

Fachtag „Radikalisierung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung - erkennen, bewerten und angemessen handeln“

Projekt „Grundlagenwissen für Heilberufe zur Identifikation von Radikalisierungsprozessen als Risiko für Taten zielgerichteter Gewalt“

Sensibilisierung von Fachkräften aus Heilberufen zum Thema Radikalisierung

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Mittwoch, 16. Mai 2018 in Berlin

- Warnungen zu den Langzeitfolgen lokaler Konflikte
- Einführung
- Arzt-Patienten-Beziehung, Schweigepflicht, Dokumentationspflichten
- Junge Menschen im Radikalisierungsprozess als Patienten
- Kindeswohlgefährdung im Rahmen von Radikalisierungsprozessen
- Projekt
- Fazit

Warnungen zu den Langzeitfolgen lokaler Konflikte

BMJ 2002 - Zulfiqar Bhutta

Children of war: the real casualties of the Afghan conflict

Zulfiqar Ahmed Bhutta

Ignorance, isolation, illness, violence, and social upheaval have produced a "lost generation"; failure to provide long term support for Afghanistan risks losing another

To many observers of the Afghan conflict, it seems as if the world suddenly discovered Afghanistan after 11 September 2001. Passing interest following the Soviet invasion in 1979 and the subsequent struggle of the Mujahideen against its occupation was soon replaced by war weariness and disinterest. The rise of the Taliban and their draconian policies made Afghanistan a pariah state. Events have moved quickly in recent months, with the US attack on Afghanistan, the defeat of the Taliban and the installation of an interim multi-ethnic government. However, few are fully aware of the plight of the main victims of this tragedy, the women and children of Afghanistan. Fewer still understand the genesis and significance of the Taliban movement and its relation to events in neighbouring Pakistan. This article explores the origin of the current Afghan crisis and describes the impact of a quarter of a century of incessant conflict on Afghan children.

Impact of the Soviet invasion (1979-89)

The Soviet invasion of Afghanistan in 1979 and the subsequent brutal military campaign resulted in one of the biggest humanitarian crises of modern history, with over five million refugees fleeing to Pakistan and Iran

Summary points

The rise of the Taliban and the genesis of the current Afghan conflict was in no small measure due to global apathy to the plight of Afghanistan

The women and children of Afghanistan, both among refugees and resident populations, have paid a disproportionate price for this conflict

The rates of malnutrition, disease, and death among Afghan children rank among the highest in the world

In addition to the many injuries due to landmines and artillery, over 80% of Afghan children interviewed reveal some psychological scars of war

Women and children must be the prime focus of attention in rebuilding Afghanistan, through sustained efforts at improving health, nutrition, and education

Aga Khan
University, Karachi,
Pakistan

Zulfiqar Ahmed
Bhutta
Fazal Zulfi Durrani
professor of
paediatrics

zulfiqbhutta@
aku.edu

BMJ 2002;324:349-52

The lancet 2016 - Save a generation Unicef : no lost generation

Correspondence

Children of war: urgent action is needed to save a generation

Images, especially those published in mass and social media, paint a picture that no text or description can capture. Nowhere is this as evident as in recent wars where conflict has frequently had a child's face, often going viral across the world. From the fear and intensity in the eyes of the war orphan Sharbat Gula from Afghanistan,¹ to the sight of poor Alan Kurdi lying dead on a Turkish beach,² to the ashen faced Omran Daghish who was pulled from the debris following an airstrike in Aleppo,³ children have been the most egregious victims of conflict. The recent report from the UN Secretary General⁴ paints a bleak picture of systematic abuse and violation of every existing regulation for the protection and safeguarding of children and families across a wide range of countries that are experiencing acute and long-standing conflict. Children continue to be affected disproportionately by widespread conflict and, given their vulnerability, often bear much more long-term consequences than adults.

Although accurate mortality and morbidity statistics on the effect of war on children are hard to come by, over 1 billion children under the age of 18 live in countries affected by armed conflict. Some estimates suggest that over a third of all current maternal and child deaths occur in countries that are directly or indirectly affected by conflict or that have sizeable refugee populations.⁵ The UN High Commission for Refugees (UNHCR) was established over 60 years ago with the aim of protecting refugees in the wake of World War 2. At the time, there were an estimated 1.5 million refugees and displaced persons globally. By contrast, the most recent report of the UNHCR states that the number of people forcibly displaced at the end of 2014 had risen to a staggering 59.5 million,

compared with 37.5 million in 2004.⁶ Of these, 19.5 million people were newly displaced in 2014 and half of all refugees were children.⁶ A recent analysis of the burden of disease in the Middle East suggests that the recent crises in Egypt, Yemen, Libya, and Syria have resulted in a reduction in life expectancy. In addition, review of the data from 1990–2013 indicates that if not for the conflict, life expectancy in Syria would have been 5 years higher for women and 6 years higher for men.⁷

Children suffer the consequences of war and conflict in several ways, including as part of affected communities that are at risk of death and injuries and as a vulnerable group that is especially at risk of adverse and long-term developmental consequences. As a direct measure of such outcomes, various estimates of injuries and deaths following violence in Iraq between 2003 and 2010 showed that children comprised 15% of all deaths from suicide bombings.⁸ Children, moreover, often experienced much more severe physical injuries and physiological consequences following blast injuries in Iraq and Afghanistan than adult victims.⁹ Perhaps even more concerning are the very high risks of disabling lifelong mental and emotional consequences among survivors and children who have witnessed such violence or have been displaced by it. A recent systematic review of 35 studies examined the effects of exposure to war, conflict, and terrorism on young children and revealed a wide array of consequences including post-traumatic stress symptoms, psychosomatic symptoms, disturbed play, and behavioural, emotional, and sleep problems.¹⁰ These mental health risks following exposure to war and conflict are also seen among displaced populations and among refugees.

Sadly, these risks among vulnerable children have also been accompanied by the widespread use of children as child soldiers and suicide bombers,

an abominable form of coercion, brainwashing, and child abuse. In addition to attacks on civilian populations, the problem is made much worse by the cowardly use of civilian populations as human shields and widespread blending of fighters among civilians. These problems are compounded by the recent atrocious aerial bombardment of hospitals and health-care providers in Afghanistan, Yemen, and Syria, severely impacting the already stretched and limited health services for families and children.

What can and should be done? We, the representatives of two major global associations of paediatric health professionals—the International Pediatric Association (IPA) and the multidisciplinary International Society for Prevention of Child Abuse & Neglect (ISPAN)—express our strongest condemnation of the failure of warring factions globally to protect the rights of women and children. 20 years following the landmark commission on children in conflict led by Graca Machel,¹¹ the atrocities being committed against children continue unabated. This must stop.

The UN Convention on the Rights of the Child, which all countries of the world have signed, must be fully implemented in letter and spirit. We call upon the UN Secretary General to take the strongest action possible for protecting children and families in conflict zones and for ensuring that displaced and at-risk families receive the fullest support possible for addressing their immediate needs. We urge the UN agencies and global community to recognise the risk of a lost generation in many countries as a consequence of the current wars and displaced families, and to ensure that adequate facilities and support for mental health and long-term psychosocial support are provided to all families in need.¹² Health-care workers and facilities must be absolutely protected by all factions and depoliticised. The scores



Published Online
September 5, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31577-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31577-X)

For more on the targeting of health care facilities in Syria see
<http://www.thelancet.com/journal/series/syria>
DOI:10.1016/S0140-6736(16)31577-X

For the IPA see <http://www.ipa-world.org/>

For ISPAN see <http://www.ispan.org/>

Submissions should be made via our electronic submission system at <http://www.elsevier.com/submit>

Nature 2018 - Transgenerationale Effekte

ANALYSIS

OPEN

doi:10.1038/nature25759

Adolescence and the next generation

George C. Patton^{1,2,3}, Craig A. Olsson^{1,2,3,4}, Vegard Skirbekk^{5,6}, Richard Saffery^{1,2}, Mary E. Wlodek⁷, Peter S. Azzopardi^{1,2,8,9}, Marcin Stonawski^{10,11}, Bruce Rasmussen¹², Elizabeth Spry^{2,3,4}, Kate Francis^{2,3}, Zulfiqar A. Bhutta^{13,14}, Nicholas J. Kassebaum^{15,16}, Ali H. Mokdad¹⁵, Christopher J. L. Murray¹⁵, Andrew M. Prentice^{17,18}, Nicola Reavley¹⁹, Peter Sheehan¹², Kim Sweeny¹², Russell M. Viner²⁰ & Susan M. Sawyer^{1,2,3}

Adolescent growth and social development shape the early development of offspring from preconception through to the post-partum period through distinct processes in males and females. At a time of great change in the forces shaping adolescence, including the timing of parenthood, investments in today's adolescents, the largest cohort in human history, will yield great dividends for future generations.

Global megatrends are reshaping health and human development almost everywhere^{1,2}. Rapid economic, technological, social and demographic changes have brought reductions in infectious diseases, infant and maternal mortality and refocused attention on the non-communicable diseases of later life³. These forces are also reshaping health and development across the second and third decades. In preindustrial societies, the time between the end of childhood, which is signalled in girls by the late pubertal event of menarche (onset of menstruation) and spermatheca (first ejaculation) or breaking of the voice in boys, and transition to adulthood, typically marked by parenthood, was generally around two years in girls and four in boys^{4,5}. Improved nutrition and fewer infectious diseases in childhood, have been accompanied by a fall of around four years in the age at puberty to between 12 and 13 years⁶, a fall that has been rapid in current middle- and lower-income countries^{7,8}. Over the same period, an even bigger upward shift has occurred in the timing of parenthood, the result of extended education, changing social norms around marriage and parenthood, and the availability of effective contraception.

Puberty initiates a phase of growth and maturation of the reproductive, musculoskeletal, neurodevelopmental, endocrine, metabolic, immune and cardio-metabolic systems, that extends into the third decade^{9,10}. For this reason, adolescence can be considered a sensitive phase, during which the quality of the physical, nutritional and social environments may change trajectories of health and development into later life¹¹. Given the concept that growth continues into the twenties, together with the delays in adopting adult roles, the idea has been proposed that adolescence might best be considered as ranging from 10 to 24 years¹². From this perspective, adolescence occupies a greater proportion of the life course with greater relevance for human development than ever before⁹. An extended adolescence creates an opportunity for this generation to acquire greater assets and capabilities. Equally, adolescence has been accompanied by shifts in the social milieu of development, with the emergence of distinct youth cultures, greater media and peer engagement, and marketing to future consumers, in turn shifting patterns of health and health risk¹³.

For example, the risk of sexually transmitted infections increases with multiple sexual partners before marriage; earlier initiation of substance use is associated with greater risk of later substance-use disorders; and a reduction in physical activity, alongside changes in diet, is associated with higher rates of obesity^{11,14}.

In contrast to the recognition of the significance of adolescence for later adult health, its relevance for the next generation has received less attention¹⁵. This is surprising, given that adolescents are the next generation to become a parent and we have known for decades that preconception maternal nutrition (for example, folate deficiency)¹⁶ and infectious diseases^{17,18} affect the early life health and development of offspring. Indeed, a failure to consider influences on growth during early life that emerge in adolescence before conception may explain why antenatal interventions have too often only led to small gains^{10,19}.

Here we explore the range of adolescent processes—molecular, physiological, behavioural and sociocultural—that may affect the early growth, health and development of the next generation^{19–21} (Fig. 1). Firstly, we consider time trends in the age of first parenthood and overall fertility across different country groups classified by level of economic development. Secondly, we explore the range of potentially modifiable processes that start during adolescence that may affect the early growth of offspring. Finally, we consider the shifting social determinants of health to illustrate the benefits for the next generation by investing in adolescents as the parents of tomorrow.

The changing age of parenthood

Lower rates of giving birth during adolescence have led to a later transition to parenthood in most places. In all country income groups, birth rates in 15–19-year-old girls continue to fall with the most marked shifts in today's lower middle-income countries where rates in 2030 are anticipated to be a third of those in 1970 (Extended Data Fig. 1a). Marked falls are also taking place across all country groups for young women aged 20–24, with 2030 birth rates in today's high-income countries also predicted to be a third of the rates in 1970. As a result, adolescent parenthood

¹The University of Melbourne, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, Parkville, Victoria 3010, Australia. ²Murdoch Children's Research Institute, Parkville, Victoria 3052, Australia. ³Centre for Adolescent Health, Royal Children's Hospital, Parkville, Victoria 3052, Australia. ⁴Deakin University Geelong, Centre for Social and Early Emotional Development, School of Psychology, Faculty of Health, Geelong, Victoria 3220, Australia. ⁵Centre for Fertility and Health, Norwegian Institute of Public Health, Nydalen, Oslo 0403, Norway. ⁶Columbia University, New York, New York 10032, USA. ⁷The University of Melbourne, Department of Physiology, Parkville, Victoria 3010, Australia. ⁸Maternal and Child Health Program, International Development Discipline, Burnet Institute, Melbourne, Victoria 3004, Australia. ⁹WorldPop, University of Southampton, Southampton, UK. ¹⁰South Australian Health and Medical Research Institute, Adelaide, South Australia 5000, Australia. ¹¹Department of Demography, Cracow University of Economics, Cracow 31-510, Poland. ¹²European Commission, Joint Research Centre, Centre for Advanced Studies, Ispra, Varese 21027, Italy. ¹³Victoria Institute of Strategic Economic Studies, Victoria University, Melbourne, Victoria 3000, Australia. ¹⁴SickKids Centre for Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario M5G 0A4, Canada. ¹⁵Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University, Karachi 74800, Pakistan. ¹⁶Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, Washington 98121, USA. ¹⁷Division of Pediatric Anesthesiology & Pain Medicine, Seattle Children's Hospital, Seattle, Washington 98105, USA. ¹⁸IMRC Unit The Gambia, Fajara, Gambia. ¹⁹IMRC International Nutrition Group, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London WC1E 7HT, UK. ²⁰The University of Melbourne, Melbourne School of Population and Global Health, Parkville, Victoria 3010, Australia. ²¹UCL Institute of Child Health, University College London, London WC1N 1EH, UK.

Einführung

Medienberichte

Einzelfälle zielgerichteter Gewalt

Winnenden

11.03.2009 20:17 Uhr

17-Jähriger läuft Amok und tötet 15 Menschen

UPDATE Ein Amokläufer hat an einer Realschule in Winnenden bei Stuttgart 15 Menschen getötet. Der Täter, ein 17-jähriger Ex-Schüler, floh ins 40 Kilometer entfernte Wendlingen - dort kam es erneut zu einer Schießerei. Nach Informationen von Tagesspiegel.de rettete eine Lehrerin mit großem Mut ihre Schüler. VON FRANK JANSEN



Medienberichte

Einzelfälle zielgerichteter Gewalt



Konsequenzen aus dem Amoklauf in Winnenden und Wendlingen



Sonderausschuss „Konsequenzen aus dem Amoklauf in Winnenden und Wendlingen: Jugendgefährdung und Jugendgewalt“, Landtag von Baden-Württemberg, 15. März 2010

Expertenkreises „Amok“, Landesregierung Baden-Württemberg, 31. März 2009

Vertreter aus Politik, teilweise Opferfamilien und Fachexperten

Ziel:

Identifizierung von Risikofaktoren für Amokläufe an Schulen
und **Erarbeitung von Schutzfaktoren** zur Verhinderung

- ▶ Festlegung von Handlungsfeldern
- ▶ Erarbeitung eines Handlungskonzeptes



Baden-Württemberg

EXPERTENKREIS AMOK

GEMEINSAM HANDELN
RISIKEN ERKENNEN UND MINIMIEREN

**PRÄVENTION
INTERVENTION
OPFERHILFE
MEDIEN**

KONSEQUENZEN AUS DEM AMOKLAUF
IN WINNENDEN UND WENDLINGEN AM 11. MÄRZ 2009

Islamischer Terror

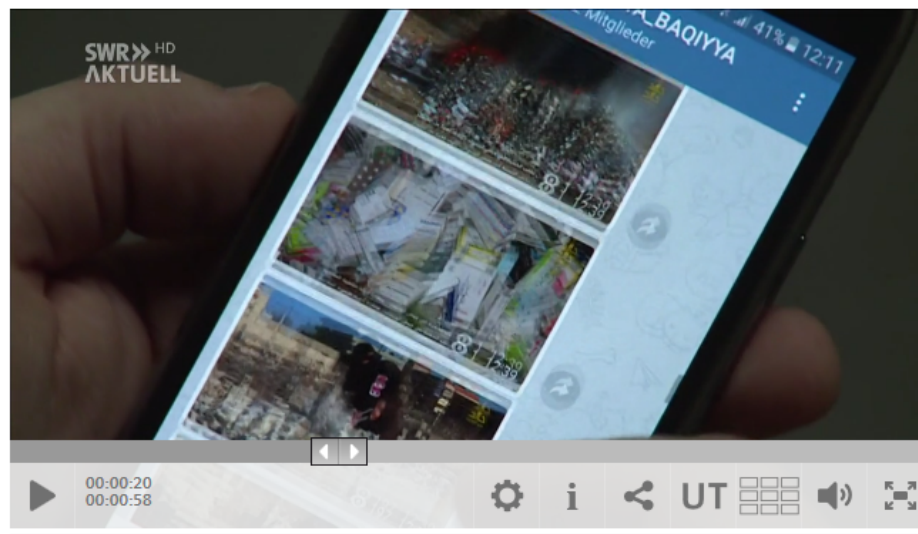


SWR > SWR Aktuell > Rheinland-Pfalz

Nach gescheitertem Attentat in Ludwigshafen

Jugendlicher prahlt mit Anschlagsplänen

Der 14-Jährige, der 2016 auf dem Weihnachtsmarkt in Ludwigshafen mutmaßlich eine Bombe zünden wollte, hat sich am Donnerstag erstmals öffentlich geäußert. Als Zeuge im Prozess in Wien gegen einen mutmaßlichen IS-Sympathisanten prahlte er mit seinen Terrorplänen.



Jugendliche hatte Mitte Dezember vergangenen Jahres versucht, eine Bombe am Weihnachtsmarkt in Ludwigshafen zu zünden.

ZEIT  ONLINE

"Islamischer Staat"

Jugendliche aus Deutschland kämpfen für den IS

Nach Verfassungsschutzinformationen sind auch Minderjährige nach Syrien und in den Irak gereist, um sich den Islamisten anzuschließen. Der



Die IS-Flagge an einer Straße zwischen Kirkuk und Tikrit im Irak © Jim Lopez/AFP/Getty Images

Islamischer Terror

Islamistischer Terrorismus

Herrmann will auch Kinder überwachen lassen

Terrorverdächtige Jugendliche dürfen von den deutschen Sicherheitsbehörden bereits überwacht werden. Nun fordert Bayerns Innenminister Herrmann, die Altersgrenze von 14 Jahren bundesweit aufzuheben. Der Staat müsse auch bei Kindern konsequent handeln.



<https://www.tagesschau.de/inland/herrmann-127.html>

Angriff auf die Schweigepflicht

Politik

Schweigepflicht: De Maizière will auf Ärzte zugehen

Donnerstag, 11. August 2016



Bundesinnenminister Thomas de Maizière /dpa

Berlin – Die Schweigepflicht für Ärzte soll gewahrt bleiben. Das hat Bundesinnenminister Thomas de Maizière heute in Berlin betont. Er wies Berichte zurück, er wolle die ärztliche Schweigepflicht aufheben in Fällen, in denen Mediziner möglicherweise Hinweise auf eine von Patienten ausgehende Gefahr haben. Sein Ziel sei es, zusammen mit der Ärzteschaft eine „einvernehmliche“ Lösung zu finden, „wie wir Gefährdungen ausschließen und Handlungssicherheit für die Ärzte schaffen“. De Maizière betonte: „Mit der Lockerung der Schweigepflicht hat das gar nichts zu tun.“ Es gelte im Dialog mit der Ärzteschaft nach Lösungen zu suchen, wie die Gefährdung der Bürger im Antiterrorkampf verringert werden könne, sagte er.

Politik

Montgomery warnt vor Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht

Mittwoch, 10. August 2016



Berlin – Bundesinnenminister Thomas de Maizière (CDU) will Medienberichten zufolge im Kampf gegen den Terror auch die ärztliche Schweigepflicht aufweichen. Die Bundesärztekammer (BÄK) warnt eindringlich vor diesem Schritt. „Die angespannte innenpolitische Sicherheitslage darf nicht zu vorschnellen politischen und rechtlichen Maßnahmen verleiten“, mahnte BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery.

PANORAMA

PANORAMA GERMANWINGS-ABSTURZ

Im Zweifel gegen die Schweigepflicht

Veröffentlicht am 13.03.2016 | Lesedauer: 6 Minuten

Von **Annelie Naumann, Gesche Wüpper, Christine Kensche**, Berlin, Le Bourget



Ein Trümmerteil des Germanwings-Airbus A320, der vor einem Jahr vom Copiloten Andreas L. in den französischen Alpen absichtlich zum Absturz gebracht wurde
Quelle: dpa/bl fpt mbk vfd rho hjb tmk kde

AKTUELL

GERMANWINGS-ABSTURZ

Ärzte warnen vor Aushöhlung der Schweigepflicht

Vor einer Aufweichung der ärztlichen Schweigepflicht und einer Stigmatisierung psychisch Kranker haben Ärzte ein Jahr nach dem Absturz des Germanwings-Fluges 9525 gewarnt. „Der Abschlussbericht zur Germanwings-Katastrophe führt uns vor Augen, dass in verschiedenen Bereichen Handlungsbedarf besteht. Eine generelle Aufweichung der ärztlichen Schweigepflicht gehört aber sicher nicht dazu“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery.

„Psychisch erkrankte Menschen sind viel häufiger Opfer von Gewalttaten als dass sie solche selbst begehen. Unzählige Studien und Statistiken belegen, dass von ihnen generell keine erhöhte Gefahr ausgeht“, betonte die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Dr. med. Iris Hauth.

Die französische Untersuchungsbehörde BEA veröffentlichte jetzt ihren Abschlussbericht. Danach litt der Co-Pilot des Fluges, der den Absturz willentlich herbeigeführt hatte, bereits zwischen August 2008 und Juli 2009 an einer schweren Depression. In den jährlichen Untersuchungen durch Flugmediziner



Frank Ulrich Montgomery fordert bei auffälligen Befunden kürzere flugmedizinische Untersuchungsintervalle.

fielen neuerliche psychischen Krisen aber offenbar nicht auf.

„Für Befunde und für Informationen über laufende, fliegerisch relevante Behandlungen brauchen wir eine flugmedizinische Datenbank“ fordert Montgomery. Auf

diese sollten aber nur medizinische Experten des Luftfahrtbundesamtes Zugriff haben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Diese könnten Konsequenzen ziehen, wenn begründete Zweifel an der Flugtauglichkeit bestehen. *hll*

Zwischenfazit

- Auch in Deutschland immer wieder **furchtbare Einzelfälle von Taten zielgerichteter Gewalt und Terroranschläge**
- Fokus auf Attentate und **(islamistische) Radikalisierung** nahm in Politik und Presse in den letzten Jahren deutlich zu – zeitgleich mit dem Erstarken von Pegida, AfD etc.
- Es folgten zunehmend sich verschärfende Forderungen im Bereich innere Sicherheit, wie „schneller abschieben“ oder die im Sommer 2016 von Thomas de Maizièrre angestoßene Debatte um das **Aufweichen der ärztlichen Schweigepflicht**

Willkommenskultur Radikalisierungsbereitschaft in der deutschen Bevölkerung

Willkommenskultur vs. Abwehr



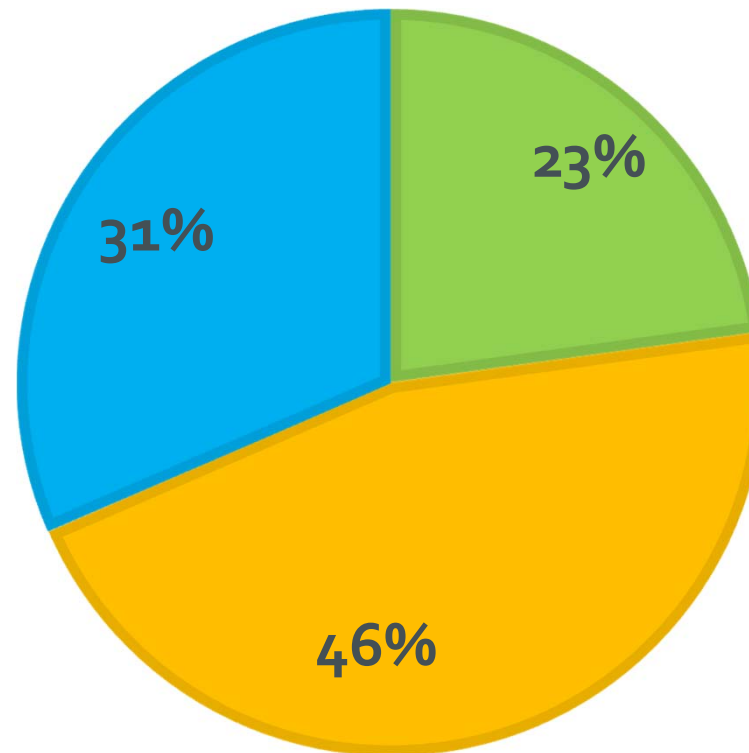
Methode

- Repräsentative, deutschlandweite Stichprobe
- (n=2524, 14-96a, Januar-März 2016)
- Orientierung an Fragen der Demoskopie Allensbach
- Demographische Daten
- Fragebogen zum Rechtsextremismus-Leipziger Form: FR-LF
- 18 items, 6 Subskalen
 - Zustimmung zu Diktatur
 - Chauvinismus,
 - Fremdenfeindlichkeit,
 - Antisemitismus,
 - Sozialdarwinismus
 - Verharmlosung des Nationalsozialismus
- Fragen zu Islamophobie und Ablehnung von Asylwerbern

Einstellungen zu UMF

Kann D mehr uMF aufnehmen?

■ ja ■ nein ■ unentschieden/ keine Antwort



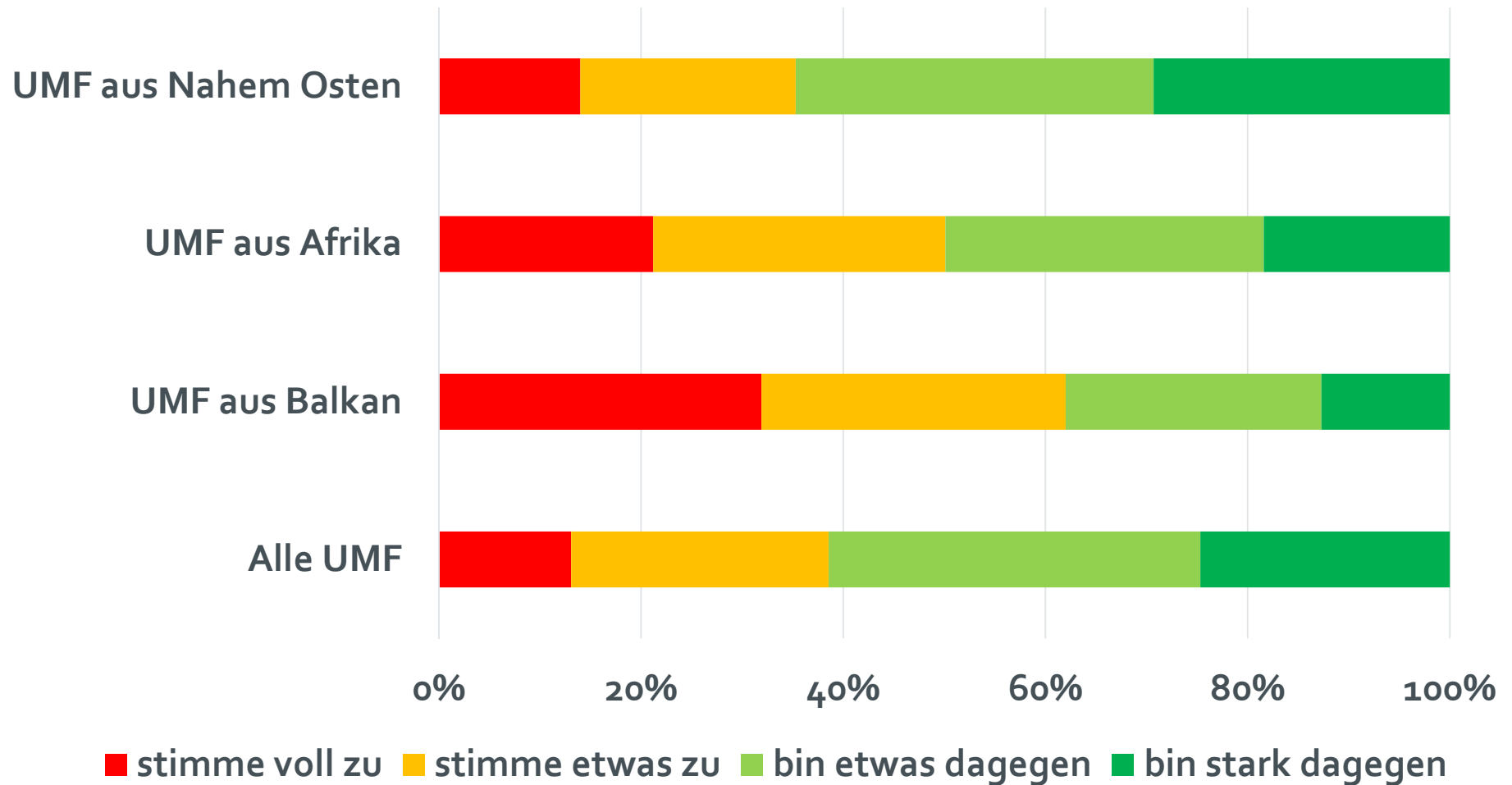
Einstellungen zu UMF

- Regressionsanalyse:
- Alter, Geschlecht, Einkommen, polit. Einstellung, eigener Migrationshintergrund, Schulabschluss, Rechtsextremismus, Islamophobie, Ablehnung von Asylwerbern
- 44,3% der Varianz erklärt durch 3 Variablen

	Wald	OR (95% CI)
Mehr UMF aufnehmen? Gründe für Ablehnung		
Rechtsextremismus	67.96***	1.05 (1.04-1.06)
Islamophobie	65.48***	2.14 (1.78-2.58)
Ablehnung von Asylwerbern	41.37***	2.14 (1.70-2.70)

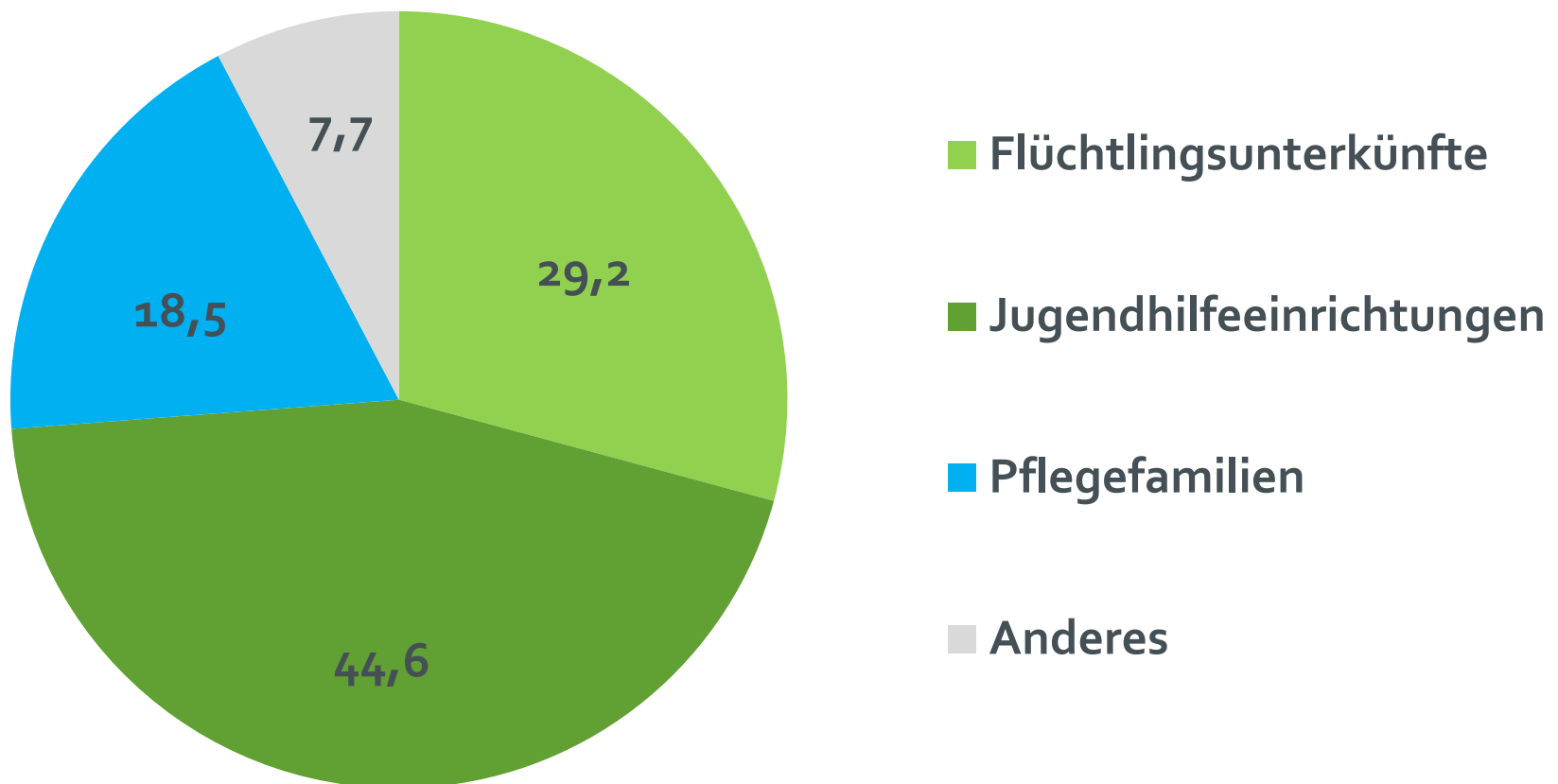
Einstellungen zu UMF

UMF sofort abschieben?



Einstellungen zu UMF

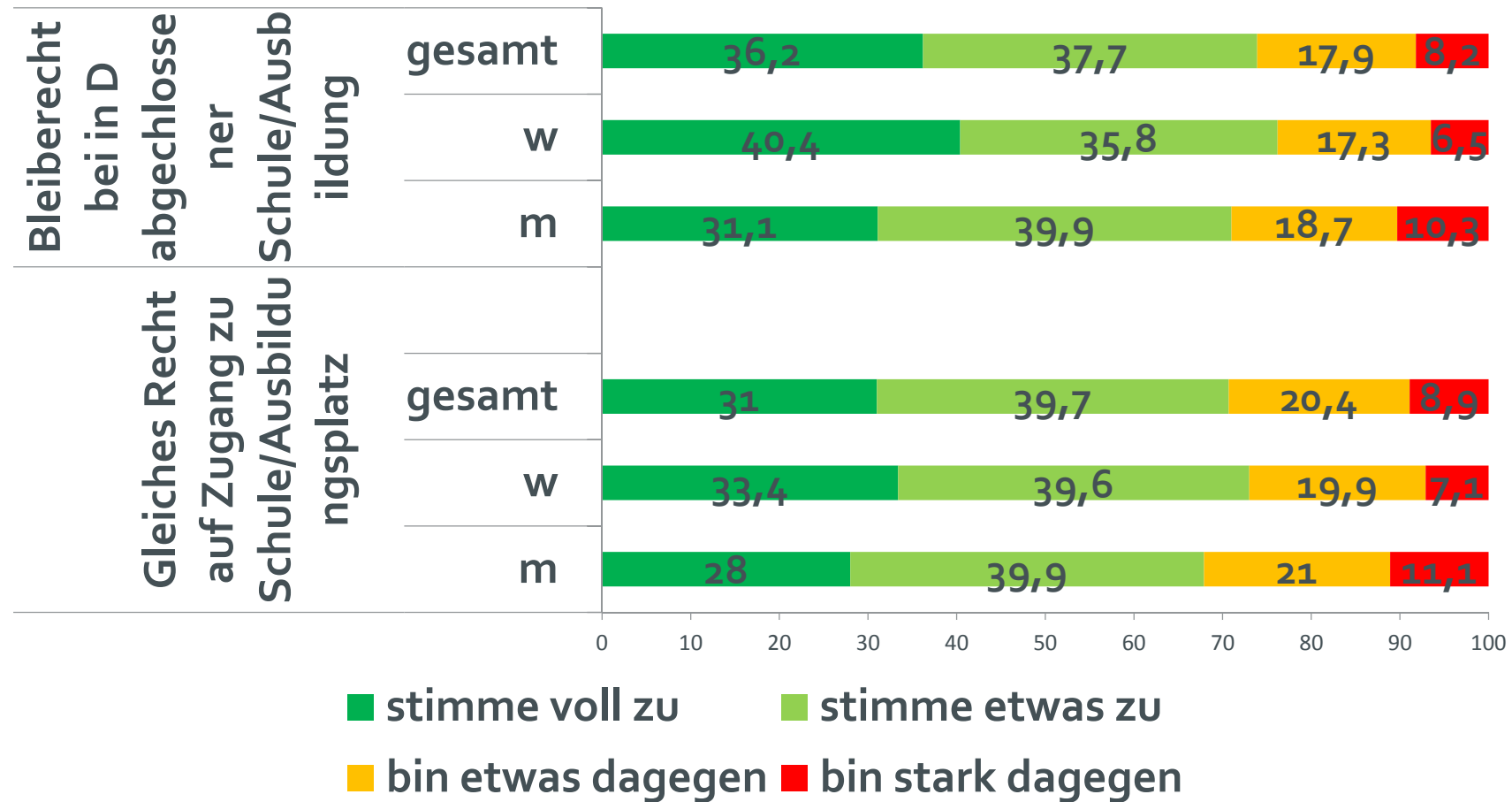
Wo sollten UMF wohnen?



Bildung als Brücke

- Hohe Bildungsambitionen unter geflüchteten Personen in Deutschland:
 - 46%: streben allgemeinbildenden Schulabschluss an
 - 66% streben beruflichen Abschluss an
 - 23% akademischen Abschluss
- Untersuchungen zu UMF:
 - Spracherwerb und Schulbesuch in mehreren Studien: Priorität

Einstellungen zu UMF



USUMA-Befragung: Stichprobe

- N= 2531



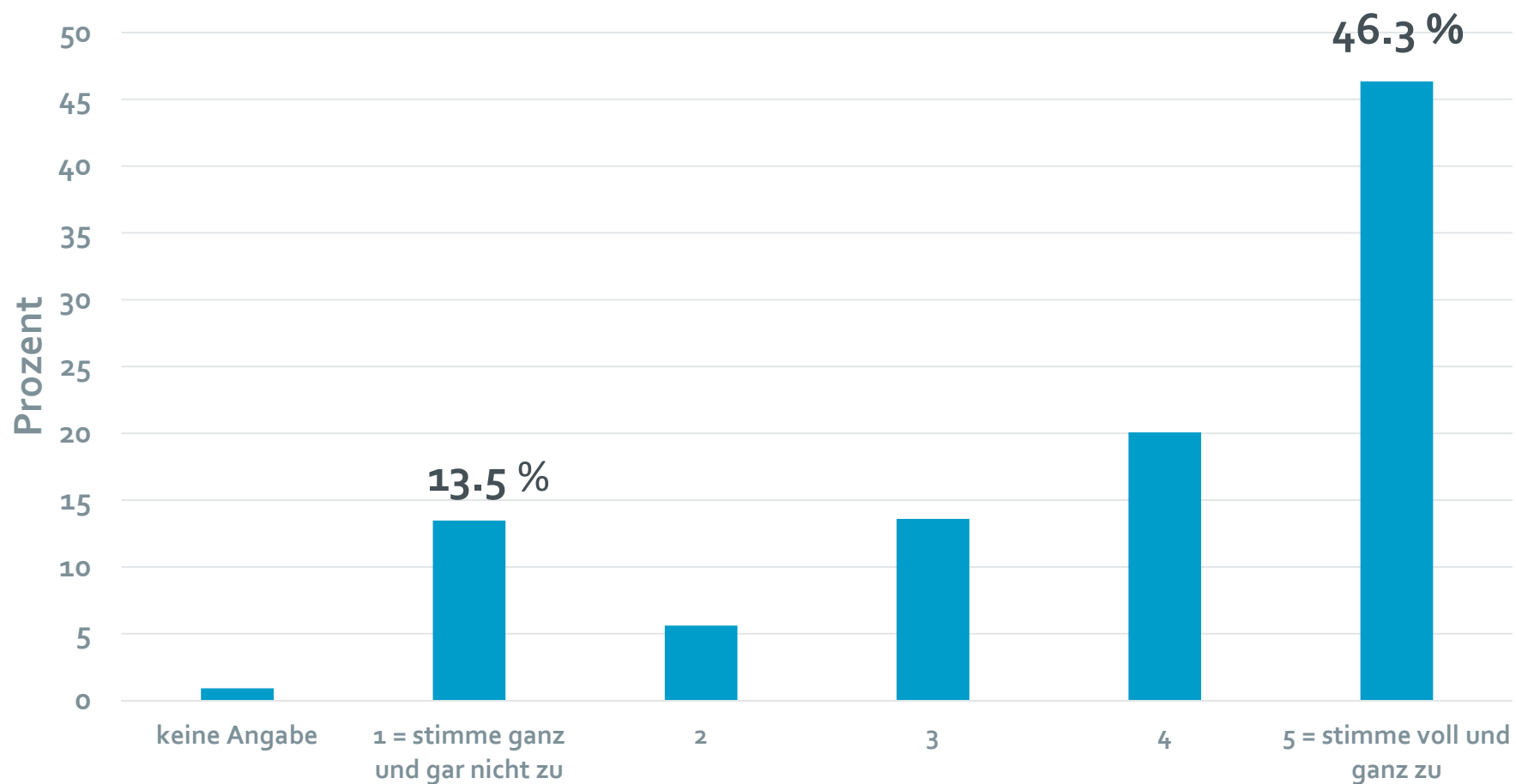
- Geschlecht:

- 44,6% weiblich
- 55,4% männlich

- Alter: M=48, 6 Jahre (SD=18)

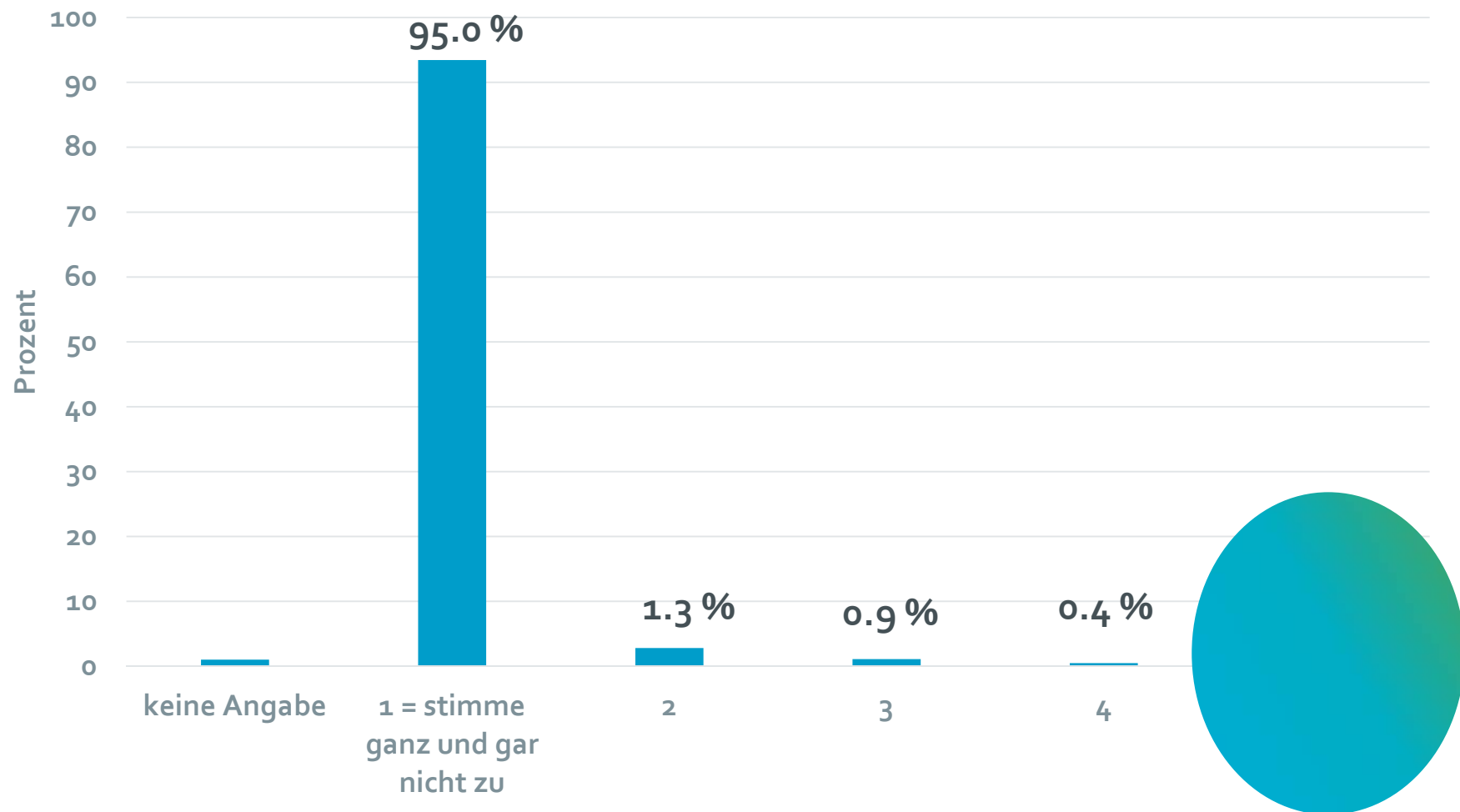
- Anzahl Kinder: M=1,15 (Min:0, Max:8)

Teilnahme an **gewaltfreien** Demonstrationen oder Protesten zur Durchsetzung von politischen Zielen



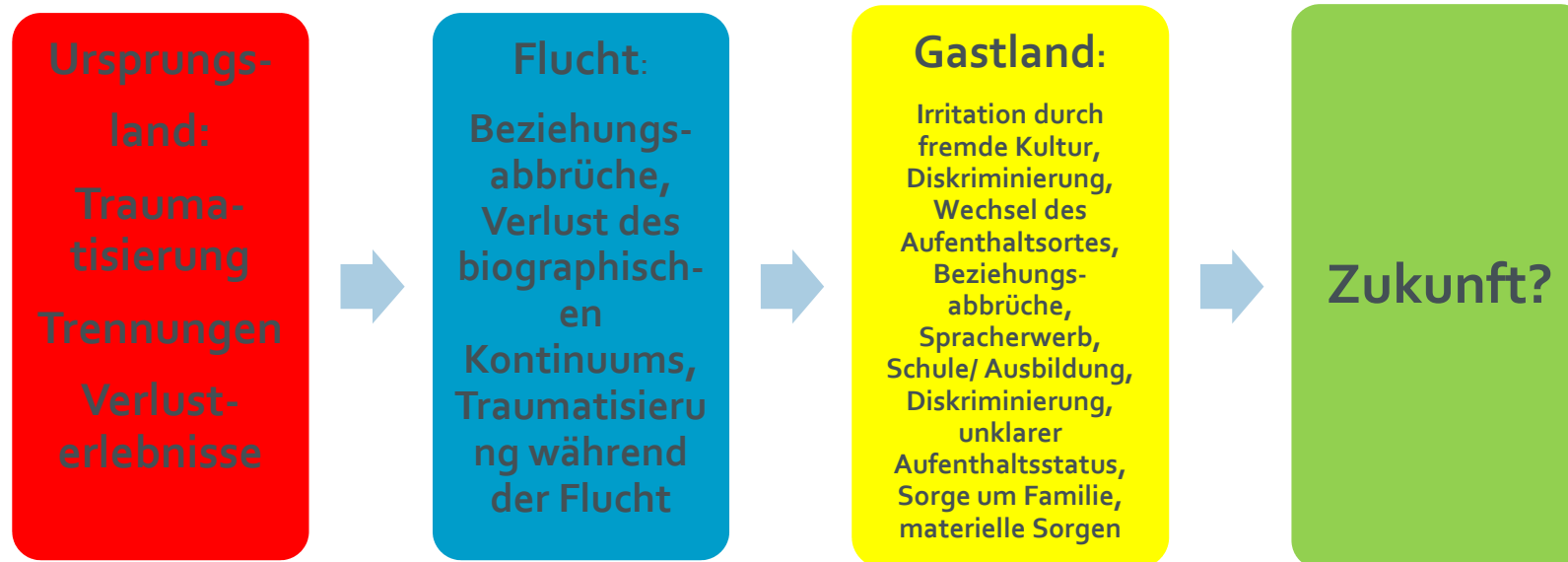
Einstellung deutsche Allgemeinbevölkerung: Drohung mit Terroranschlag zur Durchsetzung politischer Ziele

Drohung mit einem terroristischen Anschlag

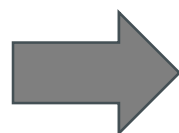


Arzt-Patienten-Beziehung, Schweigepflicht, Dokumentationspflichten

Belastungen



Häufig multiple Traumata in der Vergangenheit, hohe Belastung in der Gegenwart und eine ungewisse Zukunft:

 Multiple sequentielle Traumatisierung
Bedeutung des „second hit“

Gutachten zur Versorgungssituation von geflüchteten Familien - Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen



Aus Kriegsgebieten geflüchtete
Familien und ihre Kinder:
Entwicklungsrisiken, Behandlungs-
angebote, Versorgungsdefizite

Kurzgutachten des Wissenschaftlichen Beirats für
Familienfragen beim Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend



Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health

Psychosocial problems in traumatized refugee families: overview of risks and some recommendations for support services

J. M. Fegert , C. Diehl, B. Leyendecker, K. Hahlweg, V. Prayon-Blum and
the Scientific Advisory Council of the Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2018 12:5

<https://doi.org/10.1186/s13034-017-0210-3> | © The Author(s) 2018

Gutachten: Geflüchtete Familien 2017

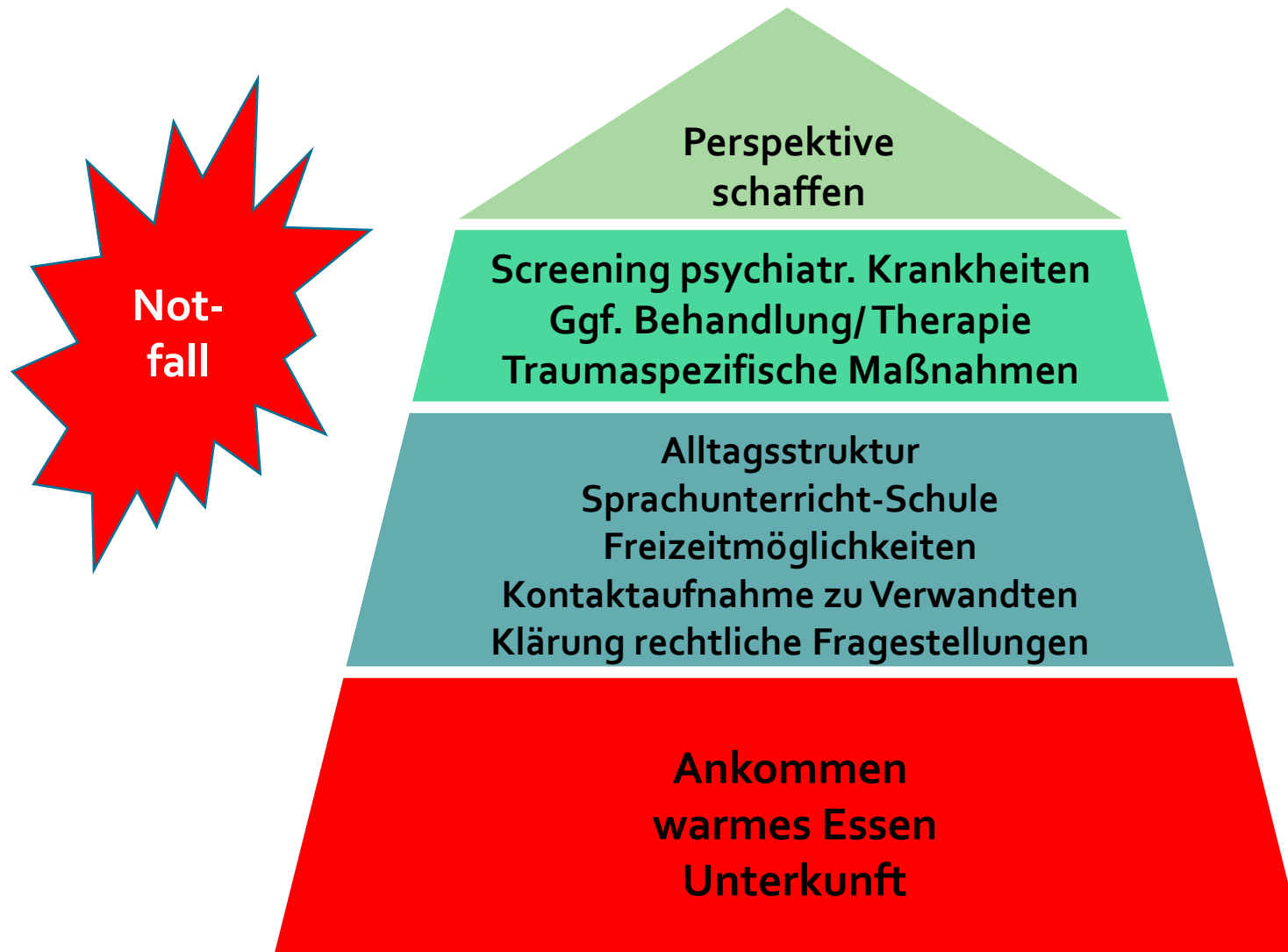
Psychosoziale Situation der Familien (Psychische Störungen bei geflüchteten Personen; Kinder mit traumatisierten Familienangehörigen)

Hilfen für traumatisierte Familien (Erziehungskompetenz stärken, Traumafolgen behandeln, unterstützende Rahmenbedingungen)

Besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung (bedarfsgerechte Versorgung nicht nur Notfallbehandlung für Eltern und Kinder)

Empfehlungen: u.a. familienfreundliche Unterbringung, evidenzbasierte und kultursensible Elternbildungsprogramme, Info für Helfende, Sprachmittler, schneller Zugang zum Bildungs- und Gesundheitssystem, Screening zur Bedarfsermittlung

Bedürfnisse, Hilfen, Krankenbehandlung



Vertrauen als Grundpfeiler

- **Schweigepflicht – vielfältig geschütztes Rechtsgut und Grundpfeiler einer wirksamen Hilfebeziehung**
- Sollte aber der Therapeut von ernstzunehmenden Plänen seines Pat. erfahren, die einen deutlichen Realitätsbezug aufweisen und er kann Gefahren durch seinen Pat. im Rahmen der Therapie nicht sicher selbst abwenden, ist der Therapeut
- a.) **bei Vorliegen der Voraussetzungen eines rechtfertigenden Notstandes befugt,**
- b.) bei **Planung einer Straftat aus in Deutschland abgeschlossenem Katalog des § 138 StGB durch seinen Patienten verpflichtet**, seine Schweigepflicht zu brechen, sollte der Patient – oder dessen gesetzlicher Vertreter – nicht von sich aus in die Weitergabe der Informationen einwilligen

Schweigepflicht, Dokumentation – Offenbarung bei drohender Gefahr

*„Was ich bei der Behandlung oder auch
außerhalb der Behandlung im Umgang mit
Menschen sehe und höre, das man nicht
weiterreden darf, werde ich verschweigen
und als Geheimnis bewahren.“*

(Eid des Hippokrates)

Dokumentation und Schweigepflicht

- Ärztliche Befunde und ihre entsprechende Dokumentation unterliegen der Schweigepflicht
- Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber der Staatsanwaltschaft und den Gerichten (**Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO bzw. § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO**)
- Liegt hingegen eine **Entbindung von der Schweigepflicht vor, so ist der Behandelnde zur Herausgabe der Krankenunterlagen und zur Zeugenaussage vor Gericht verpflichtet**

Dokumentation und Schweigepflicht

- Eine **Entbindung** von der Verschwiegenheitspflicht führt also zur **Aussagepflicht**. Wird in solchen Fällen dennoch das Zeugnis vor Gericht ohne gesetzlichen Grund verweigert, kann ein Ordnungsgeld verhängt werden
- Nach der Entbindung von der Schweigepflicht dürfen die vom Behandler erhobenen Befunde gerichtlich verwertet werden
- Bei einer behördlich angeordneten Untersuchung (z. B. nach § 81 StPO, s. u.) ist die Weitergabe der Untersuchungsbefunde an die auftraggebende Behörde auch ohne Entbindung von der Schweigepflicht zulässig

Angehörige der Heilberufe als Akteure innerer Sicherheit?

- Massive Reaktionen der ärztlichen und psychotherapeutischen Fachverbände und Kammern (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69994/Schweigepflicht-De-Maiziere-will-auf-Aerzte-zugehen>), denn
- **1. Eigene professionelle Mittel sind wirksam** und Angehörige der Heilberufe sind nicht der verlängerte Arm der Sicherheitsbehörden: *„Psychotherapeuten können psychisch kranke Menschen, die sich oder andere zu gefährden drohen, meist wirksam behandeln und von ihren Plänen abbringen. Dafür brauchen sie aber das uneingeschränkte Vertrauen ihrer Patienten, damit diese überhaupt von ihren Vorhaben berichten“* (BPtK-Präsident Munz)

Angehörige der Heilberufe als Akteure innerer Sicherheit?

- **2. Schweigepflicht verhindert nicht den Schutz wichtiger Rechtsgüter** wie Leben oder Gesundheit. Bei drohender Gefahr gibt es bereits heute rechtlich zulässige Instrumente zur Einschaltung anderer Akteure. Ohne Bruch der Schweigepflicht:
 - Weitergabe der Daten mit *Einwilligung* des Betroffenen,
 - Weitergabe der Information *anonymisiert* oder *pseudonymisiert*

Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997- in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main

§ 9 Schweigepflicht

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch

schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

(3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen

Musterberufsordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten

Auch die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine Musterberufsordnung verabschiedet, welche mit Beschluss des 11. Deutschen Psychotherapeutentags am 10. November 2007 aktualisiert wurde.

§ 8 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was Ihnen im Zusammenhang ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

(2) Soweit Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die

Folgende Rechtsgrundlagen *rechtfertigen* den Bruch der Schweigepflicht:

Ärzte Zeitung online, 31.03.2015

Kommentieren (3) ★★★★★ [Twittern](#)



Gefahrenquelle Patient

Wann Ärzte ihre Schweigepflicht brechen müssen

Hätten die behandelnden Ärzte von Andreas L. das Gefahrenpotenzial erkennen können und die Behörden darüber informieren müssen? Die ärztliche Schweigepflicht verbietet es, sich Dritten zu offenbaren - in der Regel, denn es gibt Ausnahmen. Welche, schildert ein Medizinrechtler.

Von Dr. Ingo Pflugmacher



Wann schweigen - und wann nicht: Das ist für Ärzte ein wichtiges Thema.

© M. Siegmund / fotolia.com

BERLIN. Nach dem Flugzeugabsturz in Südfrankreich, den Co-Pilot Andreas L. nach Erkenntnissen der Ermittler bewusst herbeigeführt hat, fordern Politiker jetzt, die ärztliche Schweigepflicht zu lockern - schließlich gibt es Hinweise darauf, dass der Täter psychisch krank war.

Die Forderungen könnten eine gesellschaftliche Diskussion entfachen, wann ein Arzt im Rahmen der Behandlung eines Patienten bekannt gewordene Hinweise auf Fremd- oder Selbstgefährdung gegenüber Dritten offenbaren darf.

Wenn sich herausstellen sollte, dass die Ärzte, die den Co-Piloten behandelten, eine psychische Erkrankung erkannt haben, liegt angesichts der eingetretenen Katastrophe die Forderung nahe, diese Ärzte hätten doch den Arbeitgeber oder Aufsichtsbehörden informieren müssen. Es wäre auch sehr verständlich, wenn die behandelnden Ärzte sich selbst schwere Vorwürfe machen würden.

Eine gesellschaftliche Diskussion über den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter muss aber wegen ihrer Bedeutung - gerade bei möglichen psychischen Erkrankungen - mit der notwendigen Distanz geführt werden, die derzeit unter dem aktuellen Eindruck der Ereignisse von niemandem verlangt werden kann.

Die ärztliche Schweigepflicht gehört zum Kernbereich der ärztlichen Berufsethik. Ärzte haben über das zu

§ 34 StGB – Rechtfertigender Notstand

Zu prüfende Voraussetzung (Dokumentation!)	Erläuterung
1. Gefahr	Die Gefahr muss in einem solchen Maße vorliegen, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt
2. Für ein wichtiges Rechtsgut	z. B. Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum
3. Gegenwärtigkeit	Akut vorliegend, kurz bevorstehend, permanent: Wenn die Gefahr jederzeit in einen Schaden umschlagen kann. Nicht vergangen!
4. Nicht anders abwendbar	z. B. durch therapeutisches Gespräch
5. Güterabwägung	Das geschützte Rechtsgut muss erheblich mehr wert sein, als das beeinträchtigte. (hier: Leib/Leben vs. Recht des Patienten auf Vertrauensschutz)

- bei Garantenstellung – z.B. gegenüber einem Patienten – kann sogar die *Pflicht* bestehen, die Schweigepflicht zu brechen, um die akute Gefahr abzuwenden

Offenbarung „zum Schutz eines höhewertigen Rechtsgutes“

(rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB)

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib ... oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn ... das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt ...“

Anzeigepflicht auch für schweigepflichtige Berufsgeheimnisträger bei **ernsthaft geplanten schwersten Straftaten**:

- Mord, Totschlag
- Raub, Räuberische Erpressung, vorsätzliche Brandstiftung
- Räuberischer Angriff auf Kraftfahrer
- Bildung terroristischer Vereinigungen (auch im Ausland)
- Menschenraub, Verschleppung, Erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme
- Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung oder der Ausbeutung der Arbeitskraft
- Herbeiführung einer Explosion durch Kernenergie oder einer Sprengstoffexplosion (auch Vorbereitung)
- Angriffe auf den Luft- und Seeverkehr

Anzeigepflicht auch für schweigepflichtige Berufsgeheimnisträger bei ernsthaft geplanten schwersten Straftaten:

- Vorbereitung eines Angriffskrieges
- Missbrauch ionisierender Strahlen
- Völkermord, Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen
- Hochverrat
- Gemeingefährliche Vergiftung (z.B. Gewässer)
- Landessverrat, Gefährdung der äußeren Sicherheit
- Gefährliche Eingriffe in den Straßen-, Bahn-, Schiffs- und Luftverkehr
- Geld- oder Wertpapierfälschung, Fälschung von Zahlungskarten u. Schecks

Hinweise auf schwere Straftaten

Strafgesetzbuch (StGB) **§ 138 Nichtanzeige geplanter Straftaten**

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung

1. einer Vorbereitung eines Angriffskrieges (§ 80),
2. eines Hochverrats in den Fällen der §§ 81 bis 83 Abs. 1,
3. eines Landesverrats oder einer Gefährdung der äußeren Sicherheit in den Fällen der §§ 94 bis 96, 97a oder 100,
4. einer Geld- oder Wertpapierfälschung in den Fällen der §§ 146, 151, 152 oder einer Fälschung von Zahlungskarten mit Garantiefunktion und Vordrucken für Eurochecks in den Fällen des § 152b Abs. 1 bis 3,
5. eines Mordes (§ 211) oder Totschlags (§ 212) oder eines Völkermordes (§ 6 des Völkerstrafgesetzbuches) oder eines Verbrechens gegen die Menschlichkeit (§ 7 des Völkerstrafgesetzbuches) oder eines Kriegsverbrechens (§§ 8, 9, 10, 11 oder 12 des Völkerstrafgesetzbuches),
6. einer Straftat gegen die persönliche Freiheit in den Fällen des § 232 Abs. 3, 4 oder Abs. 5, des § 233 Abs. 3, jeweils soweit es sich um Verbrechen handelt, der §§ 234, 234a, 239a oder 239b,
7. eines Raubes oder einer räuberischen Erpressung (§§ 249 bis 251 oder 255) oder
8. einer gemeingefährlichen Straftat in den Fällen der §§ 306 bis 306c oder 307 Abs. 1 bis 3, des § 308 Abs. 1 bis 4, des § 309 Abs. 1 bis 5, der §§ 310, 313, 314 oder 315 Abs. 3, des § 315b Abs. 3 oder der §§ 316a oder 316c

zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterläßt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer

1. von der Ausführung einer Straftat nach § 89a oder
2. von dem Vorhaben oder der Ausführung einer Straftat nach § 129a, auch in Verbindung mit § 129b Abs. 1 Satz 1 und 2,

zu einer Zeit, zu der die Ausführung noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterläßt, der Behörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. § 129b Abs. 1 Satz 3 bis 5 gilt im Fall der Nummer 2 entsprechend.

(3) Wer die Anzeige leichtfertig unterläßt, obwohl er von dem Vorhaben oder der Ausführung der rechtswidrigen Tat glaubhaft erfahren hat, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 138 StGB - Prüfungsschema

Zu prüfende Voraussetzung (Dokumentation)	Erläuterung
1. In § 138 StGB aufgelistete Tat	s. Katalog des § 138 StGB
2. Vorhaben/Ausführung	Die Tat muss min. das Stadium einer Planung erreicht haben, bloße Phantasien reichen nicht aus (ggf. konkret nachfragen!)
3. Glaubhaftigkeit des Vorhabens	Die beratende Person muss nach fachlicher/subjektiver Einschätzung überzeugt sein, dass eine entsprechende Tat tatsächlich drohen könnte (keine Anzeige von Gerüchten, Scherzen etc.)
4. Ausführung/Erfolg noch abwendbar	Entspricht der Gegenwärtigkeit beim Rechtfertigenden Notstand: Abgeschlossene Taten sind niemals anzeigepflichtig!
5. Adressat der Anzeige	Einer Anzeige bei einer Behörde steht eine Warnung der bedrohten Person gleich; lediglich bei der „Bildung terroristischer Vereinigungen“ ist zwingend der Behörde Anzeige zu machen (§ 138 Abs. 2 StGB)

Straflosigkeit der Nichtanzeige

Strafgesetzbuch (StGB) **§ 139 Straflosigkeit der Nichtanzeige geplanter Straftaten**

- (1) Ist in den Fällen des § 138 die Tat nicht versucht worden, so kann von Strafe abgesehen werden.
(2) Ein Geistlicher ist nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in seiner Eigenschaft als Seelsorger anvertraut worden ist.
(3) Wer eine Anzeige unterläßt, die er gegen einen Angehörigen erstatten müßte, ist straffrei, wenn er sich ernsthaft bemüht hat, ihn von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden, es sei denn, daß es sich um

1. einen Mord oder Totschlag (§§ 211 oder 212),
2. einen Völkermord in den Fällen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Völkerstrafgesetzbuches oder ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit in den Fällen des § 7 Abs. 1 Nr. 1 des Völkerstrafgesetzbuches oder ein Kriegsverbrechen in den Fällen des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Völkerstrafgesetzbuches oder
3. einen erpresserischen Menschenraub (§ 239a Abs. 1), eine Geiselnahme (§ 239b Abs. 1) oder einen Angriff auf den Luft- und Seeverkehr (§ 316c Abs. 1) durch eine terroristische Vereinigung (§ 129a, auch in Verbindung mit § 129b Abs. 1)

handelt. Unter denselben Voraussetzungen ist ein Rechtsanwalt, Verteidiger, Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in dieser Eigenschaft anvertraut worden ist. Die berufsmäßigen Gehilfen der in Satz 2 genannten Personen und die Personen, die bei diesen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, sind nicht verpflichtet mitzuteilen, was ihnen in ihrer beruflichen Eigenschaft bekannt geworden ist.

- (4) Straffrei ist, wer die Ausführung oder den Erfolg der Tat anders als durch Anzeige abwendet. Unterbleibt die Ausführung oder der Erfolg der Tat ohne Zutun des zur Anzeige Verpflichteten, so genügt zu seiner Straflosigkeit sein ernsthaftes Bemühen, den Erfolg abzuwenden.

Befunddokumentation

- Durch das im Jahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz (PatRG) wurde die Dokumentation als Nebenpflicht des Behandlungsvertrages in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt (§ 630f)
- Dort heißt es im Abs. 1: „Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen
...“

- Nach Abs. 2 ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen (dazu zählen u. a. Anamnese, Diagnosen, Untersuchungsergebnisse und Befunde)
- Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (Abs. 3)

Junge Menschen im Radikalisierungsprozess als Patienten

Radikalisierte junge Menschen

- Forschungslage zeigt, dass auch in Deutschland Jugendliche als radikalisiert eingestuft werden können (z.B. **islamistisch 1,3 %** nach Bergmann, Baier, Rehbein & Mößle, 2017)
- Radikalisierte junge Menschen, die von Deutschland aus in Richtung Syrien oder in den Irak ausgereist sind (oder dies aktiv versucht haben) bilden hohes Gefahrenpotential für Anschläge. Von 784 beobachteten Personen waren **20% zwischen 18 und 21 Jahre alt**, 40% zwischen 22 und 25 Jahre alt (Studie des Bundeskriminalamts gemeinsam mit dem Bundesamt für Verfassungsschutz und dem Hessischen Informations- und Kompetenzzentrum gegen Extremismus, 2016).

Vorstellungsgründe

Beispielhafte Gründe für Kontakt mit Angehörigen der Heilberufe – psychische Auffälligkeiten

- **psychopathologische Auffälligkeiten** spielen hier wahrscheinlich eine wichtige Rolle - Traumabewältigung und Bewältigung anderer Belastungen im Rahmen von Flucht und Migration führen nicht selten zu psychischen Störungen wie schwerer Depression, **posttraumatischen Belastungsstörungen und krisenhaften Zuspitzungen mit Suizidalität.**
- **Zunahme psychischer und psychiatrischer Auffälligkeiten in Zusammenhang mit Radikalisierung** . Täter der islamistischen Anschläge von Ansbach (2016) und Hamburg (2017) zeigten bspw. psychische Auffälligkeiten (*Gruber et al., 2017*).

Beispielhafte Gründe für Kontakt mit Angehörigen der Heilberufe - psychische Auffälligkeiten

- selbstgefährdende Entwicklungen führen regelmäßig zur Vorstellung zur Abklärung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Vielen Angehörigen der Heilberufe ist dabei nicht bekannt, dass der Suizid im islamischen Kontext ein absolutes religiöses Tabu darstellt. Die mögliche Selbsttötung in Verbindung mit der Tötung in einem Glaubenskrieg, kann daher ein für die Herkunftsfamilie und auch für die eigenen Normen akzeptabler Ausweg bei massiven Suizidimpulsen sein

Auf welche Anzeichen sollte ein Psychotherapeut achten?

- schwarz/weiß-Denken,
- **Legitimierung von Gewalttaten** („Ungläubige müssen bestraft werden“),
- **Dehumanisieren von „Fremdgruppen“**, wütendes benennen von „Feindgruppen
- bestimmte **Auslegung von Religion** (nicht besonders flexibel, rigorose Regelmäßigkeit – die nicht konform ist mit unseren gesellschaftlichen Regeln)

Auf welche Anzeichen sollte ein Psychotherapeut achten?

- **Sympathisieren mit dem IS und salafistischen Strömungen**, Äußerungen über den wahren Islam, Betiteln von Andersdenkenden als Ungläubige, Gedanken nach Syrien zu gehen, Rachegeanken für Diskriminierungserfahrungen, Hass auf Minderheiten/andere Religionsgruppen (z.T. auch rassistisch), stark antisemitische Haltung
- abrupte **Verhaltensänderungen**: plötzliches ruhiger werden, Rückzug, nicht mehr auffällig (*Achtung: bei Rechtsextremismus häufig gegenläufiger Effekt*), kein Drogenkonsum mehr, keine Straffälligkeit mehr, starre Haltung zu Geschlechterrollen, demokratiefeindliche Aussagen, die auf einmal aufploppen (z.B. homophobe, fremdenfeindliche, antisemitische Äußerungen, die sich häufen), schlafen auf dem nackten Boden, Zähne putzen mit einem Stock.
- Außerdem **Freude über das Sterben von Ungläubigen** – fernab von jeglicher Gefühlswelt (Äußerungen „Wie? Bei dem Anschlag ist nur ein Deutscher gestorben?“)

Psychische Auffälligkeiten

- Dissoziale Tendenzen und Störungen
- Paranoide Tendenzen
- Narzisstische Tendenzen
- Selbstunsichere Persönlichkeiten
- Ängste
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Suizidalität
- Depressionen (selten)
- Belastungen und Störungen werden häufig angenommen, Krankheitswert ist aber fraglich. Die meisten Betroffenen bekommen ein sozialadäquates Leben hin, ohne größere Auffälligkeiten.
- Unterschied z.B. zu school-shootern, die häufig psychopathologisch sehr auffällig sind

Früherkennung

Beispielhafte Gründe für Kontakt mit Angehörigen der Heilberufe – psychische Auffälligkeiten

- Vor diesem Hintergrund baut unser Projekt zum Thema Radikalisierung von Jugendlichen darauf, Radikalisierungsprozesse bei Jugendlichen sowie die Entwicklung zielgerichteter Gewalttaten über den Kontakt von Bezugspersonen und Ärzten und Therapeuten frühzeitig (z. B. während der Anamneseerhebung oder in der psychotherapeutischen Betreuung) zu erkennen.

Ausgangspunkt des Projektes:

- Stärkung der professionellen Arbeit von Angehörigen der Heilberufe im Hinblick auf Radikalisierung notwendig, durch
 - **Sensibilisierung** für das Thema Radikalisierung im eigenen Arbeitsfeld
 - **Wissensvermittlung** durch Schulungen und Handlungsempfehlungen
 - Besseres Erkennen, Einschätzen und Entwickeln von Handlungsoptionen
 - Kompetenzerweiterung im Umgang mit Grenz- und Extremfällen und sicherheitsrelevanten Fragestellungen (z.B. Kommunikation mit anderen Akteuren, Schweigepflicht, Rechtslage, Anzeigepflichten)
- **Nebeneffekt: Beitrag zur inneren Sicherheit durch frühzeitiges Erkennen** von Radikalisierungsprozessen und ggf. Abwenden von Gewalttaten



Risikoeinschätzung bei Amokdrohungen

Geringes Risiko

- unrealistische Drohung
- inkonsistent, wenig plausibel, diffus und indirekt

Mittleres Risiko

- konkretere und direktere Drohung
- detaillierte Angaben zum Vorgehen
- Hinweise zu Ort und Zeit
- keine konkreten Vorbereitungshandlungen, aber Anspielungen (Referenzen zu früheren Taten, Medien)
- Unterstreichen der Ernsthaftigkeit der Drohung

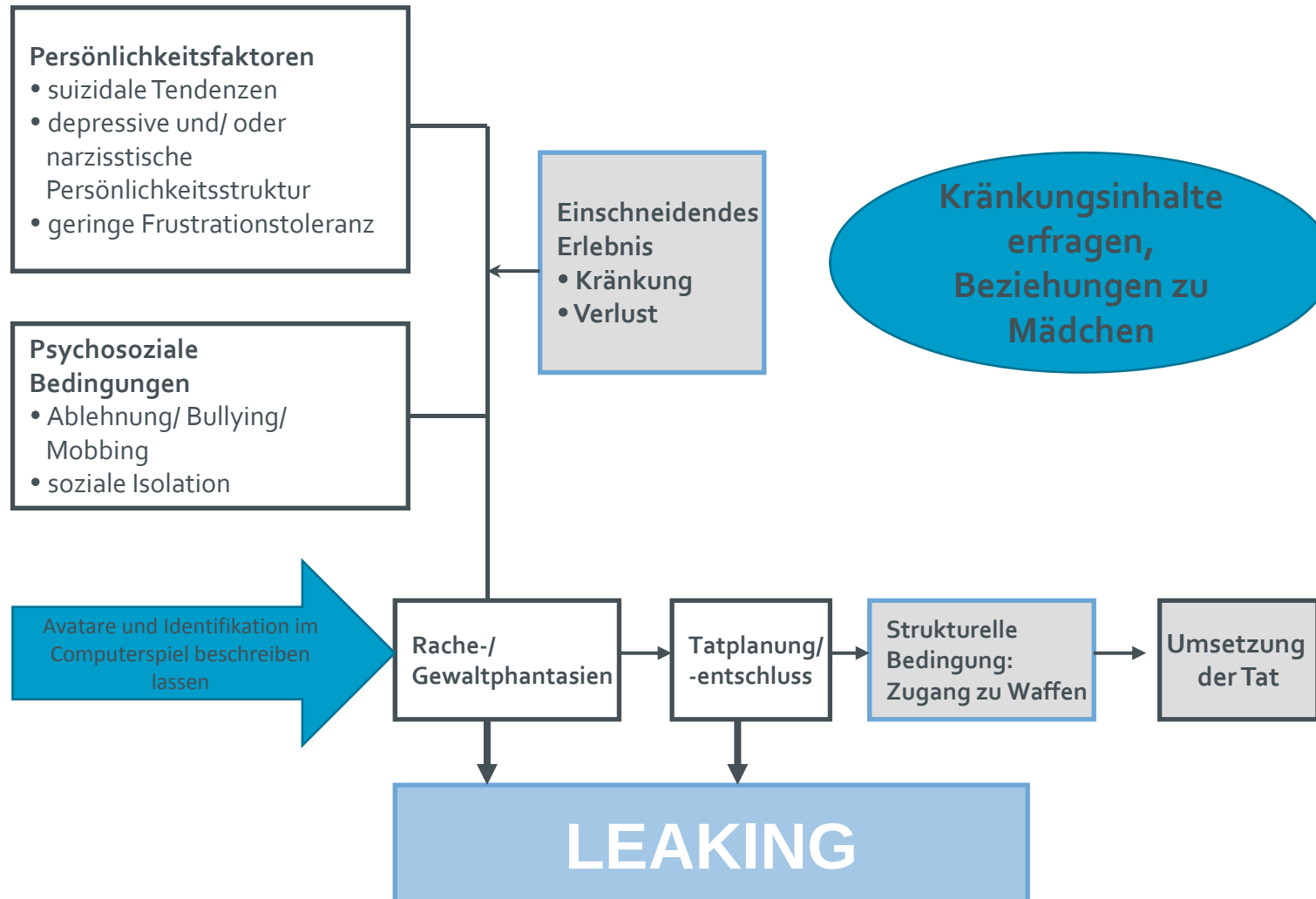
Hohes Risiko

- direkte, nachvollziehbare und detaillierte Drohung
- konkrete Vorbereitungshandlungen
- Benennung der Opfer und Information über Opfer
- konkrete Kenntnisse über das Tatumfeld

„Leaking“

- Aus der Forschung im Zusammenhang mit Taten zielgerichteter Gewalt (auch sog. Amoktaten) ist bekannt, dass Täter im Vorfeld der Taten veränderte Verhaltensweisen zeigten und direkte oder indirekte Hinweise auf bevorstehende Taten gaben, sog. „Leaking“ (*Bondü und Scheithauer, 2014*)
- In diesen Fällen ist zudem bekannt, dass die Täter häufig Kontakt zu Ärzten oder Psychotherapeuten hatten. Personen im (weiteren) sozialen Umfeld der Täter, bspw. in der Schule, haben zudem häufig Veränderungen im Verhalten wahrgenommen
- Werden Gefährdungspotenziale bei der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung rechtzeitig erkannt, können adäquate Behandlungsmöglichkeiten eingeleitet werden

Verhinderung von Taten / „Leaking“



Zu explorierende Bereiche

- Identifikation, Narzissmus
- Verhältnis zu Mädchen
- Konkrete Inhalte von Kränkungen und Hänseleien (Stimmlage, Gangmuster etc.)
- Internet, Computerspielinhalte, Avatare

Kindeswohlgefährdung im Rahmen von Radikalisierungsprozessen

§ 4 KKG – Befugnisnorm aus dem Bundeskinderschutzgesetz

- Seit 2012 beinhaltet das Bundeskinderschutzgesetz eine Regelung für Berufsgeheimnisträger im Falle von Kindeswohlgefährdung. Bei einer **möglichen Radikalisierung eines/einer Minderjährigen kann es sich durchaus um einen Kinderschutzfall handeln, z.B. Gefahr für radikalisierten Jugendlichen durch Ausreisepläne**. Dann ist diese Norm *einschlägig*:
- **Abs. 1:** Werden Angehörigen von Heilberufen oder anderen gelisteten Berufsgeheimnisträgern, die mit Minderjährigen arbeiten, gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, sollen sie die Situation mit dem Betroffenen und den Sorgeberechtigten erörtern und ggf. auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken.

§ 4 KKG – Befugnisnorm aus dem Bundeskinderschutzgesetz

- **Abs. 2:** Zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung haben sie außerdem einen **Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft**. Vor der Beratung ist der Fall zu **pseudonymisieren**.
- **Abs. 3:** Wird ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich gehalten, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden, „so sind sie **befugt, das Jugendamt zu informieren**“ – auch gegen den Willen des Betroffenen und unter Verwendung der Klardaten.

Grenz- und Extremfälle

- Der überwiegende Teil radikalisierten Personen wird nicht gewalttätig, es bleibt bei **kognitivem Extremismus**. Hier ist vertrauliche therapeutische Arbeit das Mittel der Wahl und möglicherweise auch hilfreich, um eine Eskalation abzuwenden (Grenzbereich: Handelt es sich beim Patienten um einen Minderjährigen und droht bei fortschreitender Radikalisierung Kindeswohlgefährdung, ist Einschaltung des Jugendamtes nach den Regeln des § 4 KKG angebracht)

Die Medizinische Kinderschutzhotline

www.kinderschutzhotline.de



Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZHOTLINE
0800 19 210 00

Home Über Uns Feedback Zielsetzung

Medizinische Kinderschutzhotline

Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes, bundesweites, kostenfreies und 24 Stunden erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Projektleitung hat Prof. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie der Universitätsklinikum Ulm inne.

0800 19 210 00

Sie benötigen Unterstützung? Rufen Sie uns an!
Kostenfrei - 24 Stunden - 7 Tage

Gefördert durch

Kooperation mit

Entwickelt durch

- Deutschlandweit
- Kostenlos
- 24/7 erreichbar
- nur für Angehörige der Heilberufe und Personen die im Gesundheitswesen arbeiten

Die Medizinische Kinderschutzhotline

Beratung kann zum Beispiel zu folgenden Fragen erfolgen:

- Welche Schritte kann oder muss ich in einem Kinderschutzfall einleiten?
- Was sind die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf Schweigepflicht und ärztliches Handeln?
- Was muss ich bei der Dokumentation eines Kinderschutzfalles beachten?
- Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsverdacht an?
- Wo gibt es Hilfe vor Ort?



Zielgruppe der Medizinischen Kinderschutz-Hotline



Zielgruppe der Hotline

Die Medizinische Kinderschutzhotline richtet sich an medizinisches Fachpersonal:

- Ärztinnen und Ärzte (in Kliniken oder niedergelassen),
- Zahnärztinnen und Zahnärzte,
- niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Pflegekräfte,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsdienste

Kitteltaschenkarte



MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE

0800 19 210 00

„KINDER HABEN EIN RECHT AUF GEWALTFREIE ERZIEHUNG. KÖRPERLICHE BESTRAFUNGEN, SEELISCHE VERLETZUNGEN UND ANDERE ENTWÜRDIGENDE ERZIEHUNGSMASSNAHMEN SIND UNZULÄSSIG.“ (§ 1631 BGB, Abs. 2)

BUNDESKINDERSCHUTZGESETZ, § 4 KKG

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung:

- › Erörterung mit Kind und Sorgeberechtigten
- › Inanspruchnahme von Hilfen anregen
- › Beratungsanspruch der Fachkräfte gegenüber dem Jugendamt durch „insoweit erfahrene Fachkräfte“, auch ohne Bruch der Schweigepflicht möglich
- › Bleiben die ersten beiden Möglichkeiten erfolglos oder würden das Kind gefährden, ist die Information des Jugendamtes auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten möglich. Diese sind jedoch, wenn dadurch der Schutz des Kindes nicht gefährdet ist, vorher zu informieren.

BERATUNGSMÖGLICHKEITEN

- › Kinderschutzgruppe im eigenen Klinikum, ggf. Sozialdienst
- › Zuständige insoweit erfahrene Fachkraft, diese kann im Jugendamt erfragt werden
- › Medizinische Kinderschutzhotline, bundesweit kostenlos für medizinisches Fachpersonal, rund um die Uhr: 0800 19 210 00.
Beratung zu:
 - Wie kann ich Sicherheit fürs Kind schaffen?
 - Wie und wo kann ich weitere diagnostische Sicherheit bekommen?
 - Was ist nach (vermutetem) sexuellem Übergriff zu tun?
 - Wie dokumentiere ich sicher?
 - Wer ist mein nächster Ansprechpartner?

GESPRÄCHSFÜHRUNG UND -VORBEREITUNG

- › Den Gesprächsinhalt nicht bei tel. Einladung vorwegnehmen
- › Genug Zeit einplanen
- › Keine Störungen
- › Zuvor noch einmal Aktensicht: weiß ich alles
Notwendige zu dem Fall? Kenne ich die Rechtslage?
- › Gesprächsstruktur: Vorgeschichte, aktueller Anlassfall, was kommt als nächstes?
- › Abkürzungen, Fachtermini, juristische Formulierungen vermeiden
- › Direktes Benennen, worum es geht
- › Möglichkeit bieten, Fragen zu stellen
- › Gesprächsverlauf zusammenfassen
- › Deutlich machen, dass Sorge um das Kind handlungsleitend ist
- › Die nächsten Schritte vorstellen

Projekt

Interviews mit Expert*innen und Jugendlichen und runde Tische

Drei Runde Tische

Auswahl

- Flächenland (BW bzw. NRW)
- Stadtstaat (Berlin bzw. Hamburg)
- Osten Deutschlands (Thüringen bzw. Brandenburg)

Ziel

- Interdisziplinärer fachlicher Austausch
- Anregungen zum Projekt aus dem Feld von Wissenschaft und Praxis
- Forschungsfragen generieren und diskutieren
- Austausch über weitere Handlungsbedarfe

Wer

- Vertreter*innen aus Ministerien, Behörden, Kriminalämter, Jugendarbeit, Polizei, Beratungsstellen, Heilberufen Kompetenzzentren etc.
- Möglichkeit an bestehende Runde Tische, Veranstaltungen o.ä. anzudocken



Bundesministerium
des Innern, für Bau
und Heimat

Bundesamt
für Migration
und Flüchtlinge

Interessentenliste liegt aus 

Projektkontakt

Dr. Thea Rau

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Projektmanagement

E-Mail: thea.rau@uniklinik-ulm.de

Telefon: 0731/500 61724

Fazit

Grenz- und Extremfälle

- Bei (geplanten) **Gewalttaten** aufgrund von Radikalisierung handelt es sich um **extreme, auch sicherheitsrelevante Einzelfälle**. Hier ist ein Einschalten anderer Akteure – vor allem durch die Anzeigepflicht gem. § 138 StGB – notwendig und sinnvoll; **Angehörige der Heilberufe sollten sich mit den genannten gesetzlichen Regelungen deshalb auskennen.**
- **Eine Lockerung der heilberuflichen Schweigepflicht würde keinen Zugewinn für die innere Sicherheit bedeuten – mehr noch: das Vertrauensverhältnis könnte massiv gestört und effektive Maßnahmen zur Gefahrbeseitigung durch therapeutische Hilfe für psychisch auffällige Menschen eingeschränkt werden.**

"Veränderung kommt nicht allein durch Worte und Expertenberichte. Veränderung braucht das Verantwortungsbewusstsein und den Mut eines jeden Einzelnen zum gemeinsamen Handeln."

(Expertenkreis Amok, März 2009)

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**