge Familien zur Verfügung stehen (siehe zu Frühe Hilfen die Informationen im Internetauftritt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (www.fruehehilfen.de), außerdem (Paul 2008) und zur Abgrenzung von Frühförderung (Klein 2011).

Im Rahmen der sekundären Prävention sollen frühzeitig Risikofaktoren identifiziert werden und durch geeignete Interventionen das Auftreten von Misshandlung unwahrscheinlicher gemacht werden. Die zentralen Instrumente des Kinder- und Jugendarztes dafür sind vor allem die Früherkennungsuntersuchungen. Bei diesen können Störungen der Interaktion zwischen Eltern und Kind erkannt und angesprochen werden. Erwartungen an das Kind, die dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechen und elterliche Ablehnung können erkannt werden. Die emotionale Entwicklung, das Sozialverhalten und die Sprachentwicklung sollte ein weiterer Schwerpunkt sein. Verletzungen, die auf Misshandlung hinweisen, sollten sicher erkannt werden. Die elterliche Kompetenz sollte im Sinne des Empowerment-Ansatzes durch den Arzt gestärkt werden. Geeignete Hilfen müssen vermittelt werden. Eine stabile und tragfähige interdisziplinäre Kooperation muss entwickelt werden.

4.2. Gewalt in den neuen Medien im Kontext der Jugendmedizin

Eine besondere Verantwortung kommt dem Arzt im Kontakt mit älteren Kindern und Jugendlichen zu: er ist einerseits als Vertrauensperson aber andererseits außerhalb der Familie stehend in der Lage auch so schwierige Themen wie Gewalt in den neuen Medien zu thematisieren. Dies kann beispielsweise im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Schulkinder (U10, U 11) und Jugendliche (J1, J2) erfolgen. Informationsmaterialien in der Arztpraxis und Fragen zum Mediengebrauch sind hilfreich, um ein Interesse des Arztes zu signalisieren und in das Thema einzuführen. Der Arzt sollte ebenfalls über die gerade gängigen Formen zu Handygebrauch, Internet, Bullying, Cyberbullying und Pornographie informiert sein (siehe hierzu auch Bayrischer Gewaltleitfaden, (2012a) S. 23-28).

4.3. Erkennen von innerfamiliärer Gewalt

Abschließend sei noch auf die Rolle des Pädiaters zur Erkennung von anderen Formen der innerfamiliären Gewalt hingewiesen. Auch gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Erwachsenen einer Familie verursachen neben der direkten Traumatisierung der Opfer schweren psychischen Schaden beim Kind (Brisch 2009).

Wenn eine Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der Praxis Hinweise auf Gewaltanwendungen zwischen den Erwachsenen erhält, sollte dies keinesfalls ignoriert werden, sondern auf angemessene und einfühlsame Art und Weise darauf reagiert werden. Ziel ist dabei die Sicherheit für das meist weibliche Opfer und die Kinder zu erhöhen. Auch für dieses Thema ist eine enge Zusammenarbeit mit örtlichen Stellen hilfreich.

Literatur

- Abrams, Kelley Yost; Rifkin, Anne; Hesse, Erik: „Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure“, in: *Development and Psychopathology* 18 (02), 2006,. doi:10.1017/S0954579406060184. <http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP> (abgerufen 07. Nov. 2012).
- Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Erkennen und Handeln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte*. München, 2012a. <http://www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/leitfaden/> (abgerufen 07. Nov. 2012).
- Brazelton, Thomas Berry; Greenspan, Stanley I: *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein*. Beltz-Taschenbuch 188. Weinheim u.a.: Beltz, 2008.
- Brisch, Karl Heinz: „Auswirkungen Häuslicher Gewalt auf die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern - Befunde aus der neurobiologischen Forschung.“, in: *Frühe Hilfen bei Häuslicher Gewalt. Tagungsdokumentation*, hg. von Nationales Zentrum Frühe Hilfen; Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung. *Materialien zu Frühen Hilfen*, 2009. http://www.fruehehilfen.de/no_cache/materialien-des-nzfh-bestellen/bzga-shop-detailseite/?tx_wvbwzgasshop_pi3%5Bid%5D=1799 (abgerufen 07. Nov. 2012).
- David, Myriam; Appell, Geneviève: *Lóczy ou le maternage insolite*. Paris: Édition du Scarabée, C.E.M.E.A., 1973.
- Falk, Judit: „Von den Anfängen“, in: *Miteinander vertraut werden Erfahrungen und Gedanken zur Pflege von Säuglingen und Kleinkindern*. Freiamt: Arbor-Verl., 1994, 17–30.
- Frank, R: „Überbringen schlechter Nachrichten in der ärztlichen Praxis“, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 159 (11), 2011,. doi:10.1007/s00112-011-2529-9. (abgerufen 22. Sep. 2012).
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2.Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York; 2010. 350 S. 160 Abb..
- Herrmann, Bernd; von Bismarck, Sylvester; Franke, Ingo; et al.: „Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken.“, Version 1.4, 2013. <http://dakj.de/media/stellungnahmen/dakj/empfehlungen-kinderschutz-kliniken-1.4-230913.pdf>
- Hutz, Pieter: „Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung.“, in: *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin*, hg. von Bundesärztekammer. Köln, 1994.
- Klein, Gerhard: „Brücken zwischen Frühförderung und Frühe Hilfen“, in: *Frühförderung interdisziplinär* 30, 2011,73-81,. doi:10.1007/s00112-010-2189-1.
- Nützenadel, Walter: „Gedeihstörungen im Kindesalter“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (38), 2011,. doi:10.3238/arztebl.2011.0642. (abgerufen 07. Nov. 2012).
- Paul, M; Backes, J: „Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung“, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156 (7), 2008,. doi:10.1007/s00112-008-1784-x. (abgerufen 08. Nov. 2012).
- Sroufe, Alan L; Coffino, Brianna; Carlson, Elisabeth A: „Die Rolle früher Erfahrungen für die kindliche Entwicklung.“, in: *Frühförderung interdisziplinär* 30, 2011, 184-195.
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein (Hrsg.): „Leitfaden zur Früherkennung: „Gewalt gegen Kinder““, 2007. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/347754/Datei/3188/Leitfaden%20zur%20Frueherkennung%20von%20%22Gewalt%20gegen%20Kinder%22.pdf> (abgerufen 07. Nov. 2012).
- Thun-Hohenstein, L: „Folgen von Gewalt am Kind“, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156 (7), 2008,. doi:10.1007/s00112-008-1786-8. (abgerufen 08. Nov. 2012).
- Thyen, Ute: „Neglect of neglect“, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156 (7), 2008,. doi:10.1007/s00112-008-1805-9. (abgerufen 08. Nov. 2012).
- Thyen, Ute; Meysen, Thomas; Dörries, Andrea: „Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns“, in: *Kinderschutz Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*, hg. von Suess, Gerhard J; Hammer, Wolfgang. Stuttgart: Klett-Cotta, 2010, 127–49.
- Weissenrieder, Nikolaus: „Sexuelle Gewalt“, in: *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Erkennen und Handeln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte*, hg. von Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. München, 2012, 81–96. <http://www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/leitfaden/> (abgerufen 07. Nov. 2012).
- Bundekinderschutzgesetz. Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen.*, 2012b. http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl (abgerufen 06. Nov. 2012).

Medizinische Handbücher

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2. Aktualisierte Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York.

350 S. 160 Abb. [59,95 €]

Jenny C (2011) Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St.Louis.658 S., [ca. 74,00 €]

Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis [ca. 80,00 €]

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrg, 2008) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. [243 S., 19,95 €]

Fachartikel, Leitlinien und weitere medizinische Kinderschutzinformationen online unter => www.kindesmisshandlung.de und www.ag-kim.de

The Quarterly Update – vierteljährliche Literaturreview medizinische Literatur– ausgezeichnete und unverzichtbare Quelle! <http://quarterlyupdate.org/>

Internet - Medizinische Informationen

Medizinische Website mit Guidelines, Fachartikeln, Dokumentationsbögen, Fortbildung u. a. www.kindesmisshandlung.de

Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) www.ag-kim.de

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und - vernachlässigung – DgfPI (jährliche 2-tägige Mediziner Fortbildung in Kassel) www.dgfpi.de

Welsh Child Protection Systematic Review Group www.core-info.cardiff.ac.uk

Kinderschutzgruppe der Universität Bonn www.kinderschutzgruppe.de

Kinderschutzgruppen in Österreich mit Leitfaden und Dokumentation www.kinderrechte.gv.at/
www.bmwfj.gv.at/familie/gewalt/seiten/kinderschutzingesundheitsberufen.aspx

Fachgruppe Kinderschutz der Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf

Kinderschutzgruppe Zürich mit Link zu Schweizer Empfehlungen www.kinderschutzgruppe.ch

Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen (Online Sammlung der Bundesärztekammer) www.arzt.de/page.asp?his=1.117.6920&all=true

Nationales Zentrum frühe Hilfen www.fruehehilfen.de

Aktuelle Information 2013:

Bisherige gesetzliche Schwierigkeit des §294a SGB V seit 13.8.2013 behoben - KEINE MITTEILUNGSPFLICHT mehr bei Kinderschutzfällen!!

§ 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

(1) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des [Bundesversorgungsgesetzes](#) oder eines Impfschadens im Sinne des [Infektionsschutzgesetzes](#) ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § [108](#) verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. **Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1.**

(2) Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § [52](#) Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § [108](#) verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.

Fassung aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 07.08.2013 ([BGBl. I S. 3108](#)) m.W.v. 13.08.2013.

(für den Kinderschutz relevante Änderung grün hervorgehoben).