

Rechtliche Rahmenbedingungen

der Kommunikation zwischen Gesundheitshilfe und anderen Professionen im Kinderschutz

Andrea Kliemann

Bei der konkreten Vernetzung und Kooperation von Kinderärzt*innen¹ mit den verschiedenen Akteuren, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, wie etwa anderen Ärzt*innen, Mitarbeiter*innen des Jugendamtes, von Kliniken, Kindertagesstellen oder Schulen, zeigt sich auf Seiten der – insbesondere schweigepflichtigen – Professionellen häufig eine hohe Unsicherheit bzgl. der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der praktischen Gestaltung der Kommunikation. In der Vergangenheit hat dies nicht selten zu einem Verschieben von Verantwortlichkeiten² oder gar zu einem Wegschauen bei uneindeutigen Problemlagen geführt.³ Das Rechtssystem zeigt jedoch verschiedene rechtlich zulässige Wege der Kommunikation im Kinderschutz auf, die auch mit berufsethischen Gesichtspunkten vereinbar sind.

1. Die Schweigepflicht

Der berufsethische Grundsatz der Schweigepflicht ist für alle Angehörigen von Heilberufen bindend. Rechtlich ist dies in § 203 Strafgesetzbuch (StGB) verankert, der den Bruch der Schweigepflicht⁴, d.h. die *unbefugte* Weitergabe von im Rahmen der Berufsausübung erlangten Geheimnissen, unter Strafe stellt. Geheimnisse sind alle persönlichen Informationen, an denen Betroffene ein Geheimhaltungsinteresse haben. Also z.B. Gedanken, Meinungen, familiäre und berufliche Verhältnisse, aber auch bereits die Tatsache der Beratung oder Behandlung sowie die bloße Vereinbarung eines Termins⁵. Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt gegenüber „jedermann“. D.h., gegenüber Kolleg*innen und anderen schweigepflichtigen Personen, gegenüber Mitarbeiter*innen von Behörden (z.B. des Jugendamtes) oder Gerichten, Kliniken, Schulen, Kindergärten ist grundsätzlich ebenso so zu schweigen, wie gegenüber Privatpersonen.

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber den Angehörigen minderjähriger Patient*innen. Zwar steht den Sorgeberechtigten des Kindes oder Jugendlichen ein aus dem Erziehungsrecht (§ 1626, 1631 BGB) resultierendes „Informationsrecht“ zu; mit wachsender Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Kindes muss dieses Recht jedoch zurückweichen (s.u. zur Einwilligung).

Ein Verstoß gegen die Schweigepflicht wird gemäß § 205 StGB nur auf Antrag des Opfers verfolgt. Auch muss der Geheimnisbruch bewusst und gewollt (vorsätzlich) herbeigeführt worden sein, was regelmäßig kaum nachweisbar sein wird. Entsprechende Strafverfahren kommen daher im Justizalltag außerordentlich selten vor.

¹ Um auch andere Geschlechtsidentitäten jenseits der Pole von weiblich und männlich einzubeziehen, wird im vorliegenden Beitrag der Gender-Stern verwendet.

² Eine Befragung von Ärzt*innen (Knorr et al. 2009) ergab, dass aufgrund von Unsicherheiten im Umgang mit den Rechtsgrundlagen Schweigepflicht und Datenschutz individuell und je nach Auffassung des/der befragten Ärzt*in völlig unterschiedlich gehandhabt wurden: „Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt“.

³ Fegert et al. 2001; Kemper et al. 2010, 35; insofern gilt es, im Sinne eines nachhaltigen Kinderschutzes fundierte Kenntnisse im Datenschutz zu vermitteln, um Unsicherheiten und deren Folgen zu minimieren, denn „Kinderschutz braucht Datenschutz“, vgl. Meysen et al. 2009, 29 und Kliemann/Fegert 2011.

⁴ Ausf. zur ethischen Verortung und rechtlichen Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht, vgl. Kemper et al. 2010.

⁵ OLG Karlsruhe, Urt. v. 23.06.2006, AK 14 U 45/04.

a. Anonymisierte und pseudonymisierte Datenweitergabe

Die Weitergabe anonymisierter⁶ oder pseudonymisierter⁷ Daten, die keinerlei Rückschluss auf die Identität des Betroffenen zulassen, fällt nicht in den Bereich der beruflichen Schweigepflicht und ist somit nicht strafbar gem. § 203 StGB⁸. Auch greift sie das Vertrauensverhältnis nicht an und ist deshalb das Mittel der Wahl, wenn bei nachhaltig „ungutem“ Gefühl oder zur konkreten Gefährdungseinschätzung Rücksprache mit einer externen, insoweit erfahrenen Fachkraft⁹ gehalten werden soll.

b. Kommunikation mit Einwilligung

Die berufliche Schweigepflicht gilt jedoch nicht völlig grenzenlos. Allein wer *unbefugt* ein Geheimnis offenbart, muss mit straf- oder auch standesrechtlichen Konsequenzen rechnen. Die wirksam erteilte Einwilligung des/der Betroffenen¹⁰ oder der gesetzlichen Vertreter*innen stellt dabei grundsätzlich den „Königsweg“ der Geheimnisoffenbarung dar. Sie wahrt nicht nur das Grundrecht auf Informationelle Selbstbestimmung (Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz), sie schont auch das Vertrauensverhältnis zwischen Berufsheimnisträger*in und Patient*in. Die Einwilligung ist rechtmäßig, wenn sie auf Grundlage einer umfassenden Aufklärung und frei von Willensmängeln (beispielsweise durch Täuschung, unter Gewaltanwendung oder Drohung) zustande gekommen ist. Zudem muss der Schweigepflichtige in Kenntnis und aufgrund dieser Einwilligung handeln¹¹.

Einwilligungsberechtigt ist zunächst nur der*die Heimnisträger*in selbst. Das gilt auch für Kinder! Grundsätzlich können nämlich auch Minderjährige selbst über ihre Daten und Geheimnisse bestimmen und ggf. eine wirksame Einwilligung abgeben (auch gegen den Willen der gesetzlichen Vertreter*innen). Die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger besteht laut Bundesgerichtshof (BGH) dann, wenn diese nach ihrer „geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen“ vermögen (Dörries 2013).¹² Gesetzliche Regelungen oder festgelegte Altersgrenzen existieren hier nicht. Die Einwilligungsfähigkeit ist entwicklungsabhängig und immer auf die konkrete Maßnahme bezogen. Die kognitiven Voraussetzungen können entwicklungspsychologisch ab etwa einem Alter von ca. 11-12 Jahren bei durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten prinzipiell als gegeben betrachtet werden (Grootens-Wiegers et al. 2017). Dies gilt sowohl für die Einwilligung in medizinische Maßnahmen, als auch in die Weitergabe vertraulicher Daten an Dritte, im Einzelfall sogar für die Einwilligung in eine Informationsweitergabe an die Sorgeberechtigten. Ist die Einsichtsfähigkeit gegeben, scheidet eine Einwilligungsberechtigung der gesetzlichen Vertreter*innen aus¹³.

⁶ Das völlige Herauslassen jedweder personenbezogener Information aus der Fallschilderung, die einen Rückschluss auf die Person der/des Betroffenen möglich machen könnte.

⁷ Die Verwendung eines Pseudonyms (z.B. Anfangsbuchstabe oder falsche Namen), um eine Identifikation der/des Betroffenen wirksam zu verhindern.

⁸ vgl. exempl. Schnoor 2004

⁹ Ein Anspruch auf Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft besteht gegenüber dem Jugendamt gem. § 4 Abs. 2 KKG auch für Angehörige von Heilberufen!

¹⁰ Ausdrücklich – und damit rechtswirksam – ist die Einwilligung auch, wenn sie konkludent, d.h. z.B. durch *gemeinsames* Telefonieren mit der anderen Stelle, erfolgt. Um Missverständnissen vorzubeugen ist jedoch die eindeutige Abklärung unbedingt ratsam.

¹¹ Fischer 2010, § 203 Rn 32f.

¹² Mit Eingriff ist nicht der medizinische gemeint, sondern jener in die Rechte der*des Betroffene*n.

¹³ Kindhäuser 2010 § 203 Rn 52

Ob das Kind bzw. der*die Jugendliche diese Fähigkeiten aufweist, hat der*die Behandler*in nach den individuellen Gegebenheiten im Einzelfall selbst zu beurteilen (vgl. auch Lohse et al. 2018, S. 34). Ausschlaggebend ist die fachlich-medizinische Einschätzung. Rechtliche Vorgaben, die immer allgemein gelten und nicht den Einzelfall betrachten können, kann es hier nicht geben. Der*die Ärzt*in hat jeweils individuell zu prüfen, ob der*die Minderjährige Inhalt und mögliche Auswirkungen einer Einverständniserteilung versteht. Ein Indikator kann z.B. die Fähigkeit sein, dem Aufklärungsgespräch zu folgen und weiterführende Fragen zu stellen, oder auch auf gesundheitliche Besonderheiten hinzuweisen (Lohse et al. 2018, S. 33, mwN). Dabei ist als Vergleichsmaßstab auf eine*n durchschnittlichen Patient*in abzustellen. Deshalb sollten insbesondere an die Einsichts- und Urteilsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen keine allzu hohen Anforderungen gestellt werden.

Wenn aber der*die Ärzt*in aus fachlicher Sicht *positiv feststellt*, dass im konkreten Fall das Kind oder der*die Jugendliche keine genügende Einsichtsfähigkeit entwickelt hat, ist auf die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter*innen zurückzugreifen (vgl. Kliemann 2010, S. 57). Bei mehreren Sorgeberechtigten bedeutet dies im Regelfall, dass die Einwilligung *beider* sorgeberechtigter Elternteile erforderlich ist – auch wenn diese getrennt leben oder geschieden sind. Sind sich die Sorgeberechtigten in dieser Entscheidung uneinig, sollte das Familiengericht einbezogen werden. Dieses kann

- entweder die Entscheidung in einzelnen Angelegenheiten (§ 1628 BGB) oder
- bei getrenntlebenden Eltern einen Teil des Sorgerechts (z.B. die Gesundheitsorge) oder das gesamte Sorgerecht (§ 1671 BGB)

auf einen Elternteil übertragen, welcher dann die entsprechenden Entscheidungen für das Kind allein treffen darf.

Zudem kann das Familiengericht die Entscheidungsbefugnisse auch einem*einer Ergänzungspfleger*in übertragen, wenn im konkreten Fall kein Elternteil die Entscheidung zum Wohle des Kindes treffen kann (§ 1909 BGB). Denkbar wäre dies z.B., wenn der Vater im Verdacht steht, das Kind missbraucht zu haben, die Mutter dies jedoch vehement bestreitet und notwendige Entscheidungen zum Schutz ihres Kindes deswegen nicht trifft. Der*die Ergänzungspfleger*in trifft dann Entscheidungen, die ansonsten den Eltern zugestanden hätten, wie z.B. die Zustimmung zur körperlichen Untersuchung, Entbindungen von der Schweigepflicht für behandelnde Ärzt*innen etc.

Praxistipp:

Bei Zeitdruck wäre dem*der Ärzt*in hier zu raten, unaufschiebbares medizinisches Handeln (z.B. Untersuchung und Behandlung des Kindes bei Schmerzen) von aufschiebbarem (ggf. Spurensicherung) zu unterscheiden, die unaufschiebbaren Maßnahmen vorzunehmen und für alles Weitere an das Jugendamt oder auch direkt an das Familiengericht zu verweisen bzw. diese nach den Voraussetzungen der unten dargestellten Mitteilungsbefugnis (§ 4 KKG) selbst einzuschalten. Diese Stellen können dann im Rahmen ihrer Aufgaben tätig werden. Sowohl das Jugendamt als auch das Familiengericht sind teilweise sogar über Bereitschaftsdienste rund um die Uhr erreichbar. Das Vorhalten aktueller Telefonnummern der örtlich zuständigen Stellen ist zu empfehlen, um auch in dringenden Fällen ein schnelles Handeln zu ermöglichen. Sollte – z.B. zu ungünstigen Zeiten – keine Erreichbarkeit bestehen, ist für Fachkräfte der Heilberufe die Medizinische Kinderschutzhotline sieben Tage die Woche, rund um die Uhr unter der Nummer 0800 19210 00 erreichbar (<https://www.kinderschutzhotline.de/>).

Im Sinne der Qualitätssicherung, und ggf. um späteren Missverständnissen vorzubeugen, ist das Einholen einer schriftlichen Schweigepflichtentbindungserklärung stets ratsam – grundsätzlich und insbesondere im Bereich des Kinderschutzes ist eine vom Einverständnis des*der betroffenen Patient*in getragene Informationsweitergabe der Königsweg. Die Verschriftlichung des Einverständnisses gewährleistet nicht nur, dass keine wichtigen Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung (ärztliche Aufklärung über Bedeutung und Tragweite dieser Entscheidung) übersehen werden, es fördert zudem die vorherige ausführliche Beratung über Inhalt und Folgen der konkreten Einwilligung und trägt damit dazu bei, dass auch Betroffene mit Verständigungsschwierigkeiten (z.B. wegen einer Sprachbarriere) verstehen können, worum es geht.

Rechtliche Vorgaben, wie eine Schweigepflichtentbindungserklärung zu formulieren ist, gibt es nicht. Insofern können Schweigepflichtige – oder z.B. eine Institution – ihre eigene Schweigepflichtentbindungserklärung formulieren. Wichtig ist, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung alle wesentlichen Informationen enthält, die eine spätere Überprüfung möglich machen, ob der*die Betroffene tatsächlich mit *dieser konkreten* Weitergabe seiner*ihrer Daten und Geheimnisse einverstanden war. Eine „Blancoerklärung“ zur Datenweitergabe ist deshalb unwirksam.

Die Einwilligung kann jederzeit – auch mündlich – widerrufen werden. Die schweigepflichtige Person ist dann augenblicklich wieder an ihre Schweigepflicht gebunden.

Hinweis für die Praxis: Bitte beachten Sie – auch bei einer Datenweitergabe mit Einwilligung! – stets den Grundsatz der Datensparsamkeit. Sie haben Ihre Informationen im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit als Vertrauensperson erhalten. Zum Schutz der Vertrauensbeziehung – die ihrerseits ganz zentral auch zum Kinderschutz beiträgt – sollte soweit wie möglich das Recht des*der Betroffenen auf Informationelle Selbstbestimmung durch Transparenz und Beschränkung auf das Notwendige gerade in einer solch schwierigen Lebenssituation respektiert werden.

c. Datenweitergabe im Kinderschutz gegen den Willen der Betroffenen

aa. Mitteilungsbefugnis an das Jugendamt (§ 4 KKG)

Sehen Ärzt*innen im konkreten Fall die Notwendigkeit, gegen den Willen der einwilligungsfähigen Patient*in oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – der Sorgeberechtigten tätig zu werden, können sie unter bestimmten Voraussetzungen dennoch das Jugendamt einschalten, ohne sich wegen eines Schweigepflichtbruchs (§ 203 StGB) strafbar zu machen: Das Bundeskinderschutzgesetz (BKindSchG) enthält seit 2012 mit § 4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) eine ausdrückliche Befugnis zur Datenweitergabe bei Kindeswohlgefährdung für alle Berufsheimnisträger*innen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Leider ist diese im Kinderschutz so wichtige Vorschrift immer noch nicht hinlänglich bekannt. Gerade aber für Angehörige von Heilberufen ist dies *die* zentrale Norm, die vorgibt, wie sie mit (möglichen) Fällen von Kindeswohlgefährdung umgehen können: Kann nämlich eine (drohende) Kindeswohlgefährdung

- nicht mit *eigenen Mitteln* des*der Ärzt*in – z.B. Gespräch, Hinwirken auf Inanspruchnahme anderweitiger Hilfe, beispielsweise durch das Jugendamt – oder mit Hilfe der Sorgeberechtigten beseitigt werden bzw.

- scheidet ein solch kooperatives Vorgehen aus, z.B. weil bereits *dringender* Handlungsbedarf gegeben ist (2021 durch das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG – eingefügt),

ermächtigt § 4 Abs. 3 KKG dazu, alle notwendigen personenbezogenen Daten an *das Jugendamt* (und zwar nur an dieses!) weiterzugeben. Diesem kommt in einem solchen Gefährdungsfall dann in Ausübung des staatlichen Wächteramtes (Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG) die Aufgabe zu, die Sachlage zu prüfen, zu bewerten und eine drohende oder bestehende Gefährdung für das Kind oder den*die Jugendliche*n effektiv zu beseitigen (nach dem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII). Hält das Jugendamt das Eingreifen des Familiengerichts für notwendig - z.B. weil eine Inobhutnahme und/oder Sorgerechtsentzug, Kontaktverbot etc. in Frage kommt – ruft es dieses an.

§ 4 Abs. 2 KKG enthält für Ärzt*innen außerdem einen Anspruch auf Beratung zur Gefährdungseinschätzung und Unterstützung für das weitere Vorgehen durch eine insoweit erfahrene Fachkraft – der Fall ist hierfür zu anonymisieren.

Beratungsanspruch nutzen!

Sowohl für die Klärung dieser Frage, als auch für alle anderen Fragen zu Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung von Kindern, steht Ärzt*innen und anderen Fachkräfte im Gesundheitswesen die telefonische Beratungsmöglichkeit bei der Medizinischen Kinderschutzhotline unter Telefon 0800 19210 00 rund um die Uhr zur Verfügung, die genutzt werden kann.

Mit dem KJSG wurde 2021 ein neuer Absatz 4 in § 4 KKG mit einer Soll-Pflicht für Jugendämter eingefügt. Informiert nun ein*e Ärzt*in das Jugendamt über eine mögliche Kindeswohlgefährdung, soll dieses der meldenden Person „zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist.“ Damit gibt es erstmals eine gesetzliche Regelung, die dem Jugendamt aufgibt, die (professionellen) Melder*innen von Kindeswohlgefährdungen über das weitere Vorgehen zu informieren. Bisher wussten meldende Personen in der Regel nicht, was mit ihren Informationen passiert und ob das Jugendamt überhaupt zum Schutz des Kindes tätig wird. Dies ist aus medizinischer Sicht unbedingt zu begrüßen.¹⁴

bb. Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)

Stellt sich ein Fall so dar, dass dem*der Ärzt*in eine Meldung an das Jugendamt nicht ausreichend erscheint, oder eine gegenwärtige Gefahr für Leib oder Leben des Kindes das sofortige Eingreifen erforderlich macht, können auch andere Personen oder Stellen – wie z.B. die Polizei¹⁵ – zur

¹⁴ Zu den gesetzlichen Neuerungen durch das KJSG aus medizinischer Sicht s. ausführlich Kliemann et al. 2022, 361ff.

¹⁵ Achtung: Anzeigepflichtig gem. § 138 StGB sind Fälle von Kindeswohlgefährdung in aller Regel nicht, da hier nur Straftaten wie Mord oder Totschlag (*nicht* Sexualdelikte!) erfasst sind, von deren *konkreter Planung* die Kinderärzt*in im Vorfeld erfahren müsste. Auch die Mitteilungspflicht in der Gesundheitshilfe bei

Gefahrbeseitigung eingeschaltet werden. Dies ist auch für schweigepflichtige Personen aufgrund des Rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) möglich.¹⁶ Allerdings ist eine vorherige – wenn möglich schriftlich dokumentierte – Prüfung jeder einzelnen Voraussetzung zu empfehlen: Die Gefahr für ein wichtiges Rechtsgut des Kindes muss gegenwärtig vorliegen oder unmittelbar bevorstehen. Eine vergangene Gefahr reicht nicht aus, da z. B. von vergangenen Vernachlässigungen nicht ohne Weiteres auf künftige Kindeswohlgefährdungen geschlossen werden kann (Kliemann 2018, S. 274). Vorab zu prüfen ist auch, ob die Gefahr für das Kind mit anderen Mitteln als durch die Hinzuziehung anderer Personen oder Stellen ohne die Einwilligung der Betroffenen abwendbar wäre. Insbesondere sollte zuvor bei den Eltern für eine Inanspruchnahme von Hilfe geworben werden (ausf. Meysen et al. 2008, S. 69). Außerdem sollten Verhältnismäßigkeitserwägungen angestellt werden: Die Durchbrechung der Schweigepflicht muss geeignet sein, den sichersten Weg und bei mehreren Verhaltensmöglichkeiten zugleich das mildeste Mittel darstellen, die Gefahr abzuwenden (aaO, S. 30f.).

Diese Handlungsoption käme im Klinik- oder Praxisalltag dann in Betracht, wenn das Jugendamt nicht erreichbar ist (ansonsten: § 4 KKG!) und eine dringende und schwerwiegende Gefahr für das Kindeswohl besteht, die mit eigenen Mitteln nicht abgewendet werden kann und zu deren Beseitigung auch die Personensorgeberechtigten entweder nicht gewillt oder nicht in der Lage sind – z.B. auch, wenn die Eltern darauf bestehen, ihr offensichtlich misshandeltes Kind gegen den ärztlichen Rat nach der Untersuchung sofort wieder mit nach Hause zu nehmen und der*die Ärzt*in den Verdacht hat, dass das Kind dort weiteren Misshandlungen ausgesetzt sein könnte. Dennoch sollte auch hier abgewogen werden, ob tatsächlich eine Weitergabe der Informationen gegen den Willen der Eltern wirksam und notwendig erscheint.

d. Grundregeln für die Weitergabe von Informationen über Patient*innen

Unabhängig vom Hintergrund der Datenweitergabe – mit oder ohne Willen des/der Patient*in, aufgrund Einwilligung oder Befugnisnorm aus dem Bundeskinderschutzgesetz etc. – sollten grundsätzliche Regeln beachtet werden, um das Grundrecht des/der Patient*in auf Informationelle Selbstbestimmung so weit wie möglich zu respektieren. Diese Grundregeln sind der folgenden Checkliste zu entnehmen:

„*drittverursachten Gesundheitsschäden*“ gem. § 294a SGB V, ist mit einer Änderung der Vorschrift 2017 für „Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können“ entfallen!

¹⁶ Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass der*die Ärzt*in die Lage falsch eingeschätzt hat, ist ihr Verhalten gem. § 35 StGB dennoch entschuldigt, soweit er*sie nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt hat.

Grundregeln für die Weitergabe von Informationen über Patient*innen

- Im Sinne der Verhältnismäßigkeit ist als **Adressat*in** der Datenweitergabe diejenige Stelle oder Person zu wählen, die für die Gefährdungsabwendung oder Gewährung weitergehender Hilfe geeignet erscheint und gleichzeitig den *geringstmöglichen* Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des/der Patient*in bedeutet.
- Die preisgegebenen Informationen sind unbedingt auf das **sachlich begründete Maß** zu beschränken (Grundsatz der Datensparsamkeit).
- Nach Möglichkeit sollte der betroffenen Person jede Weitergabe **transparent** gemacht werden.
- Jede Entscheidung über die (Nicht-)Weitergabe von Daten und die zugrundeliegenden Erwägungen sollte sorgfältig **dokumentiert** werden.

e. Dokumentation

Sowohl zur eigenen Reflexion als auch zur Eröffnung der Möglichkeit, dass die Entscheidung nachträglich von anderen – von den Patient*innen selbst oder von Außenstehenden – nachvollzogen werden kann (etwa bei der Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Vorgehens), ist eine qualifizierte Dokumentation der vorgenommenen Erwägungen besonders wichtig. Im Falle eines Schweigepflichtbruchs *ohne Einwilligung* sollte insbesondere die Dokumentation des Abwägungsprozesses zwischen Vertrauensschutz und Notwendigkeit der Datenweitergabe sowie des eigenen vorherigen Bemühens um anderweitige Gefährdungsabwendung sorgfältig vorgenommen und der Akte beigelegt werden. Folgende Checkliste kann eine Orientierungshilfe für die

Checkliste für die Dokumentation einer Datenweitergabe ohne Einwilligung

- Beschreibung der Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Gefährdung
- Begründung, warum eigenes Bemühen um Gefahrbeseitigung im konkreten Fall nicht (mehr) ausreicht und weitere Hilfe für sinnvoll/notwendig erachtet wird
- Begründung, weshalb eine „dringende“ Gefahr gesehen und der Fall deshalb unverzüglich dem Jugendamt mitgeteilt wurde (§ 4 Abs. 3 S. 3 KKG)
- Begründung, weshalb auf ein Gespräch mit den Betroffenen verzichtet wurde (dies ist gem. § 4 Abs. 1 KKG möglich, „soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt würde“)
- Falls ein Gespräch gem. § 4 Abs. 1 KKG stattgefunden hat: Schilderung des Gesprächs mit den Betroffenen zur
 - Gefährdungseinschätzung
 - Werbung um Inanspruchnahme weiterer Hilfen, bzw. um Einwilligung zur gemeinsamen Einleitung weiterer Hilfe
 - Angabe von Ort, Datum, Uhrzeit und anwesenden Personen bei dem Gespräch
- Aufklärung der Betroffenen über die Befugnis zur Datenweitergabe gem. § 4 Abs. 3 KKG oder § 34 StGB – alternativ, weshalb die Aufklärung unterblieben ist
- Im Fall einer Datenweitergabe nach § 34 StGB: Darstellung der zugrundeliegenden Güterabwägung

Dokumentation bei einer Datenweitergabe *ohne* Einwilligung des/der Patient*in bzw. der gesetzlichen Vertreter*innen sein:

Hinweis für die Praxis: Eine Dokumentation ist zur eigenen Reflexion und späteren Nachvollziehbarkeit der Entscheidung auch in den Fällen sinnvoll, in denen die Weitergabe personenbezogener Informationen zwar erwogen, hiervon letztlich aber (noch) abgesehen wurde (z.B. weil das Schutzbedürfnis des Kindes die weitere Geheimhaltung erforderte). Sofern die Personensorgeberechtigten in die Entscheidungsfindung nicht einbezogen wurden, sollte dies hier ebenfalls kurz begründet werden.

2. Fazit

Der Gesetzgeber misst der Schweigepflicht und damit dem Vertrauensverhältnis einen hohen Stellenwert bei. Dies gilt auch im Kinderschutz – jedoch nicht uneingeschränkt. Kinderärzt*innen können bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung andere Stellen nach den oben beschriebenen Regelungen, auch unter Verwendung der Patient*innendaten, einschalten, ohne sich dabei wegen eines Bruchs der Schweigepflicht strafbar zu machen. Hervorzuheben ist hier insb. die Befugnisnorm des § 4 KKG aus dem Bundeskinderschutzgesetz, nach der das Jugendamt informiert werden kann. Dieses hat dann alles Erforderliche zu unternehmen, um das Kindeswohl sicherzustellen.

3. Literatur

Dörries, Andrea (2013). Zustimmung und Veto. Aspekte der Selbstbestimmung im Kindesalter. In: Claudia Wiesemann / Alfred Simon (Hrsg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen. Münster: mentis, 180-189

Fegert JM, Berger C, Klopfer U, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (2001) Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle Reaktionen. Votum Verlag, Münster

Fischer, T., Schwarz, O. G., Dreher, E., & Tröndle, H. (2010). Strafgesetzbuch und Nebengesetze (57. Aufl.). Beck'sche Kurz-Kommentare: Vol. 10. München: Beck.

Grootens-Wiegers et al. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. BMC Pediatrics, May 8;17(1):120. DOI: 10.1186/s12887-017-0869-x

Kemper A, Kölch M, Fangerau H & Fegert JM (2010) Ärztliche Schweigepflicht bei Kindeswohlgefährdung. Mehr Handlungssicherheit durch die neuen Kinderschutzgesetze? Ethik in der Medizin, Vol. 22, Nr. 1, 33-47

Kindhäuser, U., Neumann, U., Paeffgen, H.-U., & Albrecht, H.-J. (2010). Strafgesetzbuch (3. Aufl.). Nomos-Kommentar. Baden-Baden, Baden-Baden: Nomos.

Kliemann A (2010) Soziale Arbeit und Datenschutz in Zeiten neuer Herausforderungen. Grenzen kriminalpräventiver Kooperation zwischen Jugendhilfe und Polizei. In: Pollähne, H. & Rode, I. (Hrsg.) Schweigepflicht und Datenschutz. Neue kriminalpolitische Herausforderungen – alte Antworten? LitVerlag, Berlin, 53-82

Kliemann A (2018) Schweige- und Meldepflicht für Berufsgeheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung, in: Fegert JM, Kölch M, König E, Harsch D, Witte S, Hoffmann U (Hrsg.) Schutz vor sexueller Gewalt und

Übergriffen in Institutionen. Für die Leitungspraxis in Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule.
Berlin: Springer, S 269-278

Kliemann A, Berthold O & Fegert JM (2022) Die gesetzlichen Neuerungen für die Zusammenarbeit im Kinderschutz durch das KJSG aus medizinischer Sicht; in: Das Jugendamt, Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, Schwerpunkt: Ein Jahr KJSG, Heft 7-8 2022, S. 361-367

Kliemann A, Fegert JM (2011) Informationsweitergabe im Kinderschutz - Endlich eine klare Mitteilungsbefugnis durch das neue Bundeskinderschutzgesetz? Zeitschrift für Rechtspolitik 4/2011, 110-112

Knorr C, Fangerau H, Ziegenhain U & Fegert JM (2009) „Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt.“ Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, JAmt 07-08/2009, 352-357

Lohse K, Katzenstein H, Beckmann J, Seltmann D, Meysen T (2018) Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern
https://dijuf.de/fileadmin/Redaktion/Projekte/Expertise_Aerztliche_Versorgung_Minderjaehriger_nach_sexueller_Gewalt_5_2018.pdf, Abruf 11.07.2022

Meysen T, Schönecker L, Kindler H (2008) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Juventa, Weinheim München

Meysen T, Schönecker L, Kindler H (2009) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Juventa Verlag, Weinheim, München

Schnoor, K. (2004). Schweigepflicht in der Zusammenarbeit mit Strafverfolgungsbehörden in Fällen von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch. In J. M. Fegert & C. Schrapper (Eds.), Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation (1st ed., pp. 375–389). Weinheim, München: Juventa.