



Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Brandenburger Leitfaden

Erkennen

Fallmanagement

Interdisziplinäre Hilfesysteme

4. Auflage 2013

Impressum

Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche
– Brandenburger Leitfaden –
Erkennung, Fallmanagement, Interdisziplinäre Hilfesysteme
4. Auflage

Herausgeber : Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) – Landesverband
Brandenburg, Potsdam, 2013

Unterstützt durch: Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention im Bündnis Gesund Aufwachsen
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin-Brandenburg
Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gemeinnützige Beratungsgesellschaft mbH

Redaktion: Dipl.-Med. Detlef Reichel, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Prenzlau
Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg – Start gGmbH, Potsdam
Priv. Doz. Dr. med. habil. Thomas Erler, Herr Dr. med. Thomas Schmidt, Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin im Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
Dr. Michaela Hofmann, Gesundheitsamt des Landkreises Uckermark, Prenzlau
Martina Schulze, Hebammenverband des Landes Brandenburg e. V., Altdöbern
Christel Mück-Hannemann, Autonomes Frauen- und Kinderschutzhaus Brandenburg an
der Havel
Kerstin Schibel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Potsdam

Gestaltung: Werbestudio Zum Weissen Roessl

Fotos: Thomas K., vandalay, kemai, inkje, designritter, jba, markusspiske, speednik, kallejipp, Mr. Nico,
nailiaschwarz, Kay Fochtman – Photocase.com; fotolia.com

Druck: Techniker Krankenkasse

© 2013 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., LV Brandenburg, Dipl.-Med. Detlef Reichel



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist unerträglich, ganz gleich von wem sie ausgeübt wird. In dieser Frage darf es keine Toleranz geben. Anliegen des vorliegenden Leitfadens ist es, allen Fachkräften, die Kinder und Jugendliche betreuen, unterrichten, versorgen oder behandeln, eine Orientierungshilfe an die Hand zu geben, um erste Symptome und psychische Auffälligkeiten nach Gewalterfahrung oder infolge einer Vernachlässigung richtig zu deuten. Auf diese Weise kann den Kindern und Jugendlichen frühzeitig geholfen und weitere Gewalterfahrung unterbunden werden.

Zentrale Themen im Brandenburger Leitfaden sind die Früherkennung von Symptomen nach Gewalt oder bei Vernachlässigung, die präventiven und frühen Hilfen für Familien sowie Vorschläge für ein strukturiertes Fallmanagement in kinderärztlicher Klinik und Praxis. Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des Leitfadens ist Teil der Maßnahmen des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“, die auf der Brandenburger Kindergesundheitskonferenz am 7. November 2012 einstimmig bestätigt wurden. Er stellt daher eine aktualisierte handlungspraktische Anleitung dar, um innerhalb des bestehenden Hilfesystems sachgerecht und professionell zu intervenieren.

Die frühe Diagnostik von Symptomen nach Gewaltanwendung ist Aufgabe des Gesundheitswesens, kann aber nur in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen aus Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Jugendhilfe erfolgen. In diesem Sinne wendet sich der Leitfaden an Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Hebammen, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, den zahnärztlichen Dienst im Gesundheitsamt, die Fachkräfte in der Jugendhilfe sowie die Akteure im Bereich der Frühen Hilfen. Um die Basis für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zu schaffen, werden die Ressourcen dieser Akteure im Rahmen des Kinderschutzes vorgestellt und Schnittpunkte der Zusammenarbeit aufgezeigt. Der aktuelle Leitfaden legt daher neben dem strukturierten Fallmanagement in den verschiedenen Bereichen einen besonderen Fokus auf die interdisziplinären Hilfen.

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 (BKSchG), dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kooperationen zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe verbessert. Darüber hinaus erfolgte eine weitere Schwerpunktsetzung auf die primärpräventiven und familienunterstützenden Hilfesysteme im Land Brandenburg, beispielsweise die Netzwerke Gesunde Kinder, die Schwangerenberatungsstellen und die Frauenschutzeinrichtungen.

Bereits die Evaluation des ersten Brandenburger Leitfadens konnte den praktischen Nutzen für die kinder- und jugendärztliche Praxis nachweisen. Mit der Einbeziehung der fachlichen Expertise von Hebammen, Kinderkliniken, Öffentlichem Gesundheitsdienst und der Jugendhilfe ist der Leitfaden eine wichtige Grundlage für die Kooperation der vielfältigen Akteure im Kinderschutz geworden.

Ich freue mich, dass der Brandenburger Leitfaden „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ auch bundesweit Anerkennung gefunden hat und danke allen, die an der vierten Auflage mitgewirkt haben.

Anita Tack
Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhalt



Ziele des Leitfadens	7
1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?	9
1.1 Körperliche Gewalt	10
1.2 Seelische Gewalt	10
1.3 Vernachlässigung	11
1.4 Sexuelle Gewalt	12
1.5. Häusliche Gewalt	13
2. Epidemiologie	16
2.1 Häufigkeit von Kindesmisshandlung	16
2.2 Belastungs- und Schutzfaktoren	19
3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die berufliche Praxis	23
3.1 Bundeskinderschutzgesetz 2012	23
3.2 Ärztliche Schweigepflicht	24
3.3 Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung	25
4. Diagnostik und Befunderhebung	28
4.1 Empfehlungen zur ärztlichen Diagnostik	28
4.2 Körperlicher Befund	28
4.2.1 Anamnese	28
4.2.2 Untersuchung	29
4.3 Folgen sexueller Gewalt	33
4.4 Psychischer Befund	34
4.5 Beurteilung der familiären Situation	35



5.	Fallmanagement im Rahmen des Kinderschutzes	37
5.1	Allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung	37
5.2	Fallmanagement in der Betreuung von Müttern und Familien durch Hebammen	39
5.3	Fallmanagement in der Kinder- und Jugendarztpraxis	43
5.4	Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik	49
5.5	Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	57
5.6	Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst beim Kinderschutz	63
5.7	Exkurs I: Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes	65
5.8	Exkurs II: Fallmanagement in der Schule	69
6	Interdisziplinäre Hilfesysteme	73
6.1	Regionale Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz	73
6.2	Kooperationen im Sinne präventiver und familienunterstützender früher Hilfen	74
6.2.1	Netzwerke Gesunde Kinder	75
6.2.2	Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes	76
6.2.3	Frauenhäuser/Frauenschutzeinrichtungen	77
	Literatur	79
	Anhang	83
	Erläuterung zu § 203 StGB	84
	Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht	85
	Dokumentation 1: Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung	87
	Dokumentation 2: Verdacht auf sexuellen Missbrauch	95



Ziele des Leitfadens

Der vorliegende Leitfaden stellt eine handlungspraktische Anleitung dar. Er bietet allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die Kinder und Jugendliche versorgen, betreuen oder ärztlich behandeln, eine Orientierungshilfe, um Anzeichen von Vernachlässigung oder körperlicher, seelischer oder sexueller Gewalt frühzeitig zu erkennen und innerhalb eines bestehenden Hilfesystems sachgerecht und professionell zu intervenieren.

*Handlungspraktische
Anleitung*

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die Säuglinge oder Kinder untersuchen sowie Hebammen, die Familien vor und nach der Geburt zu Hause aufsuchen, können mit Vernachlässigung oder Misshandlung in einem sehr frühen Stadium konfrontiert sein. Daher soll dieser Leitfaden gerade diese Berufsgruppen in der fallbezogenen Arbeit unterstützen.

*Multiprofessionelle
Zielsetzung*

Der Leitfaden bezieht die Aufgaben der Jugendhilfe im Kinderschutz mit ein. Wichtig ist dabei im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes, dass die verschiedenen Akteure in den Netzwerken Früher Hilfen zusammenarbeiten und Ansprechpartner bekannt sind. In den Landkreisen und kreisfreien Städten sind daher miteinander kommunizierende Hilfesysteme Voraussetzung für einen nachhaltigen Kinderschutz.

Für einige Familien mit Kindern erwachsen Probleme in der Bewältigung des Alltags. Die Prävention von Vernachlässigung bei Kindern sollte daher in einem allgemeinen Gesundheitsförderungsprogramm eingebettet sein, das gesundes Aufwachsen von Kindern in Familien fördert (Pott, Fillinger & Paul 2010). Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern in Familien im Sinne eines differenzierten Ansatzes bedürfen einer abgestimmten Zusammenarbeit der miteinander kooperierenden Einrichtungen (Sachverständigenrat 2009). Daher widmet sich das Kapitel 6 „Kooperationen und interdisziplinäre Hilfesysteme“ insbesondere den präventiven gesundheitlichen sowie psycho-sozialen Unterstützungsangeboten für junge Familien.

*Hilfestellung bei der
Kooperation*

Anliegen des vorliegenden Leitfadens ist auch, die Fachkräfte bei dem Aufbau interdisziplinärer Hilfesysteme für den Kinderschutz zu unterstützen. Der Nutzer des Leitfadens kann sich hier informieren, wer mit welchen Kompetenzen und Befugnissen welche Leistungen zur Früherkennung und zur frühzeitigen Hilfe bei Vernachlässigung, Gewalt und sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erbringt. Erläutert werden die Vorgehensweisen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Hebammen, der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, der Kinder- und Jugendkliniken, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter. Im abschließenden Kapitel werden die interdisziplinären Hilfesysteme sowie die Unterstützungsangebote des Jugendamtes für Familien und Kinder zusammengefasst dargestellt.

Mit der Vorlage des Leitfadens wollen wir einen Beitrag zum Wohle der betroffenen Kinder und Jugendlichen leisten.



Der Leitfaden ist auf folgenden Internetseiten abrufbar:
www.gesundheitsplattform.brandenburg.de
www.fachstelle-kinderschutz.de



Die Ängste eines Kindes

Ein Kind sucht in irgendeinem
Menschen Vertrauen.
Es braucht einen Menschen,
der ihm zuhört, mit ihm spricht
und mit ihm in Ruhe und Geduld umgeht.

Man darf als Mensch nie den Fehler machen,
dieses Vertrauen, diese Liebe zu missbrauchen.
Man zerstört damit die Stärke eines Kindes.

Ein Kind zu schlagen, ihm Ängste einzuhauen,
zerbricht die kleine Welt, in der es lebt.
Ein Kind lernt Gewalt, man sieht sie überall,
auf der Straße,
in der Schule, und es spürt sie selber,
am eigenen Leib.

Kann man das nicht ändern?
Ein Kind verlernt das Lachen,
durch die Ängste
bleibt es stumm.

Wiebke Kollenrott

Klasse 9 b der Realschule Hoher Weg
Goslar, September 1995

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

Die Geschichte der Kindheit ist auch eine Geschichte der Gewalt. Über Generationen hinweg galten körperliche Gewalt, Bestrafung und Züchtigung in der Familie und in der Schule als notwendige Erziehungsmittel. Gewaltanwendungen zur Erzwingung von Gehorsam und Disziplin oder zur Vermittlung von Werten waren im Alltagsdenken, in religiösen Vorstellungen und in der Wissenschaft fest verankert. Erst mit der einsetzenden Aufklärung im 18. Jahrhundert wurden Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern ernsthaft öffentlich thematisiert. Der Weg zu einer Institutionalisierung von Kinderrechten war weit. In Deutschland wurde der Anspruch auf eine gewaltfreie Erziehung für Kinder erst im Jahr 2000 rechtlich fixiert (Bange 2005; Lamnek et al. 2006).

Gewalt gegen Kinder war lange Zeit legitim

Kindesmisshandlung ist jede „nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltvolle psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern/Erziehungsberechtigte oder Dritte, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder zu Tode bringt“, und die das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht (Blum-Maurice et al. 2000; nach Bast et al. 1990). Von Gewalt sprechen wir nicht nur bei absichtlichen, sondern auch bei fahrlässigen Schädigungen. Gewalt umfasst neben körperlichen Verletzungen mit sichtbaren Folgen auch seelische Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Kindes durch subtilere Methoden wie die Androhung von Gewalt, Demütigungen oder das Miterleben von Gewalt gegen geliebte Menschen. Zur Gewalt gegen Kinder gehören auch sexuelle Praktiken, die das Kind veranlassen, Handlungen zu erdulden oder zu vollziehen, die seine psychische Entwicklung schädigen. Gewalt gegen Kinder tritt in folgenden Formen auf:

Gewalt umfasst körperliche, psychische und seelische Schädigung

- **Körperliche Gewalt** (s. Abschnitt 1.1)
- **Seelische Gewalt** (s. Abschnitt 1.2)
- **Vernachlässigung** (s. Abschnitt 1.3)
- **Sexuelle Gewalt** (s. Abschnitt 1.4)

Nicht selten treten mehrere Formen der Gewalt gleichzeitig auf.

Durch Misshandlungen werden Kinder nicht zufällig geschädigt. Täter sind oft nahe Bezugspersonen. Gewalt gegen Kinder wird am häufigsten in der Familie und in deren unmittelbarem Umfeld ausgeübt. Die Gewaltanwendung von Eltern ist dabei häufig eine Folge ihrer Überforderung in der Erziehung oder ihrer Hilflosigkeit in belastenden und schwierigen Lebensverhältnissen. Statt allein auf Sanktion gegen die Eltern zu setzen, ist für einen wirksamen Kinderschutz deshalb ein familienorientierter Ansatz (Hermann et al 2010, Schlack, von Kries & Thyen 2009) wichtig, der in Zusammenarbeit mit den Eltern die auslösende Problemkonstellation identifiziert und angemessene Hilfe- oder Schutzangebote initiiert (Buchner, Cizek et al. 2001a).

Kindesmisshandlung ist Folge fehlgeleiteter Familiendynamik

1.1 Körperliche Gewalt

Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

Erwachsene üben körperliche Gewalt an Kindern und Jugendlichen in vielen verschiedenen Formen aus. Verbreitet sind Prügel, Schläge mit Gegenständen, Kneifen, Treten und Schütteln des Kindes. Daneben werden Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen und Ersticken sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen) beobachtet. Durch schwere oder wiederholte körperliche Gewaltanwendung kann das Kind bleibende körperliche, geistige und seelische Schäden davontragen oder in Extremfällen daran sterben.

Kleine Kinder sind besonders gefährdet

Ob und inwieweit Kinder durch Gewalteinwirkung zu Schaden kommen, hängt von der Konstitution des Kindes und von der Art und Intensität der ausgeübten Gewaltanwendung ab. Bei Säuglingen kann schon ein heftiges Schütteln zu schwerwiegenden Hirnverletzungen führen, während bei einem älteren Kind nicht einmal blaue Flecken entstehen müssen. Da Säuglinge und Kleinkinder bereits durch einmalige „leichte“ Gewalthandlungen gefährdet sind, muss eine Intervention möglichst früh einsetzen und dabei mit einem präzise gefassten Begriff von körperlicher Misshandlung arbeiten.

Recht auf gewaltfreie Erziehung

Seit dem Jahr 2000 haben Kinder durch eine Änderung des § 1631 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)¹ ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

Die meisten Eltern teilen das Ideal einer gewaltfreien Erziehung. Dennoch wird Gewalt in der Familie oft als Folge erzieherischer Überforderung oder Hilflosigkeit ausgeübt. Vielfach ist deshalb eine Stärkung der elterlichen Kompetenz gefordert, um eine gewaltfreie Erziehung zu erreichen.



Weiterführende Information: Wichtige Informationen für Eltern und Fachkräfte zum Thema „Schütteltrauma bei Säuglingen“ sind auf der Internetseite www.bitte-nicht-schütteln.de abrufbar.



1.2 Seelische Gewalt

Die Vertrauensbeziehung von Kind zu Eltern wird gestört

Seelische Gewalt wird meist in Form von Drohungen, verletzenden verbalen Äußerungen und Redensarten, Zwängen, emotionalem Erpressen oder Liebesentzug, Abwendung oder Ablehnung ausgeübt. Zu unterscheiden sind aktive Formen seelischer Gewalt, wie feindliche oder abweisende Verhaltensweisen, von passiven Formen, wie das Unterlassen oder Vorenthalten von Erfahrungen oder Bezie-

¹⁾ Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 16 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (Bibl. I S. 122). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/bgb/index.html>.

hungen, die zu einer gesunden emotionalen Entwicklung erforderlich sind. Hinzu kommen ambivalente Verhaltensweisen der Eltern, die das Kind verunsichern und verängstigen. Alle Formen seelischer Gewalt beeinträchtigen die Vertrauensbeziehung zwischen Bezugsperson und Kind und behindern das Kind damit in seiner geistigseelischen Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit (Eggers 1994). Da ihre Auswirkungen nicht sofort, sondern oftmals erst nach Jahren erkennbar werden, ist seelische Gewalt meist schwieriger zu diagnostizieren als körperliche Misshandlung. In ihrer Schwere sind die Folgen den Schäden von körperlicher Gewaltausübung aber durchaus vergleichbar.

Seelische Gewalt liegt vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Für das Kind wird es dann besonders schwierig, ein stabiles Selbstbewusstsein aufzubauen. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Anforderungen an Schulleistungen, sportliche oder künstlerische Anforderungen überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit oder Ignoranz bestraft wird. Besonders gravierend sind die Auswirkungen fehlender elterlicher Zuwendung in den frühen Entwicklungsphasen. „Als emotional nicht verfügbar“ ist dabei zum Beispiel das nicht genügende Eingehen auf die Signale des Säuglings und dessen passive Ablehnung zu werten (Erickson et al. 1989).

Schwerwiegend sind ebenfalls Praktiken, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, das Kind über längere Zeit allein lassen, Isolation, Drohungen oder Anbinden des Kindes. Vielfach werden Kinder von ihren Eltern in extrem überzogenem Maße beschimpft oder haben Wutanfälle zu ertragen, die für sie nicht nachvollziehbar sind. Auch ein überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zu seelischer Gewalt werden, wenn es beim Kind Empfindungen von Ohnmacht, Wertlosigkeit oder Abhängigkeit erzeugt.

Sind Kinder oder Jugendliche gezwungen, wiederholt elterlichen Streitereien oder Gewalthandlungen beizuwohnen oder werden sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert, ist auch dies als eine seelische Gewalthandlung durch die Eltern zu werten.

1.3 Vernachlässigung

Die Vernachlässigung stellt als Unterlassung eine Besonderheit der Kindesmisshandlung dar. Es gibt körperliche, erzieherische und emotionale Formen der Vernachlässigung. Eltern vernachlässigen ihre Kinder, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Zum physischen Mangel gehören mangelnde Ernährung, Bekleidung oder Unterkunft, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Bereits bestimmte Verhaltensweisen während der Schwangerschaft wie Drogenkonsum oder Alkoholmissbrauch können als „präinatale“ gesundheitliche Vernachlässigung gewertet werden (Cantwell 2002).

*Das Kind
erlebt Ablehnung*

*Überzogene oder
inkonsequente
Bestrafungen*

*Instrumentalisierung in
Beziehungskonflikten*

*Körperliche,
erzieherische
und emotionale
Vernachlässigung*

Mangelndes Wissen oder Einsicht der Eltern

Die Vernachlässigung ist vor allem ein Problem in dysfunktionalen Familien und meist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Häufig werden Kinder vernachlässigt, weil ihre Eltern die Erfordernisse des fürsorglichen Handelns nicht kennen oder zu dieser Thematik keine Einsicht zeigen. Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen (Schone 1997).

Vernachlässigung durch mangelnde Bindung im Kleinkindalter

Besondere Bedeutung haben emotionale Vernachlässigungen in den ersten Lebensmonaten. Eltern, die die emotionalen Grundbedürfnisse ihres Kindes nicht dem Alter angemessen wahrnehmen und fördern, vernachlässigen auch den Aufbau einer stabilen Beziehung und Bindung zu ihrem Kind. Wird das Fläschchen beim Füttern beispielsweise immer nur mechanisch gehalten, ohne das Kind in den Arm zu nehmen, bedeutet der permanente Verzicht auf Interaktion und Aufmerksamkeit, dass keine Beziehung besteht. Dies wiederum kann eine mangelnde Stimulierung der kindlichen Entwicklung zur Folge haben (Cantwell 2002). Diese Formen emotionaler Vernachlässigung gehen vor allem auf unzureichende Kompetenzen der Bezugspersonen zurück. In Deutschland wurden deshalb verstärkt beziehungs- und bindungsorientierte Programme entwickelt, die Eltern darin unterstützen, besser auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen (Brisch 2007; Fries 2007).

Vernachlässigung in Abhängigkeit vom Alter des Kindes

Vernachlässigung zeichnet sich sehr viel stärker als körperliche Gewalt gegen Kinder durch einen schleichenden Verlauf aus. Dabei benötigen Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Altersabschnitten in jeweils unterschiedlichen Entwicklungs- und Lebensbereichen eine entsprechende Fürsorge und Begleitung. Die Formen der Vernachlässigung unterscheiden sich damit nach dem Alter der Kinder (z. B. kein Spielen mit dem kleinen Kind oder fehlender Einfluss auf den Schulbesuch bei Jugendlichen).

1.4 Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt erfolgt unter Ausnutzung von Abhängigkeit

Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Aktivitäten, denen sie verantwortlich nicht zustimmen können, weil sie die Tragweite der Handlungen nicht erfassen können, ist sexuelle Gewalt. Unter Ausnutzung vorhandener Macht- und Kompetenzgefälle werden Kinder und Jugendliche zur sexuellen Stimulation Erwachsener und zum Schaden der Kinder missbraucht (Bange & Kröner 2002; Amann & Wipplinger 2005).

Geplantes Verhalten

Während körperliche oder seelische Gewalt gegen Kinder häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt wird, ist die sexuelle Gewalt an Kindern in der Regel ein planvolles, oft über Jahre andauerndes Verhalten, das sich in seiner Intensität allmählich steigert. Die Täter benutzen ihre Macht als Ältere oder ihre Autorität innerhalb eines Abhängigkeitsverhältnisses (als Vater, Lehrer, o. Ä.). Sie üben emotionalen Druck aus, missbrauchen die Loyalität eines Kindes und machen sich das Opfer durch Bestechung mit Geschenken, durch Versprechungen,

Erpressungen oder auch mit körperlicher Gewalt gefügig. Viele der erwachsenen Täter und Täterinnen verpflichten oder erpressen die Kinder zum Schweigen über die Gewalt

Formen sexueller Gewalt sind das Berühren des Kindes an den Geschlechtsorganen, die Aufforderung, den Täter im Genitalbereich zu berühren, Zungenküsse, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr sowie die Penetration mit Fingern oder Gegenständen. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, eine sexuelle Sprache und die Herstellung sowie Vorführung kinderpornografischer Videos sind sexuelle Gewaltakte.

Formen sexueller Gewalt

1.5 Häusliche Gewalt

Unter „Häuslicher Gewalt“ wird hier nicht die Gewalt der Eltern gegen ihre Kinder verstanden, sondern Gewalttaten zwischen Erwachsenen innerhalb bestehender oder ehemaliger partnerschaftlicher oder verwandtschaftlicher Beziehungen. „Häusliche Gewalt“ umfasst alle Formen körperlicher, seelischer und sexueller Gewalt in der Partnerschaft. Die Opfer sind überwiegend Frauen, die Täter überwiegend Männer. Jede vierte Frau hat körperliche oder sexuelle Gewalt oder auch beides durch ihren aktuellen oder einen früheren Beziehungspartner erlebt (BMFSFJ 2005). Tatort ist am häufigsten die Wohnung. Oft sind Kinder „Augen- und Ohrenzeugen“, manchmal auch Mitbetroffene. Sie erleben die Gewaltausbrüche mit, selbst dann, wenn die Eltern glauben, sie könnten nichts hören und nichts sehen.

Häusliche Gewalt dient der Macht und Kontrolle eines Menschen gegenüber der/dem Partner/in und ist abzugrenzen von Streitereien, die in jeder Partnerschaft auftreten können und bei der sich beide gleichwertig gegenüberstehen. Bei häuslicher Gewalt gibt es immer „Gewinner“ und „Verlierer“, d. h. ein/e Partner/in erhebt sich über den Anderen, indem er nicht vor Gewaltanwendung zurückschreckt.

Die Schläge, Diskriminierungen und Beleidigungen lösen nicht nur beim Opfer, sondern auch bei dessen Kindern, die dies miterleben, Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wertlosigkeit aus. Viele misshandelte Frauen wagen nicht, sich gegen diese Gewalt zu stellen. Im Gegenteil, sie fühlen sich subjektiv schuldig und übernehmen die Verantwortung für das, was geschehen ist. Zumeist bagatellisieren sie die erlittene Gewalt. Auch der Schritt, den Partner zu verlassen, kann für diese Frauen ungewiss und Angst einflößend sein. Wollen sie sich trennen, riskieren sie weitere, meist noch schlimmere Gewaltausbrüche. Die Männer können damit drohen, sie umzubringen, sich selbst oder die ganze Familie zu töten. Eine Studie aus dem Jahr 2004 „Femizid – Tötungsdelikte an Frauen in Partnerschaften“ – Besonderheiten der Gewalteskalation“ belegt die Gefahr von Drittmorden (Kindermorden) nach einer Trennung.

Oftmals Bagatellisierung durch die Opfer

Das Miterleben von Gewalt wirkt auf Kinder einschüchternd, beängstigend und beschämend. Sie verlieren nach und nach das Vertrauen zur Mutter und erfah-

Zunehmende Furcht der Kinder vor dem Täter

ren, dass diese sich selbst und ihre Kinder nicht ausreichend beschützen kann. Manche Kinder versuchen sogar ihre Mutter zu schützen. Die Furcht vor der gewalttätigen Allmacht des Täters steigt zunehmend. Die Kinder reagieren oft mit Einschränkung ihrer sozialen Kontakte bis hin zur völligen Isolierung. Dazu können gesundheitliche Beeinträchtigungen und Entwicklungsauffälligkeiten kommen. Die Kinder zeigen häufig Verhaltensauffälligkeiten in Form von aggressivem, selbst- und fremd verletzendem Verhalten oder reagieren eher introvertiert mit Rückzug, depressiven Störungen, Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, Schreckhaftigkeit bis zur Suizidalität.

*Familie prägt
Sozialverhalten
von Kindern und
Jugendlichen*

Der Forschungsbericht „Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt“ (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. 2009) belegt, dass die Familie in vielerlei Hinsicht prägend für das Sozialverhalten von Kindern und Jugendlichen ist. Danach steigern innerfamiliäre Gewalterfahrungen das Risiko eines Kindes, später selbst zu Gewalt zu greifen. Denn die Partnerschaft hat viele psychologische Parallelen zur frühkindlichen Eltern-Kind-Beziehung und wird von dieser entscheidend geprägt.

Deshalb ist es wichtig bei jeder entdeckten Kindesmisshandlung und psychischen Auffälligkeit auch nachzuforschen, ob Partnergewalt vorliegt.



Fallbeispiel häusliche Gewalt: Perspektive eines Kindes

„Peter verkriecht sich unter die Bettdecke. Er zittert am ganzen Körper. Gerade war er am Einschlafen, da fing es wieder an. Laute Stimmen, die Eltern streiten. Peter hört es klatschen und weiß: Nun schlägt der Vater wieder zu. Seine Mutter wimmert. Er weiß, er müsste ihr helfen, aber er traut sich nicht. Vor Wut über seine eigene Feigheit und Ohnmacht beißt er sich auf die Lippen, bis er Blut schmeckt. Warum nur? Was macht er falsch, dass der Vater immer so entsetzlich wütend wird? – Morgens sieht Peter die Mutter bleich am Herd stehen und erlebt, wie sie ihm teilnahmslos das Frühstück bereitet, wie sie den Kopf wendet, damit er ihre Verletzungen nicht entdeckt. Er sieht die rote, geschwollene Wange trotzdem und erschrickt. – Beide haben keine Worte. Dann schleicht er unausgeschlafen und aufgewühlt in die Schule.“

Der Schritt den Partner zu verlassen mag ungewiss und vielleicht auch Angst einflößend sein. Gibt eine Frau z. B. ihrem Partner Anlass zu der Vermutung, sie wolle ihn verlassen, riskiert sie einen weiteren, meist noch schlimmeren Gewaltausbruch. Der Mann kann damit drohen, sie umzubringen, sich selbst oder die ganze Familie zu töten. Diese Drohungen sind für Kinder sehr realistisch und unerträglich. Eine Studie aus dem Jahr 2004 „Femizid – Tötungsdelikte an Frauen in Paarbeziehungen“ – Besonderheiten der Gewalteskalation“ belegt auch die Gefahr von Drittmorden nach einer Trennung. Davon war von den in der Familie lebenden Kindern jedes vierte Kind von einem Drittmord betroffen.

Studie zu Femizid



„Die Unterstützung für misshandelte Frauen zählt zu den besten Strategien im Sinne des Kinderschutzes, denn die Sicherheit und das Wohl der von häuslicher Gewalt mitbetroffenen Kindern ist eng mit der Sicherheit der Mütter verknüpft.“

Landesregierung Brandenburg²

Unterstützung von misshandelten Frauen wichtig für Kinderschutz

Leider entzündet sich das Interesse der Öffentlichkeit in der Regel jedoch „nur“ bzw. „erst“ an dramatisch verlaufenden Fällen von Kindeswohlgefährdungen.

²⁾ Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, fortgeschrieben 2006, siehe unter <http://www.masf.brandenburg.de/frauen/gewalt-gegen-frauen/content/aktionsplan.html>

2. Epidemiologie

2.1 Häufigkeit von Kindesmisshandlung

Datenlage lückenhaft

In Deutschland gibt es keine einheitliche Datenbasis über die Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder. Um einen Überblick zu gewinnen, müssen deshalb Daten aus unterschiedlichen Datenquellen und methodischen Zugängen zusammengeführt und bewertet werden:

Empirische Sozialforschung

Rund jedes zehnte Kind hat Gewalt erfahren

- Die empirische Sozialforschung gewinnt Erkenntnisse einerseits durch qualitative Befragungen von Opfern, Tätern oder Zeugen, andererseits durch bevölkerungsbezogene repräsentative Befragungen beispielsweise von Kindern und Jugendlichen zu ihren Gewalterfahrungen (KiGGS und HBSC-Studie). Sie erfasst damit auch Gewalthandlungen, die nicht polizeilich erfasst wurden (sog. „Dunkelfeld“)³. In der Befragung des Kinder- und Jugendsurveys sahen sich 3,6 % der Mädchen und 7,6 % der Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren in einem Zeitraum von 12 Monaten als Opfer von Gewalthandlungen (Schlack & Hölling 2007).

Häusliche Gewalt betrifft in vielen Fällen auch Kinder

- Da Gewalt in der Familie von den Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen und dargestellt wird und die Aussagebereitschaft der Betroffenen durch die Nähe zum Täter beeinflusst wird, können Gewaltphänomene nur eingeschränkt erfasst werden. In einer repräsentativen Studie zur häuslichen Gewalt (Schrötte & Müller 2004) geben 60 Prozent der von Gewalt betroffenen Frauen an, während der gewaltsamen Paarbeziehung auch mit Kindern zusammen gelebt zu haben. Diese Zahlen korrespondieren auch mit anderen Erhebungen. Auf der Grundlage der bundesweit in den Frauenhäusern erhobenen Statistik, nach der pro Jahr rund 45.000 Frauen aufgenommen werden, wird eingeschätzt, dass von häuslicher Gewalt jährlich 50.000 bis 70.000 Kinder zumindest indirekt mit betroffen sind, weil sie in diesen Familien leben und unter den Zuständen leiden

Todesursachenstatistik

- Gewaltbedingte Todesfälle kommen am häufigsten bei Säuglingen vor. Im Zeitraum zwischen 2000 und 2010 war die Todesursache bei mehr als einem Drittel aller tödlich verletzten Säuglinge die Anwendung von Gewalt. Das bedeutet eine Rate von drei bis vier Todesfällen auf 100.000 Säuglinge. In anderen Altersgruppen betrug die Rate weniger als ein Todesfall pro 100.000 Kinder. Im Gegensatz zur tendenziell abnehmenden Unfallmortalität verblieb die Rate der tödlichen Verletzungen durch Gewalthandlungen gegen Säuglinge zwischen 2000 und 2010 durchweg auf hohem Niveau (Ellsäßer 2012). Nach wissenschaftlichen Befunden ereignen sich 77 % aller misshandlungsbedingten Todesfälle in den ersten zwei Lebensjahren (Fegert et al 2007).

³⁾ In Brandenburg untersucht das Institut für angewandte Familien- Kindheits- und Jugendforschung (IFK) mit regelmäßigen Befragungen von Schülerinnen und Schülern u. a. die Gewalterfahrungen von Jugendlichen (Sturzbecher & Holtmann 2007).

- Die Krankenhausdiagnosestatistik erfasst Verletzungen nicht im Zusammenhang mit Gewalt, daher lassen sich daraus keine Aussagen über die Häufigkeit von Verletzungen durch Gewalt bei Kindern und Jugendlichen ableiten.
- Die Erhebung von krankenhausbearbeiteten Daten zu Verletzungen durch Gewalt wird in Brandenburg daher mit der Teilnahme an dem europaweiten Projekt „Injury Data Base“ (IDB) realisiert. Im Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus werden alle Verletzungen auf Grundlage eines krankenhausbearbeiteten Erfassungssystems nach internationalem Standard erhoben und nach der Verletzungsabsicht (Unfall, Gewalt, Selbstverletzung), dem Verletzungsmechanismus und den begleitenden Risikofaktoren dokumentiert (Erler&Ellsäßer 2010). Dadurch können das Ausmaß von Verletzungen durch Gewalt bei Kindern und Jugendlichen ermittelt und gezielte Maßnahmen eingeleitet werden. In einer Studie zu Verletzungsursachen bei Kindern und Jugendlichen (Geerds et al 2010) ergab sich bei 8,2 % aller erfassten stationär behandelten Verletzungen ein sicherer Zusammenhang mit Gewalt. 2010 wurden Verletzungen durch Gewalt mit einem Anteil von 10,6 % an allen Verletzungen am häufigsten bei männlichen Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) festgestellt.⁴ Die niedrigsten Raten zeigten Säuglinge und kleine Kinder, jedoch waren die Verletzungsfolgen auf Grund von Schädel-Hirn-Traumen besonders schwerwiegend. Jungen waren dabei häufiger Opfer von Gewalt als Mädchen. Typische Hergänge bei Verletzungen durch Gewalt gegen Säuglinge sind in Tabelle 1 dargestellt.

*Krankenhausbezogene
Erfassung von
Gewalthandlungen*

Tabelle 1: Beispiele für Hergänge bei Verletzungen durch Gewalt gegen Säuglinge⁵

Alter	Geschlecht	Hergang
Säugling	♂	Die 21jährige Mutter sei mit dem Kind völlig überfordert und habe es mehrfach geschlagen und geschüttelt. Vor 3 Wochen sei es einmal von der Wickelkomode gefallen. Kindesmisshandlung
Säugling	♂	Psychiatrischer Ausnahmezustand der Mutter (Wochenbettpsychose), Mutter gab an, vor 2 Tagen ihr Kind einmalig in die rechte Gesichtshälfte geschlagen zu haben, eine Freundin rief den Rettungsdienst
Säugling	♀	Laut Mutter sei das Kind am Vortag in der Dusche gestürzt und dabei mit der rechten Gesichtshälfte auf den Boden aufgeprallt. Unfallhergang laut Rechtsmedizin nicht plausibel. Die Mutter räumte später ein, das Kind auch geschlagen zu haben.

⁴⁾ Siehe auch Studie „Jugend in Brandenburg 2010 – Forschungsbericht zur Lebenssituation und zu Einstellungen brandenburgischer Jugendlicher“ von Sturzbecher et al (2010), Verfügbar unter http://www.sturzbecher.de/index.php?option=com_content&view=article&id=70

⁵⁾ Quelle: Abteilung Gesundheit LUGV Brandenburg: IDB Leipzig und Cottbus 2007-08 hochgerechnet durchschnittlich 11.337 verletzte Kinder unter 18 Jahren pro 81.248 EW (mittlere Bevölkerung); durchschnittliche Verletzungsrate: 139,5 pro 1.000 der Altersgruppe

Die 5- bis unter 15-jährigen Kinder wurden am häufigsten in Schulen Opfer von Gewalt, hingegen waren ältere Jugendliche am häufigsten tätlichen Angriffen in Freizeiteinrichtungen und auf der Straße ausgesetzt.



Weiterführende Information: Für Brandenburg können aktuelle Daten zu Verletzungen durch Gewalt im Bericht „Verletzungsmonitoring – Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen in Brandenburg“ unter www.gesundheitsplattform.brandenburg.de abgerufen werden.

Polizeiliche Kriminalstatistik

- Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) gibt Auskunft über das Ausmaß der Gewalthandlungen, die polizeilich als strafbares Verhalten registriert wurden (sog. „Hellfeld“). Die kontinuierliche Erhebung ermöglicht zeitliche und regionale Vergleiche von Gewaltverbrechen gegen Kinder. Da ein Großteil der Gewaltdelikte in der Familie niemals zur Anzeige gelangt, reicht die polizeiliche Kriminalstatistik jedoch nicht aus, um das Ausmaß der Kindesmisshandlung zu erfassen.

Repräsentative Studie zur Verbreitung von Gewalt

Wie ist nun die Verbreitung von körperlicher Gewalt gegen Kinder einzuschätzen? Eine umfassende bundesweite repräsentative Studie zur Gewalt gegen Kinder in der Familie in Deutschland stammt aus dem Jahr 1998. Nach der Befragung von rund 16.000 Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Jahrgangsstufe haben 17 % der Kinder vor ihrem 12. Lebensjahr schwere Züchtigungen erlebt (häufiger hart angepackt und gestoßen, seltener geprügelt); jeder Zehnte erleidet seltene oder gehäufte Misshandlungen (geprügelt, zusammengeschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten) (Pfeiffer et al. 1999). In einer Studie zu den Auswirkungen von Vernachlässigung und seelischer Misshandlung gaben 6,6 % der Befragten schwere Vernachlässigung und 10,8 % schwere körperliche Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend an (Häuser et al 2011). Empirische Studien zur sexuellen Gewalt gegen Kinder ermöglichen die Schätzung, dass etwa 10 bis 15 % der Frauen und 5 bis 10 % der Männer bis zu ihrem 14. oder 16. Lebensjahr mindestens einmal sexuelle Gewalt erlebt haben (Bange & Körner 2002).

In der folgenden Tabelle sind einige zentrale Aussagen über Opfer und Täter von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zusammengefasst.

Tabelle 2: Aussagen über Täter und Opfer von Gewalt gegen Kinder (nach Buchner, Cizek et al. 2001b)

Opfer	Täter
<ul style="list-style-type: none"> ○ Säuglinge und Kleinkinder im Alter bis zu drei oder vier Jahren werden am häufigsten Opfer schwerer Formen physischer Gewalt. Besonders gefährdet sind Frühgeborene und Säuglinge mit einem geringen Geburtsgewicht. ○ Jungen werden bis zum 11./12. Lebensjahr deutlich häufiger Opfer körperlicher Gewalt als Mädchen. Ab dem 11. Lebensjahr nimmt die Gewalt gegen Jungen ab und bei Mädchen zu. ○ Sexuelle Gewalt wird vor allem an Kinder vor der Pubertät verübt. Die größte Gruppe sind hier die 10- bis 11-Jährigen. Es wird vermutet, dass Kleinkinder unter den erfassten Fällen unterrepräsentiert sind. ○ Mädchen werden etwa zwei- bis viermal häufiger Opfer sexueller Übergriffe als Jungen. Es wird vermutet, dass Jungen unter den erfassten Missbrauchsfällen unterrepräsentiert sind. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kinder erfahren Gewalt am häufigsten von ihren leiblichen Eltern. ○ Gewalt gegen Kinder kommt in allen sozialen Schichten vor (zu den sozialen Risikofaktoren siehe Tabelle 2 in Kapitel 2.2). ○ Körperliche Gewalt gegen Kinder wird etwa gleich häufig von leiblichen Vätern und Müttern ausgeübt. ○ Eltern, die Gewalt gegen ihre Kinder ausüben, sind am häufigsten zwischen 20 und 35 Jahren alt. ○ Sexuelle Gewalt gegen Kinder wird am häufigsten von Tätern ausgeübt, die mit dem Opfer verwandt sind oder zu seinem Bekanntenkreis zählen. ○ Sexuelle Gewalt wird überwiegend von männlichen Tätern ausgeübt. Bei den Sexualstraftätern findet sich der größte Anteil in der Altersgruppe zwischen 30 und 50 Jahren.

2.2 Belastungs- und Schutzfaktoren

Die heutige Forschung zur Kindesmisshandlung führt Gewalt gegen Kinder auf den Einfluss unterschiedlicher Systeme zurück („Ökologisches Modell“; siehe Buchner, Cizek et al. 2001b, Weltgesundheitsorganisation 2003). Gewalt ist ein komplexes Phänomen und beruht auf einer Vielzahl von Faktoren (individuelle, soziale, kulturelle, ökonomische und politische). Unterschieden werden Einflussfaktoren auf der Ebene des Individuums (Biografie und Persönlichkeit des Kindes bzw. der Eltern), des Mikrosystems der Familie (Eltern-Kind-Interaktion, Partnerschaft), der Nachbarschaft und Gemeinde (z. B. sozial unterstützende

Die Wurzeln von Gewalt gehen auf verschiedene Ebenen zurück

Netzwerke) und des Makrosystems der Gesellschaft (Tolerierung oder Ablehnung von gewaltförmiger Erziehung, Rechtsprechung und Gesetzgebung) (s. Abbildung 1; Weltgesundheitsorganisation 2003). Einige Bedingungen wirken dauerhaft und kontinuierlich (z. B. die chronische Erkrankung eines Elternteils), andere treten kurzfristig oder vorübergehend auf (z. B. die Trennung der Eltern).

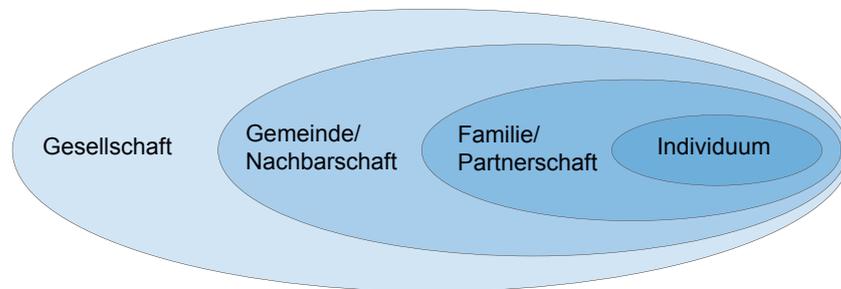


Abbildung 1: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt (nach Weltgesundheitsorganisation 2003)

Belastungsfaktoren erhöhen Gefährdung des Kindes

Belastungsfaktoren (auch „Risikofaktoren“) sind solche Gefährdungen, die die Wahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung erhöhen. So können auf das Umfeld bezogene Belastungsfaktoren, wie wirtschaftliche Not und soziale Ausgrenzung, mit elternbezogenen Belastungsfaktoren, z. B. belastende Lebensereignisse und psychische Krisen, zusammenwirken, was bei fehlenden Ressourcen der Eltern zu Vernachlässigung von Kindern führen kann (Egle 2009).

Gewalt gegen behinderte Kindern fast viermal so häufig

Unter den kindbezogenen Belastungsfaktoren (s. Tabelle 3) kommt einer Behinderung des Kindes eine besondere Bedeutung zu. Ergebnisse von verschiedenen Studien zur Gewaltanwendung bei behinderten Kindern (Hughes et al 2012) konnten zeigen, dass Kinder mit einer Behinderung ein 3,7-fach erhöhtes Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden als Kinder ohne Behinderung. Das Risiko, eine Form von körperlicher Gewalt zu erleben ist dabei 3,6-fach, jenes für sexuelle Gewalt 2,9-fach erhöht. Es wird geschätzt, dass insgesamt knapp 27 Prozent der behinderten Kinder eine Form der Gewalt erleben. Als Erklärung wird hier oftmals herangezogen, dass eine Behinderung des Kindes oftmals eine zusätzliche Anforderung für die – möglicherweise ohnehin bereits überforderten – Eltern bedeuten kann (Sullivan & Knutmann 2004). Zudem ist auch die Möglichkeit zu bedenken, dass die Behinderung erst durch wiederholte Gewaltanwendung, z. B. durch ein Schütteltrauma im Säuglingsalter und später durch Schläge auf den Kopf, verursacht wurde. (Thyen & Johns 2004, Hermann 2005). Die so genannte „ACE“-Studie („Adverse Childhood Experiences“ (Felitti 2002) konnte zeigen, dass physische und auch psychische Beeinträchtigungen durch Misshandlungen im Kindesalter zum Teil lebenslang anhielten. Fachleute sollten daher gerade bei Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung besonders aufmerksam auf mögliche Zeichen einer Gewaltanwendung achten.

Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über wichtige Belastungsfaktoren, die das Risiko einer Kindesmisshandlung in der Familie erhöhen.

Tabelle 3: Belastungsfaktoren für eine Kindesmisshandlung (Deegener & Körner 2006)

Kind	Eltern/Familie	Umfeld
<ul style="list-style-type: none"> ○ Unerwünschtheit ○ Abweichendes und unerwartetes Verhalten ○ Entwicklungsstörungen ○ Fehlbildungen ○ Frühgeburt oder small for date infant (Mangelgeburt) ○ Stiefkinder ○ Schreibabys 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hohe, unrealistische Erwartungen an das Kind ○ Mangel an erzieherischer Kompetenz ○ Misshandlung in der eigenen Vorgeschichte ○ Unkenntnis über Pflege, Erziehung und Entwicklung des Kindes ○ Akzeptanz körperlicher Züchtigung ○ Persönlichkeitsmerkmale wie mangelnde Impulskontrolle, Sensitivität, Isolationstendenz, hoher Angstpegel ○ Aggressives Verhalten ○ Suchtkrankheiten ○ Psychische Erkrankung ○ Niedriger Bildungsstand ○ Alleinerziehende ○ Minderjährige Eltern ○ Ehehliche Auseinandersetzungen, Gewalt in der Partnerschaft ○ Kritische Lebensereignisse (Tod, schwere Erkrankung, Trennung, Scheidung) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fehlen sozialer Unterstützung und Eingebundensein in unterstützende Netzwerke (wie Familie, Freundeskreis, etc.) ○ Kinderfeindlichkeit ○ Beengte Wohnverhältnisse ○ Isolation ○ Unzureichende familienbezogene Hilfsangebote vor Ort ○ Konflikte mit Behörden, Institutionen, Schule, Kindergarten etc. ○ Arbeitslosigkeit/wirtschaftliche Notlagen

Ein hohes Risiko besteht, wenn viele und chronische Risiken kumulieren und interagieren und keine Schutzfaktoren vorhanden sind, die die Risiken abpuffern (Fegert 2006).

Schutzfaktoren kompensieren solche Gefährdungen aufgrund persönlicher und biografischer Potenziale des Kindes (sog. „Resilienz“, z. B. positives Selbstwertgefühl) oder aufgrund vorhandener oder aktivierbarer personaler und sozialer Ressourcen (z. B. individuelle Fähigkeiten, positive Beziehungen zu weiteren Bezugspersonen etc.). Das Zusammenspiel beider Einflussgruppen ist sehr kom-

Schutzfaktoren wirken protektiv

plex. Bestimmte Faktoren können in der einen Situation als Schutz, in einem anderen Zusammenhang aber durchaus als Risiko wirken. Insgesamt gilt: Bei fehlendem Schutz kommt eine Belastung voll zum Tragen. Je mehr Belastungsfaktoren auftreten, desto mehr Schutzfaktoren werden benötigt, um eine positive Entwicklung zu gewährleisten (nach Egle et al. 1997). Jede der oben aufgeführten Belastungen tritt auch in Familien auf, in denen es zu keinen Kindesmisshandlungen kommt. Erst spezifische Konstellationen können die innerfamiliären Beziehungen oder die Persönlichkeit der Eltern so weit destabilisieren, dass dies zu einer Kindesmisshandlung führen kann. Jede Risikoeinschätzung bedarf deshalb einer präzisen Interpretation (Deegener & Körner 2006).

*Präzise
Interpretation notwendig*

Schutzfaktoren sind zum Beispiel: Fürsorgende, liebevolle Eltern oder andere Bezugsperson(en), positive Selbsteinschätzung oder Selbstkonzept, erfolgreiche Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung und Eingebundensein in Netzwerke, Intelligenz, gute kommunikative Fähigkeiten.



3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die berufliche Praxis

3.1 Bundeskinderschutzgesetz 2012

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung im Sinne des sogenannten staatlichen Wächteramtes ergibt sich aus Artikel 6 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland:

- „Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
- Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.
- Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“

Bei der Umsetzung dieses staatlichen Wächterauftrages kommen den Bereichen Gesundheit und Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu, gerade wenn es darum geht, eine Kindeswohlgefährdung zu erkennen und abzuwenden.

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) hat mit Wirkung 1. Januar bestimmt, dass: *„Ärztinnen und Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert“* zur Abwendung einer Gefährdung des Wohls eines Kindes befugt sind bei

- einer unabwendbaren Gefährdung oder
- einer erfolglosen Beteiligung der Eltern und
- eigener Einschätzung der Erforderlichkeit des Tätigwerdens des Jugendamtes

das Jugendamt zu informieren bzw. diesem die erforderlichen Daten mitzuteilen.⁶

Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

⁶ Siehe BKisSchG Artikel 1 § 4 Abs. 3 (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

3.2 Ärztliche Schweigepflicht

Entbindung von der Schweigepflicht möglich

Als Ärztin oder Arzt sind Sie an die Schweigepflicht und den Datenschutz gebunden (§ 203 StGB)⁷. Damit werden die Rechte des Kindes oder Jugendlichen und anderer Familienmitglieder geschützt. Bei dringendem Verdacht auf Misshandlung oder sexuelle Gewalt können Sie jedoch von Ihrer Schweigepflicht entbunden werden:

Erklärung des Kindes

- Die Entbindung von der Schweigepflicht kann durch das Kind oder den Jugendlichen selbst geschehen, sofern von einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden kann, oder wenn im Falle schwerwiegender Schäden für das Kind die Voraussetzungen für eine mutmaßliche Einwilligung gegeben sind.

Rechtfertigender Notstand bei Gefahrenabwendung

- Auch ohne ausdrückliche Einwilligung kann es im Einzelfall zulässig sein, Informationen weiterzugeben. § 34 Strafgesetzbuch („rechtfertigender Notstand“) erlaubt den Bruch der Schweigepflicht, wenn die Gefahr für Gesundheit und Leben des Kindes so groß ist, dass eine Abwendung dieser Gefahr schwerer wiegt, als die Einhaltung der Schweigepflicht. Nach den Grundsätzen der Güter- und Interessenabwägung kann die Offenbarung an Stellen, die wirksame Hilfe geben können, ein angemessenes Mittel der Gefahrenabwehr darstellen. Es entscheiden jeweils die konkreten Umstände des Einzelfalls.

Keine Meldepflicht

- Kindesmisshandlung gehört nicht zu den Straftaten nach § 138 StGB, die pflichtig gemeldet werden müssen. Zudem setzt eine Meldung nach § 138 StGB voraus, dass der Arzt von einer der aufgeführten Taten bereits im Vorfeld Kenntnis haben muss. Eine Strafanzeige sollte immer nur als letzte Möglichkeit zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr in Betracht gezogen werden. Dabei sollten Sie sich mit anderen Institutionen absprechen und das Kind entsprechend seinem Entwicklungsstand einbeziehen. Kommt es zu einer Anzeige, gibt es für die Beteiligten keine Möglichkeit mehr, das Verfahren zu stoppen. Das Handeln des Arztes bzw. der Ärztin muss jedoch (aus strafrechtlicher Perspektive) darauf ausgerichtet sein, künftige Misshandlungen auszuschließen. Hier kann aber zunächst die Einbeziehung des Jugendamtes bzw. dessen Information gemäß § 4 Abs. 3 KKG ausreichen, um das betroffene Kind ausreichend zu schützen.

Anonymisierung

- Wenn Sie sich kompetenten Rat, z. B. gemäß § 3 Abs. 2 KKG durch eine Fachkraft der Jugendhilfe oder bei anderen Fachleuten einholen möchten, kann die Verletzung der Schweigepflicht durch eine Anonymisierung des Falles vermieden werden.

⁷⁾ Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 2007 (Bibl. I S. 1786). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/stgb/index.html>.

3.3 Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefährdungen ihres körperlichen, seelischen und geistigen Wohlergehens zählt zu den zentralen gesetzlichen Aufgaben der Jugendämter. Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII⁸ umfasst der staatliche Schutzauftrag folgende Pflichten und Aufgaben der Jugendämter:

- Die Jugendämter sind verpflichtet allen Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen. Zu den Verdachtsfällen gehören auch anonyme Hinweise (§ 8a Abs. 1 SGB VIII).
- Die Jugendämter schätzen das konkrete Risiko einer Kindeswohlgefährdung ein und legen die für einen wirksamen Schutz erforderlichen Hilfeleistungen und ggf. Interventionen fest. Die Risikoeinschätzung erfolgt in gemeinsamer Beratung mehrerer Fachkräfte, ggf. unter Beteiligung der medizinischen Professionen. Das Kind oder der Jugendliche sowie seine Eltern bzw. Sorgeberechtigten werden bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos und des Hilfebedarfs einbezogen, soweit der Schutzauftrag dadurch nicht in Frage gestellt wird (§ 8a Abs. 1 SGB VIII).
- Die Jugendämter eröffnen den Eltern den Zugang zu Angeboten und Leistungen der Jugendhilfe, die wirksam zur Wiederherstellung guter Bedingungen für die Kinder beitragen können. Als Handlungsprimat gilt, Kinder durch Hilfe für ihre Eltern zu schützen (§ 8a Abs. 1 SGB VIII).
- Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, z. B. der Einrichtungen der Gesundheitshilfe notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorge- oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein (§ 8a Abs. 3 SGB VIII).
- Zur Hilfeplanung ziehen die Jugendämter externe Institutionen oder Fachkräfte, insbesondere der medizinischen und psychotherapeutischen Disziplinen hinzu (§ 36 SGB VIII). Wenn die Eltern jede Hilfe und Unterstützung ausdrücklich ablehnen oder durch ihr Verhalten ins Leere gehen lassen, kann das Kind bei einer bestehenden oder mit Sicherheit zu erwartenden Gefährdung oder auf dessen Wunsch in Obhut genommen und muss unverzüglich das Familiengericht angerufen werden (§§ 8a Abs. 2 und 42 SGB VIII).

Schutzauftrag der Jugendämter

Nachgehen aller Verdachtsfälle

Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Schutz durch Hilfe für Eltern

Einbezug externer Fachkräfte

⁸⁾ Aechtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder und Jugendhilfe - in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (Bibl. I S. 3134), geändert durch Artikel 2 Abs. 23 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (Bibl. I S. 122). Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/index.html.

- Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, als auch alle Berufsgruppen aus dem Bereich Gesundheit, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (§ 8b SGB VIII).

Einbezug aller Träger

- Schließlich sichern die Jugendämter durch vertragliche Vereinbarungen, dass alle Träger von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe in den staatlichen Schutzauftrag eingebunden sind. Damit sind alle Fachkräfte, von den Erzieher/-innen in den Kindertagesstätten, über die Fachkräfte in Jugendfreizeiteinrichtungen bis zu den Mitarbeiter/-innen in Einrichtungen und Diensten der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe verpflichtet, die von ihnen betreuten oder beratenen Kinder und Jugendlichen vor Gefährdungen zu schützen (§ 8a Abs. 4 SGB VIII).

Werden einem örtlichen Träger *gewichtige Anhaltspunkte* für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so *sind* dem für die Gewährung von Leistungen *zuständigen örtlichen Träger* die Daten *mitzuteilen*, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die *Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches* zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die *Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt* werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. (§ 8a Abs. 5 SGB VIII)

Beratung von Kindern in Notsituationen

Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Beratung im Rahmen der Jugendhilfe auch ohne Kenntnis der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten, wenn die Beratung auf Grund einer *Not- und Konfliktlage* erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Eltern bzw. Personensorgeberechtigten der *Beratungszweck vereitelt würde*. (§ 8 Abs. 3 SGB VIII).

Inobhutnahme in akuten Gefahrensituationen

In akuten *Not- und Gefahrensituationen ist das Jugendamt grundsätzlich berechtigt und verpflichtet*, das Kind oder den Jugendlichen vorübergehend in seine Obhut zu nehmen. Dies gilt auch, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher selbst um Inobhutnahme bittet. (§ 42 SGB VIII)⁹⁾. Das Jugendamt kann dann zunächst alle sorgerechtlichen Entscheidungen treffen, die im Interesse des Kindeswohls geboten sind. Es kann das Kind oder den Jugendlichen in einer auf Krisenintervention ausgerichteten Jugendhilfeeinrichtung oder in einer Pflegefamilie unterbringen. Ggf. ist unverzüglich eine familiengerichtliche Entscheidung bezüglich der Einschränkung der elterlichen Sorge einzuholen.

Unterstützung durch die Polizei

Wenn es zum Schutz des Kindes unabdingbar ist, kann das Jugendamt ein Kind oder einen Jugendlichen auch mit Unterstützung der Polizei von seinen sorge-

⁹⁾ Aechtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 2012 (BGBl I S. 2975 ff. Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/index.html.

berechtigten Eltern oder anderen Personen zur Inobhutnahme wegnehmen. Widersprechen die Eltern der Inobhutnahme, muss sich das Jugendamt an das Familiengericht wenden.

Im Rahmen der Inobhutnahme hat das Jugendamt auch das Recht der gesundheitlichen Sorge für das Kind. Es kann z. B. verlangen, dass das Kind in einer Klinik zur Diagnostik oder Behandlung aufgenommen wird oder im Zuge einer ärztlichen Behandlung bis auf Weiteres in der Klinik verbleibt, und es ist berechtigt, Auskunft über Ergebnisse der ärztlichen Diagnostik und der erforderlichen ärztlichen Behandlungen zu verlangen.

Gesundheitliche Sorge



4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Empfehlungen zur ärztlichen Diagnostik

Kindesmisshandlung ist ein Krankheitsbild mit vielfältigen Symptomen

Kindesmisshandlung in all ihren Formen ist ein häufiges, jedoch nicht einfach zu diagnostizierendes Krankheitsbild. Frühzeitige Aufdeckung der Symptome und berufsübergreifendes Handeln sind deshalb für eine günstige Prognose des weiteren Verlaufs von entscheidender Bedeutung. Folgende Beobachtungen oder Auffälligkeiten können den Verdacht auf eine Misshandlung, eine Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt lenken:

- Körperliche Symptome, z. B. Lokalisation von Hämatomen, Frakturen beim Säugling oder mangelnde Hygiene
- Auffälliges Verhalten beim Kind, z. B. Schulversagen mit sozialem Rückzug, Aggressivität
- Gestörte familiäre Interaktionen, z. B. mangelnde Zuwendung oder feindselige Handlungen gegenüber dem Kind
- Anamnestische Angaben, z. B. unvollständige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäufte Unfälle

Kindorientierte Untersuchung

Der Anfangsverdacht bei Kindesmisshandlung ist meist vage. Deshalb ist eine gründliche und vollständige Untersuchung erforderlich. Wichtig ist eine schonende und kindorientierte Untersuchung. Hierfür ist eine gründliche Vorbereitung erforderlich. Vermeiden Sie möglichst Mehrfachuntersuchungen. Dokumentieren Sie Ihre Beobachtungen. Eine Eröffnung des Befunds gegenüber den Eltern ist erst nach sicherer Diagnose angezeigt.

4.2 Körperlicher Befund

4.2.1 Anamnese

Häufig unklare Vorgeschichte bei Kindesmisshandlung

Die Anamnese ist elementarer Bestandteil der Betreuung misshandelter Kinder. Bei unfallbedingten Verletzungen ist sie fast immer eindeutig, reproduzierbar und plausibel. Bei Misshandlungen fehlt hingegen häufig eine nachvollziehbare Anamnese. Oft sind die Erklärungen der Begleitpersonen des Kindes für „den Unfall“ nicht plausibel. So werden immer wieder Geschwister für entsprechende Verletzungen verantwortlich gemacht. Oder dem Kind wird eine „allgemeine Tollpatschigkeit“ attestiert. Weiterhin kommt es zu widersprüchlichen Aussagen, wenn verschiedene Personen oder dieselben Personen wiederholt befragt werden.

Auf Dokumentation achten

Von elementarer Bedeutung für die weitere jugendamtliche und juristische Betreuung ist die exakte Dokumentation der Anamnese. Sie sollten die Eltern bzw. Betreuungspersonen bitten, ihre mündliche Unfallschilderung auch schriftlich zu erklären. Die schriftliche Fixierung erleichtert die Aufdeckung sich wider-

sprechender Angaben. Die Erklärungen können zu einem späteren Zeitpunkt für eine juristische Abklärung Bedeutung erlangen (z. B. Gerichtsverfahren).

4.2.2 Untersuchung

Bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung ist die Ganzkörperuntersuchung im entkleideten Zustand unabdingbar. Auffällige Befunde sollten fotodokumentiert werden, was in der praktischen Umsetzung oftmals schwierig ist. Die Darstellung von Vergleichsgegenständen auf den Fotos ist wichtig! Die Mundhöhle ist in eine gründliche Untersuchung genauso einzubeziehen, wie der Anogenitalbereich!

Schonende, aber vollständige Status-erhebung

Hautsymptome

Hämatome (Blutergüsse) sind das wohl häufigste Symptom einer Misshandlung. Sie finden sich jedoch auch bei Kindern, die sich Verletzungen zuziehen, wenn sie ihrem natürlichen Spieltrieb nachgehen. In der folgenden Übersicht wird versucht, verdächtige von eher unverdächtigen Körperstellen zu trennen (s. Tabelle 4):

Hämatome sind das häufigste Symptom

Tabelle 4: Eher unverdächtige und eher verdächtige Körperstellen für Hämatome

Eher unverdächtig	Eher verdächtig
<ul style="list-style-type: none"> ○ Stirn ○ Schläfe ○ Nase ○ Kinn ○ Hüfte ○ Becken ○ Knie ○ Schienbeine ○ Ellenbogen ○ Dorsale Unterarme (Außenseiten) ○ Palmare Handflächen (Handteller) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Thorax (Brustkorb) ○ Rücken ○ Genitale ○ Dorsale Oberschenkel (Gesäß und Oberschenkelrückseite) ○ Ohren ○ Kieferwinkel ○ Mastoid (Warzenfortsatz hinterm Ohr) ○ Wangen ○ Oberlippe ○ Frenulum (Bändchen) der Oberlippe (Zwangsfüttern) ○ Hals (Würgemale), Nacken ○ Ventrale Unterarme (Innenseite der Unterarme, Schutz vor Schlägen), Schulter ○ Oberarme symmetrisch, Handrücken

Als beweisend anzusehen sind viele Hämatome unterschiedlichen Alters an mehreren und ungewöhnlichen Körperstellen (s. Abbildung 2). Das Alter der Hämatome kann jedoch nur sehr schwer anhand ihrer Farbe bestimmt werden. Verschieden gefärbte Hämatome können gleichzeitig, sich ähnelnde Hämatome können zu unterschiedlichen Zeiten entstanden sein. Einen wichtigen Hinweis

Hämatome an ungewöhnlichen Körperstellen

gibt deshalb das Verhalten der Eltern. Können sie keinen überzeugenden Grund für die Hämatome angeben, ist ein Verdacht auf Misshandlung angebracht. Auch Handabdrücke, Kneif- und Griffmarken sowie Abdrücke von Gegenständen wie Gürtel oder Riemen sind wegweisend. Zu achten ist auf das Vorliegen von Bissspuren. Tierbissverletzungen sind meist spitz zulaufend und punktförmig, menschliche Bisse oft hufeisenförmig. Aus der Größe der menschlichen Bissspur kann z. T. auf die Größe des Gebisses geschlossen werden. Ein steriler, zur DNA-Sicherung angefeuchteter, anschließend luftgetrocknet aufbewahrter Abstrich ist für etwaige spätere DNA-Analysen (Speichel!) sinnvoll.

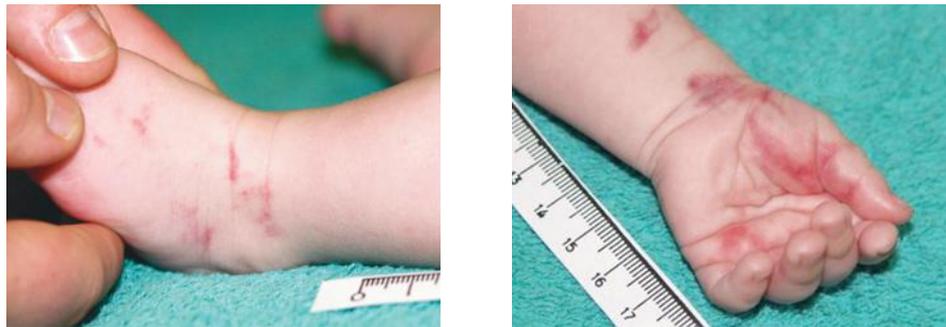


Abbildung 2: Untypische Hämatome an Händen und Füßen eines Säuglings nach Misshandlung

Verbrennungen und Verbrühungen

Verbrühungen und Verbrennungen sind weitere Hautbefunde, die auf eine Kindesmisshandlung hindeuten können. Verbrühungen überwiegen; rund 10 % aller misshandelten Kinder werden (auch) derart gequält. 10 bis 20 % aller thermischen Verletzungen gehen auf Misshandlungen zurück. Typisch sind glatte, scharf begrenzte Abgrenzungen an Armen oder Beinen (wie Handschuhe oder Socken), während bei Unfällen eher unregelmäßige Begrenzungen gefunden werden. Zigarettenverbrennungen weisen einen charakteristischen Durchmesser auf.

Knochenbrüche in den ersten drei Lebensjahren

Knochenbrüche

Knochenbrüche (Frakturen) infolge Misshandlung werden bei Kindern bevorzugt in den ersten drei Lebensjahren angetroffen, während unfallbedingte Knochenbrüche häufiger ältere Kinder treffen. Letztlich können alle Knochenbrüche auch Folge einer Misshandlung sein; typisch sind z. B. Rippenfrakturen, komplexe Schädelfrakturen und beidseitige Oberarmfrakturen. Auch hier gilt, dass mehrere Frakturen unterschiedlichen Alters verdächtig sind, insbesondere wenn Eltern sie nicht adäquat erklären können und keine ärztliche Konsultation gesucht haben. „To the informed physician the bones tell a story the child is too young or too frightened to tell“ (Kempe et al 2002). (Dem erfahrenen Arzt erzählen die Knochen eine Geschichte – das Kind ist zu jung oder zu eingeschüchtert um zu erzählen.)

Ältere Schädelfrakturen sind meist schwierig zu diagnostizieren, da sie ohne typische Verknöcherung verheilen. Eine hohe Spezifität weisen Brüche an Enden langer Röhrenknochen auf, da die dafür erforderlichen Kräfte im Kleinkindesalter durch unfallbedingte Geschehen nur selten erreicht werden. Typisch sind Eckfrakturen („corner chip“). Durch Rotationskräfte können bei Säuglingen Knochenhautreaktionen mit Ablösung beobachtet werden. Brüche der mittleren Knochenbereiche durch Misshandlung sind weniger spezifisch, trotzdem aber häufiger. Oberschenkelfrakturen bei Säuglingen sowie (beidseitige) Oberarm-schaftfrakturen sind hoch verdächtig. Ein typischer Misshandlungsbefund sind Rippenfrakturen. Rippenserienfrakturen des Kindes werden fast ausschließlich durch schwere Verkehrsunfälle verursacht oder – seltener – durch Wiederbelebungsmaßnahmen.

*Schädel- und
Rippenfrakturen*

Kopfverletzungen

Kopfverletzungen stellen die häufigste Todesursache misshandelter Kinder dar. Amerikanische Arbeiten postulieren, dass 80 % aller tödlich verlaufenden ZNS-Verletzungen im Säuglingsalter Folge einer Misshandlung sind. Besonders gefürchtet ist das Shaken-baby-Syndrom (Synonyme: Schütteltrauma, „whiplash shaken infant syndrome“ u. ä.) mit Blutansammlung unter der harten Hirnhaut (subdurales Hämatom) und Augenhintergrundsblutung. Kommt ein bisher gesunder Säugling ohne äußere Verletzungszeichen unerwartet in einen lebensbedrohlichen Zustand, muss neben einem sog. ALTE (Apparent Life Threatening Event = nahezu lebensbedrohliches Ereignis) oder einem drohenden SID (sudden infant death = plötzlicher Kindstod) auch immer eine mögliche Kindesmisshandlung in differenzialdiagnostische Überlegungen einbezogen werden.

*Kopfverletzungen
sind die häufigste
Todesursache bei
Misshandlung*

Das Schütteltrauma wird durch kräftiges Schütteln verursacht. Die Kinder werden dabei meist an Brustkorb, Schultern oder oberen Extremitäten gehalten. Dadurch kommt es zu peitschenschlagähnlichen Bewegungen des Kopfes entlang der Längsachse und zu Rotationsbewegungen. Aufgrund der Massenträgheit bleibt das kindliche Gehirn relativ zu diesen Bewegungen zurück, der Abriss von Brückenvenen und Berstungsrupturen (Sprengungen) von Gefäßen der weichen Hirnhäute mit Hirnblutungen sind die zwangsläufige Folge.

*Subdurales Hämatom
bei Schütteltrauma*

Der Nachweis einer Hirn- und/oder Augenhintergrundblutung bei Kindern ohne verifizierbare Verletzung, bei fehlender Primärerkrankung des Nervensystems, gilt als richtungweisend für die Diagnose. Bereits im häuslichen Milieu hat die detaillierte Dokumentation durch den Notarzt entscheidende Bedeutung bei der Diagnosestellung, der sich dann eine gerichtliche Beweissicherung in der Klinik anschließen muss. Mittels Magnetresonanztomographie, Computertomographie und Dopplersonographie können innere Verletzungen nachgewiesen oder negiert werden.

*Nachweis durch
Diagnose intraokulärer
Blutung*

Erst nach Ausschluss angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Gerinnungsstörungen, von Hirngefäßmissbildungen, Blutungen infolge entzündlicher Erkrankungen usw. ist ein Schütteltrauma als Blutungsursache in Be-

*Untersuchung des
Augenhintergrundes*

tracht zu ziehen. In der amerikanischen Fachliteratur hat sich mittlerweile die Überzeugung etabliert, dass eine zu Hause entstandene, zum Tode oder schwerwiegender Symptomatik führende subdurale Blutung eines Säuglings bis zum Beweis des Gegenteils als Misshandlungsfolge anzusehen ist, nämlich als Folge heftigen Schüttelns. Wichtig bei allen Kopfverletzungen ist die Augenhintergrundsblutung, da sie ohne nachvollziehbares schweres Schädel-Hirn-Trauma einer der stärksten Hinweise für eine Kindesmisshandlung ist. Aus diesem Grunde bedarf jedes fraglich misshandelte Kind einer Untersuchung des Augenhintergrunds.



Abbildung 3: Computertomographischer Befund eines geschüttelten Säuglings (Reste einer schweren Blutung bzw. ausgedehnte Defektheilungen) sowie schematische Darstellung der Kraffteinwirkung beim Schütteln

Thorax- und Bauchtraumen

*Thorax- und
Bauchtraumen sind
seltener, aber potenziell
tödlich*

Thorax- und Bauchtraumen sind relativ selten, dann aber potenziell tödlich. Thorakal (d. h. am Brustkorb) beschränken sie sich meist auf Rippenfrakturen. Am Bauch werden bevorzugt Risse des linken Leberlappens (Unfall: rechter Leberlappen) und der Nieren gefunden, während Risse der Milz seltener sind. Entzündungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitiden) werden in den ersten fünf Lebensjahren am häufigsten durch Misshandlungen ausgelöst; Einblutungen in die Darmwand des Zwölffingerdarms (intramurale Duodenalhämatomate) sind bei fehlenden überzeugenden unfallbedingten Mechanismen fast vollständig beweisend für eine Misshandlung.

Apparative Diagnostik

*Röntgenuntersuchung
bei Kindern unter
3 Jahren wichtig*

Bei suspekten Befunden ist zumindest bei Säuglingen und Kleinkindern eine Übersichtsröntgenuntersuchung zum Nachweis bzw. Ausschluss anders nicht erkennbarer älterer Frakturen erforderlich. Die American Academy of Pediatrics¹⁰ emp-

¹⁰⁾ Siehe auch unter <http://www.aap.org>

fehlt bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr die obligate konventionell radiologische Bildgebung, zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr als Individualentscheidung. Vergleichbare Empfehlungen werden von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie gegeben. Hier werden als zu untersuchender Skelettstatus der Schädel in zwei Ebenen, der knöchernen Brustkorb, die Brust- und Lendenwirbelsäule, beide Arme, Beine und Füße sowie das Becken angegeben.¹¹ In der eigenen Klinik wird meist auf das Röntgen von BWS, LWS und Becken aus strahlenhygienischen Gesichtspunkten verzichtet. Ein „Ganzkörper-Babygramm“ ist nicht mehr zeitgemäß. Bei klinischem Verdacht auf ZNS-Verletzungen erfolgt i. d. R. eine Schädelcomputertomographie, bei Verdacht auf Bauchverletzungen eine Abdomensonographie, ggf. auch eine computertomographische Untersuchung.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes ist obligat, da eine hohe Korrelation zwischen nicht-akzidentellen ZNS-Verletzungen und retinalen Blutungen besteht. Bei unklaren Hämatomen sollte eine klärende Gerinnungsdiagnostik erfolgen, die oft auch erhebliche gerichtliche Bedeutung hat.

4.3 Folgen sexueller Gewalt

Bei Verdacht auf sexuelle Gewalt sollte man sich von erfahrenen Kollegen oder multidisziplinären Einrichtungen beraten lassen. Der erste Verdacht ist oft vage. Weitere Schritte müssen sorgfältig überlegt und gründlich vorbereitet werden. Der erste Schritt ist, sexuelle Gewalt gegen Kinder überhaupt in die Differenzialdiagnose mit einzubeziehen. Man muss bereit sein, dem Kind zu glauben und seine Gefühle zu respektieren. Dies kann besonders schwierig sein bei positiven Gefühlen des Opfers gegenüber dem vermuteten Täter (Herrmann 1998).

Die Gesprächsführung und die körperliche Untersuchung müssen besonders einfühlsam und behutsam erfolgen. Das Kind könnte die Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben. Bei einer eventuellen Verweigerung des Kindes geben Sie ihm Zeit, sich auf die neue Situation einzustellen. Alle Untersuchungsschritte sollten erklärt und offen über das Thema gesprochen werden.

Ein genauer körperlicher Untersuchungsbefund sollte erhoben und gewissenhaft dokumentiert werden. Die Beurteilung des Genitalstatus, der Analregion und der angrenzenden Oberschenkel besteht zunächst aus einer Inspektion. Instrumentelle Untersuchungen sollten nicht routinemäßig und nur von einer/einem darin erfahrenen Ärztin/Arzt in Abhängigkeit von Anamnese, Befund und Alter des betroffenen Kindes erfolgen. Zusätzliche laborchemische Untersuchungen und gegebenenfalls der Nachweis von Sperma sind von der konkreten Situation abhängig. Es ist zu bedenken, dass auch andere Körperregionen wie Mund und Brustbereich in sexuelle Aktivitäten einbezogen sein können.

Vager Anfangsverdacht

*Einfühlsame
Gesprächsführung*

*Schonende körperliche
Untersuchung*

¹¹⁾ Empfehlung der Universität Düsseldorf, siehe unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF.

*Forensische Aspekte
beachten*

Liegt der vermutete sexuelle Übergriff länger als 72 Stunden ohne Verletzungen der Anogenitalregion zurück, können forensische Überlegungen vorerst zurückgestellt werden. Bei Übergriffen, die weniger als 48 bis 72 Stunden zurückliegen, müssen entsprechende Untersuchungen zur Beweissicherung umgehend eingeleitet werden.

*Kaum eindeutige
Befunde*

Verletzungen im Anogenitalbereich bei Kindern – dazu gehören Hämatome, Striemen, Bisswunden, Einrisse und Quetschungen – sind ohne sinnfällige Erklärung stets hochverdächtig auf eine sexuelle Misshandlung. Häufig entstehen auch ein weiter Eingang der Vagina oder perianale Rötungen und Einrisse sowie venöse Stauungen. Vor der Geschlechtsreife eines Kindes auftretende sexuell übertragbare Krankheiten wie Gonorrhöe oder Condylomata accuminata (Feigwarzen) sind mit größter Wahrscheinlichkeit unmittelbare Folge der sexuellen Gewalt. Aber auch unspezifische Symptome wie wiederholte Harnwegsinfekte, Infektionen im Anogenitalbereich, sekundäre Enuresis (Einnässen) und Enkopresis (Einkoten) sowie seelische Veränderungen können Hinweis auf mögliche sexuelle Gewalt gegenüber dem Kind sein.

4.4 Psychischer Befund

*Merkmale von
Misshandlung und
Vernachlässigung*

Die Erhebung des psychischen Befunds ist die Voraussetzung dafür, seelische Störungen von Kindern und Jugendlichen richtig einordnen zu können. Folgende Auffälligkeiten sind wichtige Hinweise für eine Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung und sind sorgfältig zu dokumentieren:

Frozen watchfulness

- „Frozen watchfulness“ (gefrorene Aufmerksamkeit) gilt in der Misshandlungsliteratur als ein typisches Merkmal misshandelter Kinder: Das Kind sitzt still auf seinem Platz und beobachtet seine Umgebung und die Geschehnisse aus den Augenwinkeln heraus. Es bewegt sich erst, wenn es sich unbeobachtet glaubt.

*Niedergeschlagenheit
und Entwicklungsrückstände*

- Ängstlichkeit, Traurigkeit, Stimmungslabilität und mangelndes Selbstvertrauen gelten als Merkmale von sexueller Gewalt. Manche misshandelte Kinder sind auffallend ruhig und zurückgezogen. Entwicklungsrückstände in der motorischen und sprachlichen Entwicklung sind nicht selten. „Hier gefällt es mir“, oder „Ich gehe gern ins Krankenhaus“ können verschlüsselte Botschaften sein, welche die unerträgliche Situation der betroffenen Kinder übermitteln sollen, ohne sie direkt benennen zu müssen. Manche Kinder, die in einer deprivierenden Umgebung leben, entwickeln sich in einer neuen Situation, z. B. während eines Klinikaufenthalts, rasch zum Positiven.

*Auffälligkeiten im
Sozialverhalten*

- Häufig treten Störungen des Sozialverhaltens auf, insbesondere Aggressivität und Distanzlosigkeit. Inadäquates sexuelles Verhalten oder nicht alterssprechendes Wissen über die Sexualität können Hinweise auf mögliche

sexuelle Gewalt gegenüber dem Kind geben. Plötzliche Wesens- und/oder Verhaltensänderungen, Schulleistungsknick, sozialer Rückzug oder unangemessene Aggressivität können Folge von sexueller Gewalt sein. Mit Hilfe von Spielszenarien oder Zeichentests kann der Verdacht vielleicht bestätigt oder verworfen werden.

Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten und Einzelbefunde können nur als Hinweise für eine mögliche Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen durch psychische und sexuelle Gewaltanwendung dienen. Sie stellen allein für sich genommen keine Beweise dar. Mögliche Gewaltanwendung gegenüber Kindern in die Differenzialdiagnose mit einzubeziehen, erfordert deshalb fundierte Kenntnisse und die Bereitschaft, dahingehende Hinweise wahrzunehmen (Herrmann 1998).

Einzelbefund ist kein Beweis

Vermeiden Sie suggestive Fragestellungen, wenn Ihnen während eines Gespräches mit dem Kind oder der Begleitperson bzw. bei der körperlichen Untersuchung des Kindes der Verdacht auf Gewaltanwendung gegen das Kind aufkommt. Die Äußerungen des Kindes sollten schriftlich und möglichst mit seinen eigenen Worten niedergelegt werden.

Suggestivfragen vermeiden

Beachten Sie eine sorgfältige Dokumentation aller erhobenen Befunde. Die im Serviceteil angefügten Dokumentationsvorlagen sollen Ihnen diese Arbeit erleichtern.

Sorgfältige Dokumentation

In der Untersuchungssituation können beim Umgang der Eltern/Begleitperson mit dem Kind weitere Aspekte deutlich werden. Hinweise auf eine mögliche Ablehnung oder Vernachlässigung des Kindes können sein:

Hinweise auf Ablehnung und Vernachlässigung

- Wenig freundlicher Umgang mit dem Kind, z. B. der begleitende Elternteil lächelt kaum
- Geringe Zärtlichkeit und Vermeiden von Körperkontakt
- Verbale Restriktionen, z. B. negative Aussagen zum Kind und ärgerlicher Ton
- Übergehen deutlicher Signale des Kindes (Lächeln, Quengeln, Schreien)
- Fehlendes reaktives Lächeln des Kindes bzw. Vermeiden des Blickkontakts
- Unsicherheit, geringe Vorhersagbarkeit und mangelnde Verlässlichkeit in der Beziehung zum Kind

4.5. Beurteilung der familiären Situation

Misshandlung und Vernachlässigung treten bei einer Anhäufung von abnormen psychosozialen Umständen auf (Remschmidt & Schmidt 1994). Schwierige sozioökonomische Bedingungen, niedriger Bildungsstandard, soziale Isolation, gesundheitliche und psychische Probleme, belastete Lebensgeschichte, häusliche Gewalt, Partnerschaftsprobleme und gestörte familiäre Beziehungen begünstigen die Entwicklung von Gewalt gegen das Kind (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Leitfragen zur Familienanamnese bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Fragen zur Familiensituation	Fragen zur Beziehung der Familie nach außen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Wer gehört zur Familie? ○ Ist jemand weggegangen (Todesfall, Partnerverlust, Trennung)? ○ Ist jemand neu hinzugekommen (Geschwister, neuer Partner)? ○ Wen gibt es sonst noch an Angehörigen? ○ Wie geht es den Eltern? Wie geht es der Mutter? ○ Wie kommen die Eltern/Bezugspersonen mit dem Kind/den Kindern zurecht? Gibt es Unterschiede in der Beziehung Mutter-Kind/Vater-Kind? ○ Gibt es Konfliktstoff (Kind, Alkohol, Drogen, Schulden, Arbeitslosigkeit etc.)? ○ Hat das Kind schulische Probleme? ○ Wie ist die Wohnsituation? ○ Gibt es Spielsachen für das Kind? ○ Hat es ein eigenes Bett? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie ist der Kontakt zu Angehörigen? ○ Gibt es Bezugspersonen, an die man sich auch im Notfall wenden kann (Nachbarn, Freunde, Bekannte)? ○ Mit welchen Fachleuten hat die Familie Kontakt? ○ Wer hat etwaige Voruntersuchungen durchgeführt? ○ Haben die Eltern oder das Kind Beziehungen zum Jugendamt oder zu anderen Beratungsstellen?

Hausbesuche nutzen

Ein Hausbesuch kann eine gute Möglichkeit sein, die eigenen Wahrnehmungen zu überprüfen und den Lebensraum des Kindes zu beurteilen. Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen haben gegenüber den Klinikärzten den Vorteil, dass sie die soziale Situation und die Lebenssituation des Kindes sehen und in ihre differenzialdiagnostischen Überlegungen mit einfließen lassen können. Besteht hier keine sofortige Möglichkeit, kann die ärztliche Kollegin/der ärztliche Kollege des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes angesprochen werden.



5. Fallmanagement im Rahmen des Kinderschutzes

5.1. Allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung

Das Wohl des Kindes im Vordergrund

Wenn in einer Familie oder ihrem sozialen Umfeld Gewalt ausgeübt wurde, werden an die Hilfeleistenden und an die betreuenden Ärzte hohe Anforderungen gerichtet. Bei allen Bemühungen um Hilfe muss das Wohlergehen des Kindes oder Jugendlichen im Vordergrund stehen:

Dem Problem sachlich begegnen

- Bleiben Sie im Verdachtsfall einer Kindesmisshandlung oder sexueller Gewalt dem betroffenen Kind oder Jugendlichen gegenüber gelassen. Bemühen Sie sich um eine dem Alter entsprechende Sprache und um eine sachliche Ausdrucksweise. Entsetzte oder empörte Äußerungen, wie „Das ist ja schrecklich, was Dir angetan wurde!“, helfen nicht weiter, ebenso wenig Vorwürfe, Vermutungen, Vorurteile oder Dramatisierungen. Geben Sie dem Kind oder Jugendlichen ein Gefühl der Sicherheit. Bleiben Sie auch der Begleitperson gegenüber zugewandt.

Persönliche Einstellungen prüfen

- Sobald Sie mit einem Verdacht auf Kindesmisshandlung oder sexueller Gewalt konfrontiert werden, wird Ihr weiterer Umgang mit dem betroffenen Kind und seiner Familie maßgeblich durch Ihre persönliche Haltung zu dem Problemkreis beeinflusst. Sie sollten deshalb ihre persönliche Haltung und Einstellung kritisch prüfen. Der Kontakt zu Opfern und Tätern erfordert einen reflektierten Umgang mit dem Thema häuslicher oder sexueller Gewalt.

Eigene Grenzen und Möglichkeiten beachten

- Als Hilfeleistender oder als Arzt oder Ärztin müssen Sie ihre Möglichkeiten und Grenzen kennen. Sie dürfen dem betroffenen Kind keine Versprechen geben, die Sie später nicht halten können. Das Ihnen entgegengebrachte Vertrauen würde sonst unrettbar verloren gehen.

Zusammenarbeit mit anderen suchen

- Es wird in der Regel nicht möglich sein, den Fall allein zu behandeln und das Problem allein zu lösen. Handeln Sie nicht unüberlegt oder überstürzt. Suchen Sie die Kooperation mit anderen Fachleuten und Diensten.

Unterstützung der Familie

- Auch misshandelte Kinder hängen häufig an ihren Eltern. Der Verbleib in der Familie kann deshalb angemessen sein, selbst wenn die Gewaltproblematik zunächst weiter besteht. Vor allem wenn das Kind nicht akut gefährdet ist, stellt eine professionelle Unterstützung der Eltern bei der Bewältigung ihrer Erziehungsaufgaben in vielen Fällen die wirksamste Hilfe dar.

Gefährdungsrisiko abschätzen

Eine wichtige Hilfe bei Kindesmisshandlung stellt die erste Risikoabschätzung dar: Ist ein sofortiges Einschreiten erforderlich oder kann ggf. abgewartet werden, um die Gefährdung bei weiteren Untersuchungsterminen besser beurteilen zu können? Je jünger das Kind ist, desto höher ist das Gefährdungsrisiko einzuschätzen, ebenso bei bereits bestehender Entwicklungsverzögerung, bei chro-

nischer Erkrankung oder Behinderung. Die Schutzbedürftigkeit ist maßgeblich nach dem Alter des Kindes, seinem Entwicklungsstand und seinem aktuellen Gesundheitszustand zu beurteilen. Es können folgende Abstufungen des Gefährdungsrisikos unterschieden werden:

- Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind nicht gegeben.
- Einzelne Anhaltspunkte für eine Gefährdung liegen vor, die eine weitere aufmerksame Beobachtung erfordern.
- Eine drohende Gefährdung liegt vor, die kein sofortiges Eingreifen, aber eine zügige Veränderung der Situation für das Kind oder den Jugendlichen erfordert.
- Eine akute Gefährdung liegt vor, die ein sofortiges Handeln, etwa eine Inobhutnahme durch das Jugendamt oder eine Krankenhausbehandlung, erforderlich macht.

5.2. Fallmanagement in der Betreuung von Müttern und Familien durch Hebammen

Die Angebote der Hebammenhilfe zur Versorgung von Schwangeren und von Mutter und Kind stellen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen dar. Alle Leistungen der Hebammen werden von den Frauen und ihren Familien freiwillig angenommen. Die präventive Arbeit der Hebammen mit den Eltern reicht von der Geburtsvorbereitung bis hin zur Nachsorge. Während ihrer Hilfen haben die Hebammen vielfältige Möglichkeiten, auf einen wirksamen Kinderschutz hinzuwirken.¹²

Versorgung von Schwangeren und von Mutter und Kind

Während der Schwangerschaft

Die erste Kontaktaufnahme der Hebamme zur Familie erfolgt meist in der 20. Schwangerschaftswoche. Dabei werden folgende Leistungen angeboten:

- Geburtsvorbereitungskurse (14 Stunden): Vorbereitung der Eltern auf die Geburt und auf das Leben mit einem Kind
- Schwangerenvorsorge
- Hilfe bei Beschwerden im Zusammenhang mit der Schwangerschaft in Form von Hausbesuchen
- Ernährungsberatung

¹²⁾ Mehr zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als im Leitfaden nachfolgend beschrieben, finden Sie auf der Homepage des Hebammenlandesverbandes Brandenburg e.V. unter www.hebammen-brandenburg.de

Während der Schwangerschaft unterstützen Hebammen die werdenden Eltern beim Übergang von der Partnerschaft zur Elternschaft. Ist die Mutter in einer problematischen psychosozialen Situation, können sie zu sozialen Hilfen beraten und bereits vor der Geburt des Kindes Hilfsangebote vermitteln.

Bei der Geburt

Angebot von Hilfen bei Belastungen

Hebammen begleiten und unterstützen die werdende Mutter und ihren Partner in allen Phasen der Geburt. Bestehen besondere psychosoziale Belastungen der Eltern, können Hebammen bei einer ambulanten oder stationären Klinikgeburt weitere Hilfen anbieten (z. B. Empfehlung einer nachsorgenden Hebamme und einer Familien- oder Haushaltshilfe). Bei großer Sorge um das gesundheitliche Wohlergehen des Neugeborenen können sie sich an den ambulant betreuenden Kinder- und Jugendarzt der Familie wenden oder auch mit dem Gesundheits- bzw. Jugendamt Kontakt aufnehmen.

Bei einer außerklinischen Geburt achten die Hebammen im Haus der Familie, im Geburtshaus oder in der Praxis auch auf bekannte Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung. Sie empfehlen den Eltern, die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrzunehmen.

Nach der Geburt

Betreuung durch Hausbesuche

Während der ersten Woche nach der Geburt hat jede Frau Anspruch auf Hebammenhilfe in Form von Hausbesuchen. Bis zum 10. Tag nach der Geburt können Frauen 1- bis 2-mal täglich Hausbesuche von Hebammen in Anspruch nehmen. Anschließend sind bis zur achten Lebenswoche des Säuglings bis zu 16 Hausbesuche als Krankenkassenleistung möglich. Weitere Besuche sind auf ärztliche Anordnung möglich. Nach dem Ende der 8. Lebenswoche des Kindes kann die Hebamme noch bis zu acht Hausbesuche wegen Stillprobleme der Mutter oder Ernährungsprobleme des Säuglings durchführen. Ab ca. der 10. Woche nach der Geburt können Hebammen die jungen Mütter zur Rückbildungsgymnastik anleiten. Während der Hausbesuche sprechen Hebammen auf Wunsch mit den Eltern über Erziehungsfragen und Probleme in der aktuellen Familiensituation. Falls notwendig, machen sie auf Handlungsbedarf aufmerksam und vermitteln bei Bedarf Ansprechpartner und Kontakte für weitere Hilfsmöglichkeiten.

Angebot von Hilfen bei erweitertem Betreuungsbedarf

Zeigt eine Mutter während der Wochenbettbetreuung einen erweiterten Betreuungsbedarf, ohne dass eine unmittelbare Gefahr für das Kind besteht, empfiehlt die zuständige Hebamme der Mutter ein Gespräch mit dem ambulant betreuenden Kinder- und Jugendarzt, dem Gynäkologen oder dem Hausarzt. Weiterhin unterbreitet sie der Familie konkrete Hilfsangebote.

Hilfen bei Gefährdung des Kindes

Beobachtet die Hebamme in der Phase der Wochenbettbetreuung während ihrer Hausbesuche gewichtige Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung des Kindes, ergreift sie eine der drei folgenden Maßnahmen (s. Abbildung 4):

- Die Hebamme empfiehlt den Eltern, den behandelnden Kinder- und Jugendarzt oder eine Kinder- und Jugendklinik aufzusuchen. Sie bietet an, die Eltern dabei zu begleiten. Akzeptieren Eltern die Empfehlung, kommt es zu einer Fallbesprechung. Mit den Eltern werden Lösungswege erörtert. Der gesamte Vorgang wird dokumentiert. Bei Bedarf informiert die Hebamme das Jugendamt oder den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.
- Folgen die Eltern trotz einer Gefährdung des Kindes nicht der Empfehlung, einen Arzt oder eine Klinik aufzusuchen, informiert die Hebamme umgehend den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamts (KJGD) oder das Jugendamt.
- Zeigen die Eltern keine Bereitschaft zu einem Arzt- oder Klinikbesuch und sind in einer akuten Notsituation (z. B. tätliche Gewalthandlungen) weder das Jugendamt noch der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erreichbar (z. B. während eines Feiertages), meldet die Hebamme die unmittelbare Gefährdung des Kindes an die Polizei.

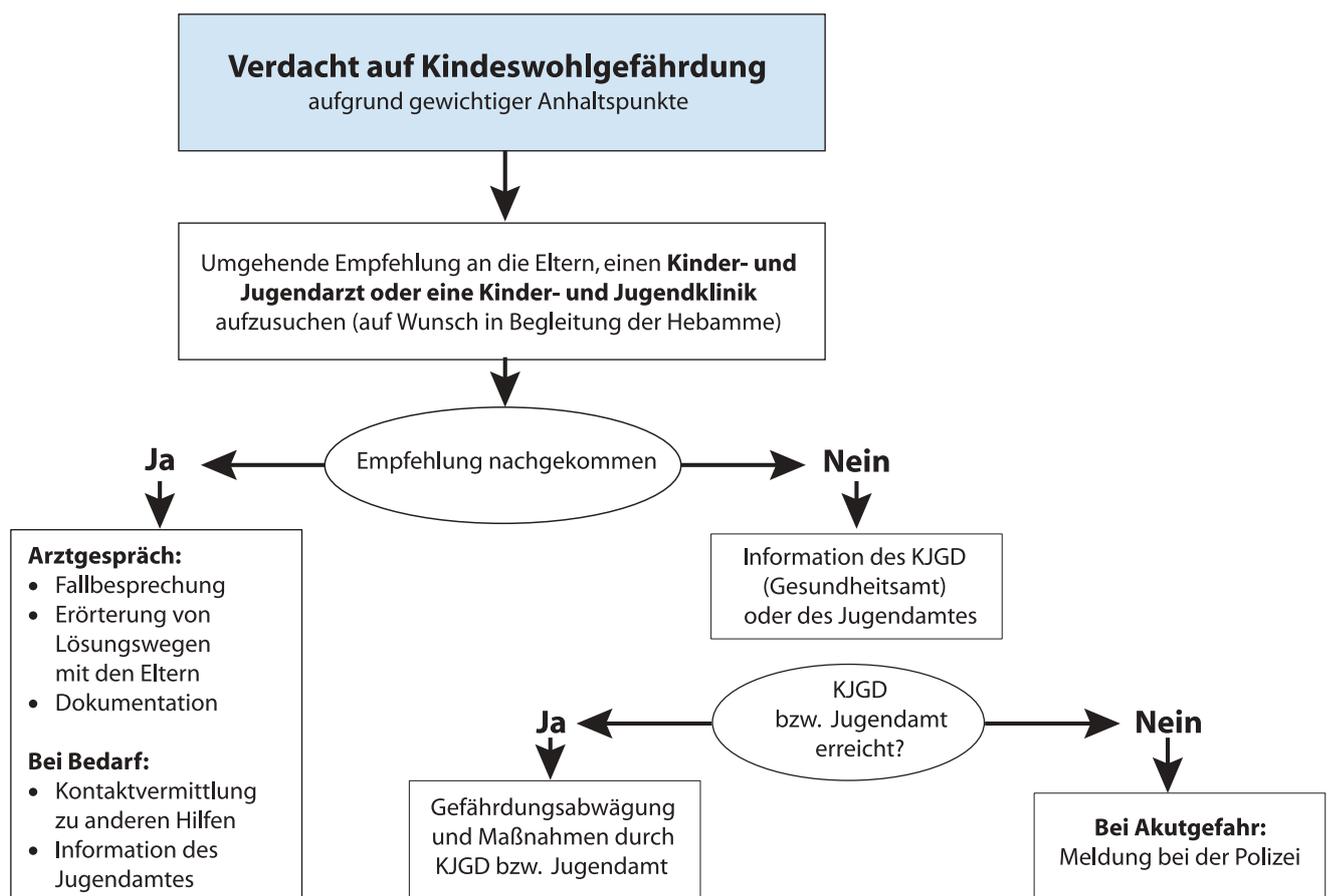


Abbildung 4: Fallmanagement für Hebammen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich eines Hausbesuchs

Familienhebammen

Zusatzqualifikation Familienhebamme

Laut Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes (Artikel 1 §§ 3 Abs. 4 – Gebot zur Netzwerkarbeit und 4 – Verpflichtung zum Schutz des Kindes – KKG) haben seit dem 01.01.2012 neben den Netzwerken Frühe Hilfen auch die Familienhebammen dafür zu sorgen, dass die Kleinsten gesund und gewaltfrei aufwachsen. Familienhebammen haben eine Zusatzqualifikation, die folgende Themen umfasst: Methodentraining, Aspekte der Sozialpädiatrie, Pädagogik, Psychologie, Kommunikation, Gesetzeskunde und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Neben den allgemeinen Leistungen einer Hebamme liegt der Schwerpunkt ihrer Arbeit auf der psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung von Müttern, Kindern und Familien bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes.

Familienhebammen im Einsatz bei besonderen Problemlagen

Die Zielgruppe von Familienhebammen sind junge Familien, für die ein Betreuungszeitraum von 8 Wochen nach der Geburt aufgrund von besonderen gesundheitlichen oder psychosozialen Belastungen nicht ausreichend ist.

Durch eine gute Netzwerkarbeit und Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern und Institutionen können Angebote im Interesse der Kinder besser als bisher und passgenau zum Bedarf der Familien vermittelt werden.



5.3 Fallmanagement in der Kinder- und Jugend- arztpraxis

Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen

Grundüberlegung des Fallmanagements in der Kinder- und Jugendarztpraxis ist die gemeinsame Betreuung des Kindes oder Jugendlichen und seiner Familie durch die Arztpraxis, die Sozialen Dienste, Gesundheitsämter und spezialisierte Beratungsstellen. Das Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Informationsaustausch zwischen den Beteiligten mit dem Ziel, eine Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen und einen wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen zu gewährleisten (Hermann et al 2010). Eine gemeinsame Fallkenntnis ist darüber hinaus eine wichtige Bedingung für schnelle Hilfen und für den Schutz des Kindes oder Jugendlichen.

*Gemeinsames
Fallmanagement*

Ein niedergelassener Arzt oder Ärztin hat im Rahmen des Fallmanagements bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gemäß KKG § 4 folgende Aufgaben:

*Aufgaben der Kinder-
und Jugendarztpraxis*

- Frühzeitiges Erkennen einer Gefährdung des Kindes
- Möglichkeit der Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe als Anspruch gegenüber dem Jugendamt
- Erörterung der Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten
- Gesundheitliche Versorgung des Kindes und Beobachtung seines Gesundheitszustandes
- Information der Eltern/Begleitpersonen über die Hilfsangebote des Jugendamtes und anderer spezieller Beratungseinrichtungen sowie aktive Vermittlung von Hilfen für Eltern und Kind
- Scheidet die Abwendung einer Gefährdung aus oder ist das beschriebene Vorgehen erfolglos, Kontaktaufnahme zum Jugendamt oder zu anderen Hilfeeinrichtungen gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung bei gleichzeitiger Information der Betroffenen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage gestellt wird

Um bei Kindeswohlgefährdung wirksam helfen zu können, sollte die Kinder- und Jugendärztin/der Kinder- und Jugendarzt in der Lage sein, Eltern in Entwicklungsfragen zu beraten und mit ihnen ihre Einstellungen zum Kind und seiner Gesundheit zu erörtern. Die von vorhandenen elterlichen Belastungen oder von den Problemen des Kindes auf die Interaktion in der Familie ausgehenden Auswirkungen sind einzuschätzen. Kommt es zu ausgeprägten Abweichungen in den beiden Bereichen, sind geeignete Hilfen einzuleiten (Frank 1997).

Eltern beraten

Ein vertrauensvoller Kontakt zum Kind und seiner Familie ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention weiterer Gewalt. Im Verdachtsfall einer Kin-

Vertrauen aufbauen

deswohlgefährdung ist es deshalb eine wichtige Aufgabe von Ihnen, die möglicherweise gefährdete Arzt-Patienten-Beziehung zu stabilisieren. Nur so ist ein gemeinsames Fallmanagement mit dem Jugendamt und anderen spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

Neutralität bei Partnerschaftskonflikten

Bei Trennungs- und Ehescheidungskonflikten ist die Gefahr einer Instrumentalisierung des Arztes durch die Konfliktparteien besonders groß. Hier ist die Vermittlung von entsprechenden Beratungsangeboten von besonders großer Bedeutung, um die eigene Neutralität wahren zu können.



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis

- Bemühen Sie sich stets um eine neutrale Haltung und gehen Sie nicht auf Forderungen nach Attestierung der Gewaltanwendung gegen das Kind zugunsten einer Partei ein.
- Machen Sie Ihre Sorgen um das Wohl des Kindes deutlich.
- Vermeiden Sie wertende Haltungen.
- Bieten Sie keine Leistungen oder Therapien an, die Sie nicht selbst erbringen können.
- Führen Sie möglichst eine gemeinsame Entscheidung über die Inanspruchnahme von Hilfen bei Beratungsstellen, Hilfeeinrichtungen oder Behörden herbei.

Diagnoseeröffnung gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Eröffnungsgespräch vorbereiten

Bei der Erstuntersuchung stehen die Befunderhebung und Befundsicherung sowie die Befragung der Eltern oder Begleitpersonen im Vordergrund. Wenn im Resultat der Befunderhebung der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt zwingend erscheint, muss mit den Eltern/Begleitpersonen bzw. Sorgeberechtigten gesprochen werden. Dabei sollte zunächst der/die nichtmisshandelnde Partner/Person informiert werden. Dies ist ein kritischer Moment, da Ambivalenz und Schuldgefühle deutlich werden und sehr viel Unterstützung gegeben werden muss.

Besonders unter dem Aspekt des Kinderschutzes gilt es, die Familie zu unterstützen. Bei akuten lebensbedrohenden Gefährdungen des Kindes oder Jugendlichen muss ggf. vor der Diagnoseeröffnung der Schutz des Kindes vor weiteren Übergriffen oder Eskalationen sichergestellt sein (Hutz 1994/95, Kopecky-Wenzel & Frank 1995, Egle et al. 1997).

Anschließend erfolgt die Eröffnung mit dem Schädiger in klarer, konfrontativer Weise. Dabei ist es wichtig, dass das geplante Vorgehen zuvor mit Fachpersonal (z. B. aus den Sozialen Diensten des Jugendamtes) beraten wird. Dabei soll eine systemische Sichtweise den Angeschuldigten nicht von seiner Verantwortung entbinden, sondern vielmehr eine Vorstellung von einer Entwicklungsmöglichkeit geben, die ein Gegengewicht gegenüber den massiven Verleugnungstendenzen bilden kann (Egle et al. 1997).

Das Gespräch sollte unter geeigneten Bedingungen stattfinden. Es erfordert ausreichende Gesprächszeit ohne Unterbrechungen durch Anrufer oder Praxispersonal, eine sachliche Atmosphäre und das Bereithalten von Informationsmaterial über spezielle Beratungsangebote für die Betroffenen.

Gesprächsführung in sachlicher Atmosphäre



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis

- Die Symptomatik des Kindes bietet die Möglichkeit, mit den Eltern/Sorgeberechtigten ins Gespräch zu kommen.
- Auffallende Befunde wie Hämatome oder Striemen sollten Sie den Eltern mitteilen
- Mit den Eltern sollten Sie über mögliche Ursachen reden, auch wenn die Eltern das Kind aus einem anderen Grund vorgestellt haben
- Auch seelische oder psychosomatische Veränderungen oder Beschwerden des Kindes können Ihnen einen Gesprächseinstieg erleichtern, etwa:
„Ihr Sohn/Ihre Tochter macht schon seit längerer Zeit einen recht ängstlichen Eindruck auf mich. Haben Sie eine Vorstellung, woran das liegen könnte?“

Die Aussagen der Eltern/Begleitpersonen sind ebenso wie die Anamnese und Behandlung des Kindes und die eigenen Eindrücke der Ärztin/des Arztes zu dokumentieren. Fotografien von äußeren Verletzungen beim Kind/Jugendlichen können ggf. die Dokumentation vervollständigen. Die Dokumente können eine wichtige Grundlage bilden für eine gerichtliche Beweissicherung und sind der Nachweis dafür, dass eventuelle behördliche Maßnahmen auf Grundlage einer sorgfältigen Abwägung der konkreten Fakten und der aktuellen Situation des Kindes veranlasst werden.

Falldokumentation für eventuelle gerichtliche Beweissicherung

In der psychosomatischen Grundversorgung des betroffenen Kindes soll mit begrenztem Aufwand eine symptomorientierte Gesamtbeurteilung erfolgen. Dabei ist der Begriff „psychosomatische Grundversorgung“ für das Kindes- und Jugendalter noch nicht hinreichend definiert. Wichtig ist ein kindgerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche kann in unauffälliger Form erfolgen. Ziel ist es, dem Kind die Sicherheit zu vermitteln, dass es über Erlebtes frei sprechen kann.

Psychosomatische Grundversorgung

Die erforderlichen Therapiemaßnahmen leiten sich aus der Gesamtbetrachtung der erhobenen Befunde ab. Dabei gibt es keine allgemeingültige Grenze, bei der unbedingt und sofort eingeschritten werden muss, es sei denn, Leib und Leben des Kindes/Jugendlichen sind ernsthaft bedroht. Die Entscheidung hierüber kann nur im konkreten Fall unter Abwägung aller Risiken getroffen werden.

Therapie unter Abwägung aller Risiken

Die Behandlungsziele sind:

Behandlungsziele

- Sicherheit für das Kind,
- Stärkung der Kompetenz der Familie und
- Hilfen für Eltern und Kind.

Eilmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr

Meist keine akut abzuwendende Gefahrensituation

Alle Formen der Kindesmisshandlung sind selten Einzelereignisse, sondern meist lang andauernde Prozesse, die das Kind aufgrund ihrer Tendenz zur Eskalation psychisch und physisch gefährden. Deshalb ist zum Zeitpunkt des Praxisbesuches in aller Regel keine unmittelbar abzuwehrende Gefahr für das Kind gegeben. Meist entsteht die Gefährdung des Kindes durch die Wiederholung der Misshandlung.

Um in einer auftretenden Krisensituation angemessen reagieren zu können, sollten folgende Überlegungen beachtet werden:



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis:

- Ein sofortiges Handeln ist in den meisten Fällen nicht angezeigt.
- Bei akuten Misshandlungen mit schweren Verletzungen ist die Klinikeinweisung angezeigt. Kündigen Sie das Kind an und treffen Sie Vorkehrungen für einen sicheren Transport. Gegebenenfalls sollte ein Arzt oder ein Krankentransport das Kind begleiten. Vergewissern Sie sich in der Klinik über die Ankunft des Kindes.
- Bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind oder den Jugendlichen sind die Jugendämter für die Intervention zuständig. Spezialisierte Beratungseinrichtungen können die Familie durch Einzel- und Familientherapie unterstützen.
- Im Notfall besteht immer die Möglichkeit des Einschaltens der Polizei, insbesondere bei Gefahr für das Leben, Suizidgefahr, unkontrollierter Gewaltbereitschaft und sich dramatisch eskalierender Familienkonflikte an den Wochenenden.

Angemessenes, abgestuftes Reagieren

Selbst in den kritischen Fällen, die ein sofortiges Eingreifen erfordern, ist eine besonnene und der Gefahrenbewertung entsprechend abgestufte Reaktion möglich und erforderlich:

- Klinikeinweisung
- Rücksprache mit dem Jugendamt oder anderen vorübergehenden Schutzmöglichkeiten (z. B. Haus des Kindes, Wohngruppen etc.)
- Ansprechen behördlicher Hilfeeinrichtungen
- Einschalten der Polizei



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis:

- Die Einschätzung der Gefährdungssituation müssen Sie grundsätzlich in eigener Verantwortung vornehmen. Die erforderlichen Maßnahmen müssen Sie gegenüber den Betroffenen (Kind und Eltern/Begleitperson) eindeutig begründen.
- Begegnen Sie dabei den Eltern/Sorgeberechtigten mit allem Respekt, formulieren Sie aber auch klar verständlich, wo ihre Verantwortung liegt, und wo Sie Diskrepanzen zum Kindeswohl sehen.

Für die „innere Bewertung“ der aktuellen Situation und vorhandener Ressourcen ist die Kenntnis und Anwendung der Bentovim-Kriterien¹³ hilfreich:

Kriterien nach Bentovim

- Das Ausmaß der Verantwortung, die die Eltern (Sorgeberechtigten) für den Zustand des Kindes übernehmen, sowie die Einsicht, dass eine Veränderung notwendig ist – im Gegensatz zu mangelnder Verantwortung
- Das Ausmaß der Wärme, Empathie und Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes auch unter Belastung voranzustellen – im Gegensatz zu Abwehr und Schuldzuweisungen an das Kind
- Die Einsicht und Annahme von Hilfe in Bezug auf elterliche und erzieherische Probleme – im Gegensatz zu Verleugnung und Bagatellisierung der Probleme
- Die Flexibilität in Beziehungen und das Potenzial, Lebensmuster zu ändern – im Gegensatz zu Verleugnung und erstarrter Haltung
- Die kooperative Einstellung (der Eltern/Sorgeberechtigten) gegenüber professionellen Helfern – im Gegensatz zu übermäßiger Verbitterung
- Die Verfügbarkeit von Ressourcen im Umfeld der Familie – im Gegensatz zu einer psychosozial und strukturell verarmten Lebensumwelt

Zusammenarbeit mit anderen Hilfeinrichtungen

Für ein gemeinsames Fallmanagement zwischen Ärzten und behördlichen und nicht behördlichen Hilfeinrichtungen und Institutionen sollten die nachfolgenden Empfehlungen beachtet werden. Diese Empfehlungen gehen über die Befunderhebung und Diagnosestellung hinaus.



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis:

- Für ein wirksames gemeinsames Fallmanagement benötigen Sie gute persönliche Kontakte zu den Sozialen Diensten der Jugendämter, Gesundheitsämtern, spezialisierten Krankenhausabteilungen, Beratungsstellen zum Kinderschutz sowie zu Frauen- und Familienberatungsstellen. Um die Kontakte zu fördern, können Sie die Jugend- und Gesundheitsämter bzw. die Beratungs- und Hilfestellen in Ihrer Umgebung besuchen oder die zuständigen sozialpädagogischen Fachkräfte in Ihre Praxis einladen. Einen weiteren geeigneten Rahmen für Kontakte bieten die regionalen Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz, die bereits in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs vorhanden sind. Eine entsprechende Übersicht finden Sie unter www.fachstelle-kinderschutz.de. Wir empfehlen eine Netzwerkkarte Kinderschutz in der Sie griffbereit alle möglichen Kooperationskontakte namentlich und in Bezug auf deren Erreichbarkeit erfassen.

¹³⁾ Bentovim, Arnon, 1987, engl. Kinder- und Familienpsychiater/Therapeut, London; zitiert nach B. Hermann et al und H.G. Schlack et al

- Die Voraussetzungen für ein gemeinsames Fallmanagement können Sie durch eine besondere zeitliche Gestaltung Ihrer Behandlung in der Praxis aufbauen. Kinder und Jugendliche mit der Verdachtsdiagnose „Misshandlung“ sollten Sie in kurzen Abständen wieder in die Praxis einbestellen. In der Zwischenzeit können Sie zusätzliche Informationen von Einrichtungen ggf. mit anonymisierter Fallbesprechung einholen, ein „Betreuungsnetz“ für ein gemeinsames Fallmanagement knüpfen und die gewissenhafte Falldokumentation vornehmen.
- Um einen umfassenden Einblick in die soziale und familiäre Situation des von Ihnen betreuten Kindes/Jugendlichen zu gewinnen, sollten Sie an den entsprechenden Fall- und Hilfeplankonferenzen des Jugendamts teilnehmen. Auf diesen Konferenzen werden die auf den Einzelfall zugeschnittenen Hilfsangebote entwickelt und koordiniert. Lassen Sie sich deshalb in die Fall- oder Hilfekonferenzen oder ähnliche Maßnahmen der Jugendämter und anderer Beratungseinrichtungen einbeziehen. Beachten Sie bei der Fallbesprechung die auferlegten Grenzen durch die Schweigepflicht. Ziel der Kooperation ist eine effiziente Gewaltprävention.
- Wenn Sie ein gemeinsames Fallmanagement anstreben, sind klare Absprachen über die Aufgabenverteilung zwischen den mit dem Fall befassten Diensten, Einrichtungen und Institutionen wichtig. Mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen sollten Sie möglichst persönlich absprechen, welche Informationen über das Kind in welchem Umfang und aus welchem Anlass zwischen dem Kinder- und Jugendarzt und den Behörden und Beratungsstellen weitergegeben werden. Um die Informationsbeziehungen belastbarer zu gestalten, sollten Sie möglichst schnell Rückmeldung geben über die Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls.
- Innerhalb einer längeren Betreuung kann ein Fall plötzlich eskalieren. Dann sollten Sie sich unverzüglich eine Zweitmeinung einholen. Erleichtert wird diese kollegiale Hilfe, wenn der Fall bei der Kollegin/dem Kollegen bereits in anonymisierter Form oder namentlich bekannt ist. Das gemeinsame Fallmanagement ist in diesem Sinne auch Vorbeugung für den Krisenfall in der Praxis.
- Wenn Sie von sich aus Kontakt mit dem Jugendamt oder mit anderen Beratungseinrichtungen aufnehmen, sollen Sie die Eltern/Sorgeberechtigten über diesen Schritt informieren. Damit wirken Sie eventuellen Vorbehalten oder Bedenken der Eltern gegenüber den angebotenen Hilfen entgegen. Machen Sie deutlich, dass Sie mit dem Jugendamt Kontakt aufnehmen, um für die Eltern weitere Hilfe und Unterstützung zu organisieren. In Situationen höchster Gefährdung für Leben und Gesundheit des Kindes/Jugendlichen können Sie behördliche Instanzen auch ohne elterliches Einverständnis einschalten.

5.4 Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik

Entwicklung von klinikinternen Leitlinien zum Kinderschutz

In jeder Kinder- und Jugendklinik und in jeder Kinderabteilung gehen regelmäßig misshandelte Kinder ein und aus. Häufig werden sie jedoch nicht als solche erkannt. In Fallbeispiel 1 ist ein solcher „vermeintlicher Unfall“ bei einem Säugling dargestellt.

Fallbeispiel 1: Gewaltverletzung bei einem Säugling (nach Erler&Ellsäßer 2010)

IDB: Verletzungsdiagnose und -hergang „vermeintlicher Unfall“

„Ein knapp 3 Monate alter Säugling wurde mit ausgedehnten Hämatomen an Händen und Füßen in die Kinderklinik eingewiesen. Die Eltern gaben als Ursache für die Auffälligkeiten einen „nicht richtig beobachteten Unfall“ an: vermeintliche Einklemmung im Gitterbett ... Gemeinsam mit den Großeltern des Kindes wurden in Anwesenheit einer Mitarbeiterin des zuständigen Jugendamtes die Kindeseltern mit einem Misshandlungsverdacht konfrontiert ...“ (1)

Ursache: Überforderungssituation der Eltern

Lösung: Familienhelfer und Kontrolle durch Hausarzt

Ergebnis: Stabilisierung des familiären Umfeldes

Aufgrund der phänomenologischen Vielfalt und der psychologischen Besonderheit des Krankheitsbildes kann sich Kinderschutz in der Klinik nicht auf eine Spezialdisziplin unter anderen beschränken. Das folgende Fallbeispiel 2 veranschaulicht nochmals, warum für eine fundierte Diagnosestellung und ein frühzeitiges Aufdecken von Verdachtsfällen ein korrektes interdisziplinäres Fallmanagement besonders wichtig ist.¹⁴

Kinderschutzarbeit durch eine interdisziplinäre Kinderschutzgruppe

Fallbeispiel 2: Gewaltverletzung bei einem Jugendlichen (Zitiert nach Erler&Ellsäßer 2010)

IDB: Verletzungsdiagnose und -hergang „Bauchschmerzen“

„Bereits zum zweiten Mal wird ein körperlich normal entwickelter 14-jähriger Junge wegen rezidivierender Bauchschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und suizidaler Äußerungen in der Kinderklinik behandelt; im häuslichen Milieu trat gehäuft abendliches Erbrechen auf. Es wird ein Fahrradsturz geschildert; beim letzten stationären Aufenthalt wurden Verletzungen beim Fußballspielen angegeben.“

¹⁴⁾ In Österreich und der Schweiz ist ein interdisziplinäres Fallmanagement bei Kindesmisshandlung bereits in den 1990er Jahren verpflichtend eingeführt worden (siehe unter: <http://www.rundertisch-kindesmissbrauch.de>, Sachstandserhebungen und Handlungsempfehlungen) Auch in Deutschland ist ein solches Verfahren im Sinne von fachlichen Mindeststandards 2013 eingeführt und wird über die Krankenkassen refinanziert. Vgl. dazu <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2013/block-1-90...1-99.htm> unter 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohlgefährdung und Kindergesundheit

Sämtliche Untersuchungen ergaben normale Befunde: Laborparameter ohne Hinweise auf entzündliche Erkrankungen, Magen-Duodenum-Röntgen: normale Nahrungspassage, makroskopischer Normalbefund einer Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Passagedarstellung mit Kontrastmittel ebenfalls unauffällig, kein Hinweis auf Herniation. Erst im Laufe einer mehrwöchigen ambulanten kinderpsychologischen Betreuung kann die Ursache für Beschwerden ermittelt werden...

Ursache: *Massives Mobbing mit Gewaltanwendung durch eine Schulklique als Ursache*

Lösung: *Durch Kindeseltern veranlasster Schulwechsel*

Ergebnis: *Durch Stabilisierung des sozialen Umfelds klingen organische Beschwerden ab*

Der Kinderschutz sollte in den medizinischen Alltag als spezifische Denk- und Handlungsweise integriert werden, die alle Beteiligten für die bewusste Wahrnehmung und Beobachtung sensibilisiert. Kinderschutz gehört in das Pflichtenheft einer jeden Oberärztin/eines jeden Oberarztes und zur Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.



Die folgenden Empfehlungen sind als Leitlinien gedacht, an denen sich Ärztinnen und Ärzte, die in Kinder- und Jugendkliniken oder in Kinderabteilungen tätig sind, beim Erstkontakt mit Kindern und Jugendlichen und ihren Begleitpersonen (wohl meistens in einer Notfallsituation) orientieren können. Vor ihrer Umsetzung in die tägliche Praxis müssen die Empfehlungen in jeder Klinik individuell den örtlichen (personellen, infrastrukturellen etc.) Gegebenheiten angepasst und ergänzt werden. Folgende interne Richtlinien, die so in jeder Klinik geschaffen werden sollten, haben den Zweck, auch in Drucksituationen überstürztes Handeln und Einzelaktionen zu vermeiden:

Entwicklung von klinikinernen Richtlinien

- Der Kinderschutz gehört zum Leistungsauftrag jeder Kinder- und Jugendklinik. Dafür sollte an jeder Kinder- und Jugendklinik eine Kinderschutzgruppe eingerichtet werden.
 - Folgende Mitglieder der Kinderschutzgruppe sollten ihr angehören: ein in Kindeswohlgefährdungsfällen erfahrener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenschwestern, Vertreter Sozialdienst, Kinderpsychologe, wenn möglich Rechtsberater.
 - Die Klinikleitung definiert zusammen mit der Kinderschutzgruppe sowohl Abläufe bei Kinderschutzfragen als auch die klinikinterne Aus- und Weiterbildung.
 - Die Klinikleitung ermöglicht der Kinderschutzgruppe die eigene Weiter- und Fortbildung sowie die Supervision.
 - Kinderschutzfälle sollen interdisziplinär und interinstitutionell behandelt werden.
 - Entscheidungen in Kinderschutzfällen sollen nicht allein, sondern immer durch mindestens zwei Personen getroffen werden.
 - Die Kinderschutzgruppe trifft sich regelmäßig zu interdisziplinären Beratungen.
8. Bei einem Notfall soll die Kinderschutzgruppe innerhalb von 24 Stunden einberufen werden können.

Ziele der Interventionen einer Kinderschutzgruppe

Die einzurichtende Kinderschutzgruppe hat drei Hauptziele:

3 Hauptziele der Kinderschutzgruppe

1. Hilfe bei der Klärung und Einordnung der Ereignisse (= „Diagnose“),
2. Schutz des Opfers,
3. Hilfe zu Veränderungen, damit sich die Misshandlung nicht wiederholt und die erlittenen Traumen besser bewältigt werden können.

Der Schutz des Opfers erfolgt durch Trennung von Opfer und Täter oder durch andere Maßnahmen, die sicherstellen, dass sich die Misshandlung nicht wiederholt. Die Ziele der angestrebten Veränderungen unterscheiden sich nach den ver-

Schutz des Opfers und Veränderung der Situation

schiedenen Misshandlungsarten, wobei sie bei kombinierten Misshandlungen auch verbunden werden können:

- Bei körperlicher Misshandlung und bei Vernachlässigung wird versucht, die sozialen Faktoren zu verbessern, die zu der Misshandlung beigetragen haben.
- Bei körperlicher Misshandlung sollen die Erziehungskompetenz der Eltern und ihr Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse gestärkt werden.
- Bei körperlicher und sexueller Misshandlung kann es wichtig sein, frühere und aktuelle Misshandlungserfahrungen der Eltern zu thematisieren, die zu der aktuellen Gefährdung des Kindes beitragen können.
- Bei sexueller Misshandlung brauchen jene Elternteile, die nicht Täter sind, viel Unterstützung zur Bewältigung dieses Ereignisses; dies gilt auch für die anderen Misshandlungsformen.
- Bei häuslicher Gewalt ist es wichtig, den Eltern bewusst zu machen, dass allein das Miterleben der Gewalt eine seelische Kindesmisshandlung darstellt. Frauenschutzeinrichtungen und Opferberatungsstellen können dem misshandelten Elternteil (zumeist der Mutter) helfen, die Gewaltsituation zu beenden.
- Die misshandelten Kinder brauchen Hilfe zur Bewältigung der erlittenen Traumata. Ausgehend von den therapeutischen Zielen der allgemeinen Psychotraumatologie muss speziell auch bei der sexuellen Misshandlung auf die Folgen der frühzeitigen sexuellen Erfahrungen geachtet werden (besondere Gefahr, dass Opfer später selbst zu Tätern werden).

Im Einzelfall wird aufgrund der vorhandenen Ressourcen sorgfältig abgewogen, wer wie viel an Unterstützung, Hilfe und Psychotherapie benötigt.

Interventionsmöglichkeiten von Kinderschutzgruppen

Auf Annahme von Hilfen hinwirken

Täter von Kindesmisshandlung haben oft nicht die Einsicht, dass sie die Unterstützung benötigen, die notwendig ist zur Veränderung der Verhältnisse, zur Vermeidung von Wiederholungsfällen und zur Bewältigung der erlittenen Traumata durch die Opfer und durch jene Angehörigen, die nicht Täter waren. Häufig müssen die Täter deshalb verpflichtet werden, eine Maßnahme anzunehmen und eine Kontrolle zuzulassen. Es besteht somit eine Diskrepanz zwischen Hilfsangebot und Verpflichtung, dieses anzunehmen.

Auf den Einzelfall abgestimmte Intervention

Je nach der Schwere des Falls und in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten (scheinbar sicheres soziales Milieu oder schwer erreichbare Eltern, Kooperationsbereitschaft u. a.) können verschiedene Interventionsmöglichkeiten gewählt werden:

☞ Weg 1:

Bei leichteren Fällen wird versucht, die Familie ohne Einschalten von Behörden zur Kooperation zu bewegen. Mögliche Ansätze können beispielsweise sein:

- Regelmäßige Kontrollen beim Kinder- und Jugendarzt
- Einschalten des Sozialdienstes der Klinik mit dem Ziel, soziale Faktoren zu verbessern
- Elterngespräche
- Psychotherapie für das Kind

Auch bei diesem Weg muss eine Kontrolle gewährleistet sein, die jedoch nicht durch eine Behörde übernommen wird. Voraussetzung für die Wahl dieses Weges ist, dass die Kinderschutzgruppe das Risiko für eine weitere Gefährdung des Kindes als sehr gering einschätzt.

☞ Weg 2:

Hat die Kinderschutzgruppe den Eindruck gewonnen, dass die Familie nicht genügend motivierbar ist, so sucht sie die Kooperation mit dem Familiengericht, das die Familie zu Maßnahmen verpflichten kann, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Das Familiengericht kann auch die entsprechenden Kontrollen anordnen. Den gleichen Weg wählt die Kinderschutzgruppe, wenn eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohls vorliegt.

☞ Weg 3:

Bei Lebensgefahr erfordert die bekannt gewordene Misshandlung eine Strafanzeige. Eine Strafanzeige ist immer nur ein Teil einer Kinderschutzmaßnahme. In allen Fällen versucht man, Veränderungen in Kooperation mit der Familie zu erreichen. Prinzip: Hilfe vor Strafe!

Soweit es die kindlichen Voraussetzungen zulassen, muss das Kind in die Entscheidung, welcher Weg gewählt werden soll, einbezogen werden. Aufgrund des von der Familie erlebten Widerspruchs von Verpflichtung und Kontrolle einerseits sowie Hilfe und Unterstützung andererseits ist es äußerst ratsam, die Rolle des Unterstützens und Helfens auf der einen und des Verpflichtens und Kontrollierens auf der anderen Seite verschiedenen Personen zuzuweisen.

Das Kind einbeziehen

Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

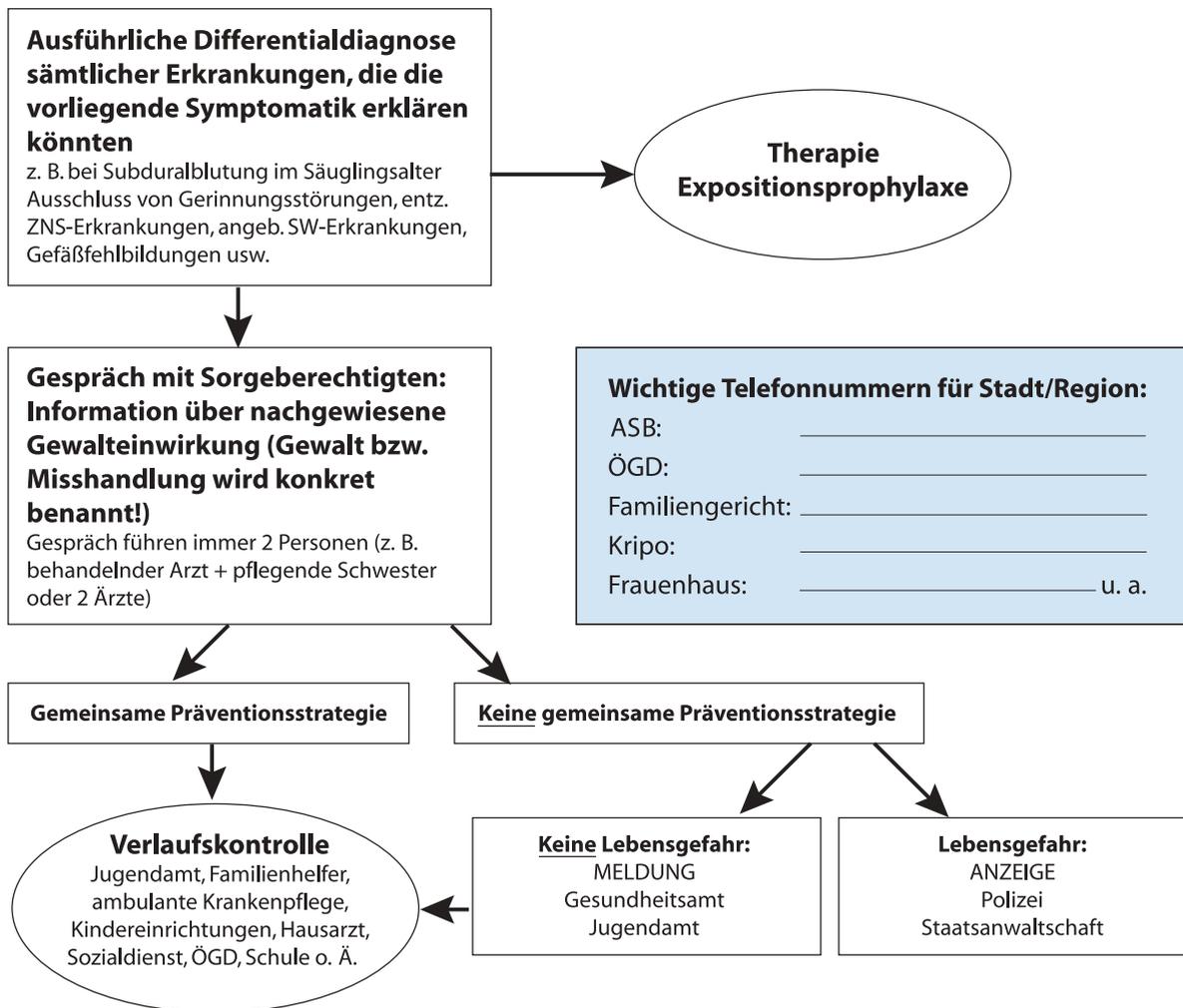


Abbildung 5: Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Erläuterungen:

- Einweisungen in die Klinik können unter Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (z. B. Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung) aus jeder Arztpraxis erfolgen.
- Während der stationären Aufnahmeformalitäten (nach Einweisung unter anderer Diagnose oder nach Selbsteinweisung) kann der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung entstehen.

- Eine detaillierte Anamneseerhebung und Erfassung eines gründlichen Ganzkörperstatus (incl. Inspektion Mundhöhle und Anogenitalbereich!) steht am Anfang.
- Bei suspekten Befunden, die Verdachtsmomente auf Misshandlung/Vernachlässigung erhärten, sofortige Information eines Oberarztes.
- Entscheidung über umfassendes diagnostisches Vorgehen:
 - Labor: Blutbild, CRP, Gerinnung; weitere Labordiagnostik je nach Klinik
 - Imaging/Dokumentation: Frakturverdacht: Röntgen; Schädelhirntrauma bei Säuglingen: CT/MRI/ev. Ultraschall, augenärztliches Konsilium; Verdacht auf Thorax-/Abdomenverletzungen: adäquate Bildgebung; Fotos/Zeichnungen mit Farbskala und Messband
 - Verdacht auf Vernachlässigung: in der Regel keine notfallmäßige Diagnostik; Dokumentation!
- Wenn Eltern mit stationärer Aufnahme nicht einverstanden sind:
 - Bei akuter Gefährdung: Entzug des Sorgerechts per einstweiliger Anordnung durch das Familiengericht oder Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt mit anschließender stationärer Aufnahme
 - Bei fehlender Gefährdung: ambulantes Setting (initiale Verantwortung Kinderschutzgruppe)
- Wenn Eltern mit stationärer Aufnahme einverstanden sind: Ausführliche Diagnostik, um Verdachtsdiagnose zu erhärten oder evtl. auch auszuschließen.
- Während der klinischen Diagnostik: Erklärung der Untersuchungen gegenüber Bezugspersonen → Verdachtsmomente noch nicht erläutern!
- Nach Diagnosestellung und bestätigtem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: ausführliche Gesprächsführung unter Leitung eines erfahrenen Facharztes in Anwesenheit mindestens eines Zeugen (z. B. pflegende Krankenschwester, Sozialarbeiter, Assistenzarzt, Psychologe o. ä.), Misshandlungsverdacht aussprechen → Dokumentation!
- Festlegen des weiteren Procedere nach Kinderschutzgruppensitzung.
- Je nach Beurteilung der Gesamtsituation:
 - Strafrechtliche Maßnahmen
 - Zivilrechtliche Maßnahmen
 - Einvernehmliche Maßnahmen
 - Vernetzung nach außen

Fallmanagement bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

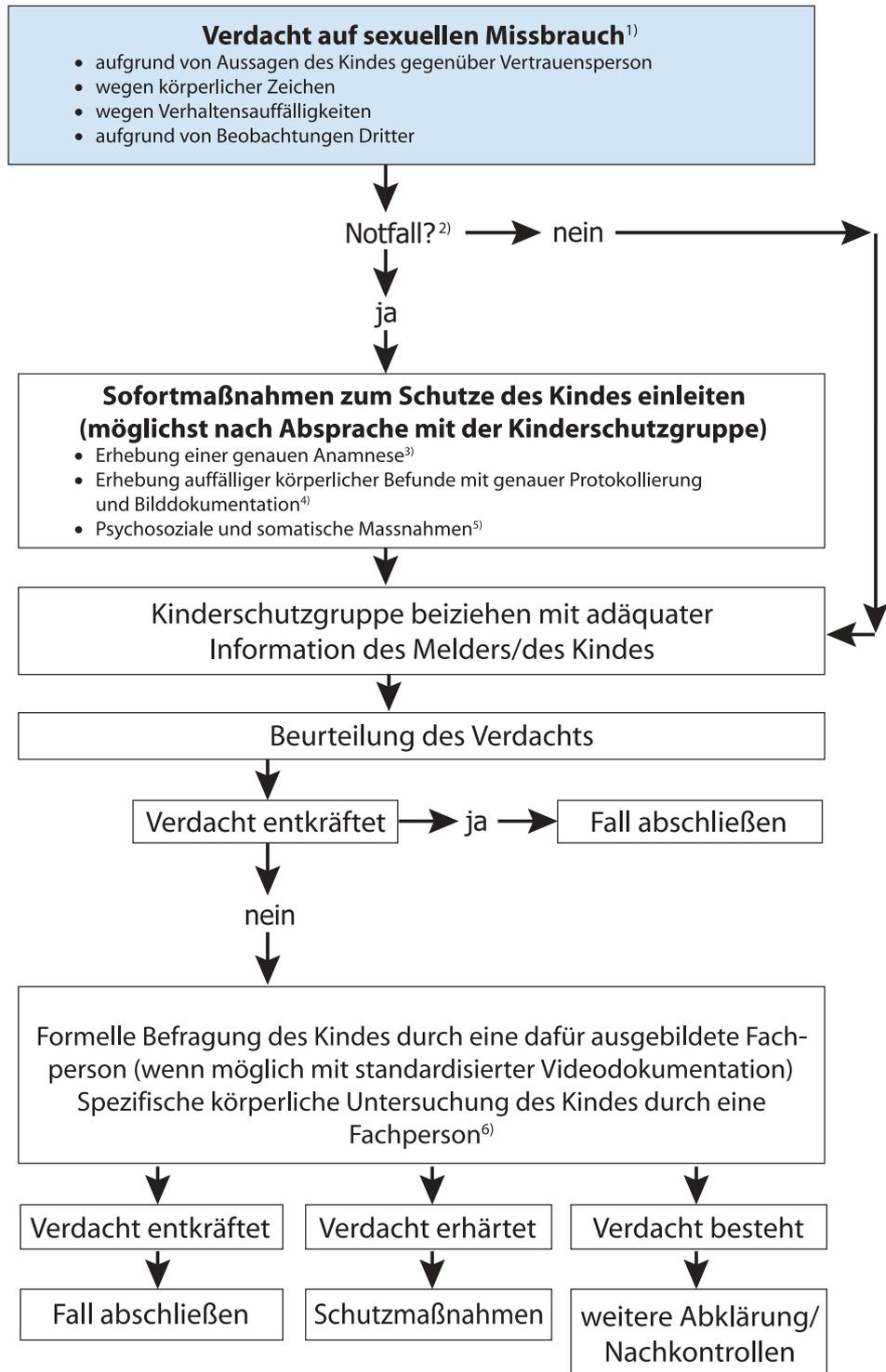


Abbildung 6: Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Erläuterungen:

- 1) Die Symptomatik von sexueller Gewalt ist sehr vielfältig, die Zeichen sind sehr oft unspezifisch. Zur Bewertung dieser Zeichen und somit zur Entscheidung, ob überhaupt weitere Abklärungen angezeigt sind, sollte möglichst früh eine multidisziplinäre Fachgruppe zugezogen werden.
- 2) Notfall: Akute Gefährdung des Kindes, Ereignis in den letzten 72 Stunden, wichtig: Untersuchung notfallmäßig; Kind darf nicht duschen oder waschen, Kleider/benutzte andere Textilien ungewaschen mitbringen lassen.
- 3) Anamnese: Wichtig: Keine Fragen zum Verdacht, keine Detektivarbeit, keine Suggestivfragen, keine Nachbefragungen durch weitere Personen (Schwester, Assistenzarzt, Oberarzt). Aber: Wörtliches Festhalten von spontanen Äußerungen des Kindes. Beschreibung der Begleitumstände und des Verhaltens der Begleitpersonen. Wem gegenüber hat das Kind was gesagt? Unter welchen Umständen?
- 4) Untersuchung: Allgemeinstatus, insbesondere Haut und Schleimhäute. Nach Möglichkeit Untersuchung und Beurteilung der Anogenitalregion.
- 5) Je nach Situation: Schwangerschaftstest, eventuell Postkoitalantikonception, Spurensicherung für forensische Zwecke (Asservierung). Suche nach sexuell übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis B/C, HIV, Chlamydien, Gonorrhoe. Postexpositionsprophylaxe (HIV, Hepatitis B).
- 6) Die Anogenitaluntersuchung verlangt neben spezifischem Fachwissen über das normale und nicht normale Genitale ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Erfahrung sowie die entsprechende Infrastruktur zur Dokumentation; die Untersuchung sollte deshalb nur von einer speziell geschulten Person vorgenommen werden. Ein normaler Genitalbefund ist häufig und schließt sexuelle Gewalt nie aus!

5.5 Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Handlungsfelder des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes beim Kinderschutz

Durch seine regelmäßige Präsenz in Kindertagesstätten und Schulen und seine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Eltern, Erziehern und Lehrern ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter (KJGD) in Fragen des Kinderschutzes sowohl beratend als auch aktiv gestaltend tätig. Bei ihren Untersuchungen können die Kinderärzte des KJGD selbst Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung feststellen oder von Bezugs- oder Betreuungspersonen auf Verdachtsmomente hingewiesen werden. Die Kinderärzte sehen die Kinder mindestens zu folgenden Anlässen:

Handlungsfelder beim Kinderschutz

Kinderärztliche Untersuchungen

- Untersuchung aller Kinder zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat. Dies ist unabhängig davon, ob sie in einer Kindereinrichtung, in einer Tagespflegestelle oder zu Hause betreut werden, § 6 Abs. 2 Satz 1 Brandenburger Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG).
- Befund- und Betreuungscontrolling aller Kinder mit gesundheitlichen Auffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen. Die Aufnahme eines Kindes in das Befund- und Betreuungscontrolling ist unabhängig vom Lebensalter, § 6 Abs. 2 Satz 7 BbgGDG
- Schuleingangsuntersuchung sowie Schulabgangsuntersuchung, § 6 Abs. 2 Satz 4 BbgGDG

Gutachten

- Vorstellung von Kindern im Rahmen von Begutachtungen:
 - Eingliederungshilfegutachten für das Sozialamt (ambulante bzw. teilstationäre Frühförderung)
 - Gutachten gem. § 35 a SGB VIII¹⁵ für das Jugendamt bei vorliegender oder drohender seelischer Behinderung
 - Fördergutachten im Rahmen des Förderausschussverfahrens zur Klärung sonderpädagogischen Förderbedarfs
 - Pflegegutachten für chronisch kranke oder behinderte Kinder und Jugendliche (gem. Pflegeleistungsergänzungsgesetz)
- Vorstellung von Kindern in der kinder- und jugendärztlichen Sprechstunde (auf Initiative der Eltern, der Kita oder der Schule i. d. R. mit Einverständnis/ im Beisein der Eltern sowie durch Kinder- und Hausärzte)

Hausbesuche

- Hausbesuche durch Mitarbeiter des KJGD (Sozialarbeiter, seltener auch Kinder- und Jugendarzt) in besonderen Problemlagen auf Hinweis von Kinder- und Jugendärzten, Hebammen oder des Jugendamtes.
- Vorstellung von Kindern auf Initiative des Jugendamtes.
- Weiterhin können Hausbesuche über das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen durchgeführt werden, § 7 Abs. 4 Satz 2 BbgGDG.

Kooperation von KJGD und Jugendamt beim Kinderschutz

Leitfaden regelt Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitsamt

Die fachlichen Zuständigkeiten von KJGD und Jugendamt zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung sind beispielweise im Landkreis Uckermark im Leitfaden des Jugendamtes geregelt, der allen zuständigen Mitarbeitern beider Ämter bekannt ist. Die ämterübergreifende Nutzung des Meldebogens zur Ersterfassung vermeidet Doppelerfassungen. Eine einheitliche Regelung zur Schweigepflichtentbindung erleichtert bei Einverständnis der Eltern den zügigen Informationsaustausch zwischen dem Sozialamt, dem Jugendamt und

¹⁵⁾ Aechtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), geändert durch Artikel 2 Abs. 23 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122). Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/index.html.

dem Gesundheitsamt und die in Einzelfällen notwendige Beteiligung aller drei Ämter am Hilfeplanprozess. In fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es Kooperationsvereinbarungen, Handlungsanweisungen oder andere gemeinsam abgeschlossene Vereinbarungen.

Zur Abwendung einer akuten Gefährdung kann der Informationsaustausch im Einzelfall unter Güterabwägung zugunsten des Kindeswohls auch ohne das Einverständnis bzw. im erforderlichen Fall auch gegen den Willen der Eltern erfolgen.

Auf Initiative des Jugendamtes wird der KJGD in folgenden Fällen für den Kinderschutz aktiv:

- bei Familien mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, die trotz Unterstützung des Jugendamtes einen dringenden Beratungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst aufweisen,
- bei Familien, für die im Rahmen der Hilfeplanung des Jugendamtes eine regelmäßige Vorstellung beim KJGD festgelegt wurde,
- bei Verdacht auf eine akute Gefährdung des Kindes, z. B. nach Inobhutnahme unmittelbar aus der Kindertagesstätte oder Schule.

Für einen wirksamen Kinderschutz sind frühzeitige aufsuchende Hilfen bei Familien in sozialen Problemlagen notwendig. Wichtigste Zielgruppen der Hausbesuche sind minderjährige Mütter sowie Familien, die sich in einer besonderen Überforderungssituation oder in einer sozialen Problemlage befinden. Mit dem niedrigschwelligen Angebot der aufsuchenden Hilfen kann der KJGD auch in Gefährdungssituationen einen vertrauensvollen Zugang zu den Eltern herstellen und auch für Familien, die zunächst jeden Kontakt ablehnen, einen Weg zum Jugendamt ebnen. Das Verfahren der Hausbesuche ist zwischen Jugendamt und Gesundheitsamt klar geregelt:

- Bei werdenden Müttern (die sich im Hilfebezug des Jugendamtes befinden) in sozialen Problemlagen meldet das Jugendamt mit Einverständnis der betroffenen Familien den voraussichtlichen Beratungsbedarf beim KJGD an. In Abstimmung mit dem Jugendamt führen die Sozialarbeiterinnen des KJGD den Hausbesuch nach der Geburt des Kindes durch und werten ihn gemeinsam mit dem Jugendamt aus.
- Sind in einer Familie mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung kleine oder behinderte Kinder betroffen, die in besonderem Maße auf Schutz und Fürsorge angewiesen sind, oder werden sozialmedizinische Probleme als Ursache oder Folge einer Kindeswohlgefährdung vermutet, führen die Sozialarbeiter des Jugendamtes und des Gesundheitsamtes und ggf. auch der Kinder- und Jugendarzt des KJGD die Hausbesuche in ausgewählten Fällen gemeinsam durch.
- Werden eine psychiatrische Erkrankung oder Suchtprobleme der Eltern als Ursache der Kindeswohlgefährdung vermutet, wird routinemäßig ein Sozialarbeiter oder die Fachärztin für Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Hausbesuche einbezogen.

Aufsuchende Hilfen bei Familien in sozialen Problemlage

Gemeinsame Hilfeplanung

In vielen Fällen werden die Kinder- und Jugendärzte des KJGD vom Jugendamt beratend hinzugezogen oder sie nehmen an Hilfeplangesprächen teil. Die Kinder- und Jugendärzte des KJGD beurteilen in engmaschigen Abständen den Entwicklungsstand des Kindes (körperlich, geistig, motorisch) sowie seine psychosoziale Entwicklung (insbesondere bei Verdacht auf Deprivation) und eventuelle Auffälligkeiten im Sozialverhalten, um frühzeitig über notwendige Fördermaßnahmen entscheiden zu können. Bei Verdacht auf eine akute Gefährdung des Kindes beurteilt der KJGD aus sozialmedizinischer Sicht die Gefährdungssituation und veranlasst die weitere Diagnostik und notwendige Maßnahmen.

Untersuchung bei Inobhutnahme

Veranlasst das Jugendamt aufgrund einer akuten Gefährdung die Inobhutnahme eines Kindes direkt aus einer Kindertageseinrichtung, können die Untersuchung des Kindes und die Gefährdungsbeurteilung nach Absprache durch einen Kinder- und Jugendarzt des KJGD erfolgen. Führen ein niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder eine Klinik die Erstuntersuchung durch, wirkt der Kinderarzt des KJGD häufig als Koordinator an dem Verfahren mit. Mit seinen Kenntnissen über die Familie und über die betreuenden Einrichtungen kann er schnell wertvolle Informationen geben und Wege verkürzen. Um Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden, die auf die betroffenen Kinder sehr belastend wirken, sind alle Untersuchungsbefunde, Absprachen und Empfehlungen zuverlässig und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Koordinative Aufgaben des KJGD beim Kinderschutz

Ansprechpartner sind namentlich bekannt

Für einen wirksamen Kinderschutz ist es unerlässlich, dass die wesentlichen Ansprechpartner im Hilfesystem bei den an der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen Beteiligten bekannt sind. So sind im Landkreis Uckermark die Mitarbeiter des Sozialpädagogischen Beratungsdienstes im Jugendamt sowie die Mitarbeiter des KJGD im Rahmen der Sprechzeiten stets Ansprechpartner für Kinderschutzfragen. Außerhalb der Sprechzeiten wird diese Aufgabe durch die Interessengemeinschaft Frauen Prenzlau e. V. – Kinder- und Jugendnotdienst – wahrgenommen. Die Adressen und Rufnummern sind allen relevanten Institutionen bekannt und werden regelmäßig in der Presse veröffentlicht.

KJGD per Gesetz aufsuchend tätig

Der KJGD ist im regionalen Netz des Kinderschutzes koordinierend tätig (s. Abbildung 7). Durch ihre umfassenden Kenntnisse über die zu betreuenden Einrichtungen, die betroffenen Familien und die zur Verfügung stehenden Hilfesysteme unterstützen die Ärzte des KJGD die Beteiligten wirksam bei der Suche nach Lösungen. Das Gesundheitsamt ist darüber hinaus die einzige Gesundheitsinstitution, die per Gesetz auch ohne Auftrag des Patienten aufsuchend tätig werden darf. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und Hebammen kann der KJGD deswegen insbesondere in sozialen Problemlagen kompensatorisch tätig werden.

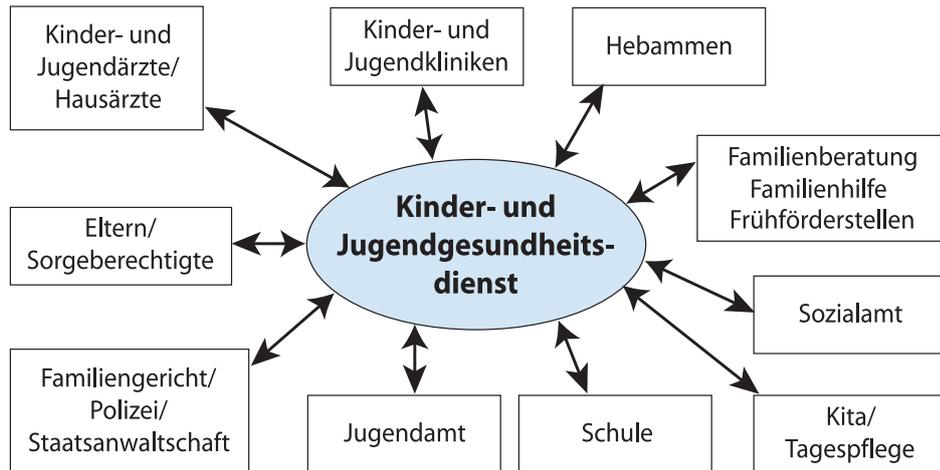


Abbildung 7: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Kinderschutznetz

Eine Auswertung der Hausbesuche bei Müttern von Neugeborenen im Landkreis Uckermark zeigte, dass Arbeitslosigkeit, gefolgt vom niedrigen Bildungsgrad der Eltern und der Minderjährigkeit der Mutter die häufigsten sozialmedizinischen Risikofaktoren darstellen. Im Landkreis Uckermark führt der KJGD deshalb aufsuchende Hilfen anlassbezogen und zielgruppenorientiert durch. Bei guter Zusammenarbeit zwischen den Behörden innerhalb der Kreisverwaltung (Jugendamt, Sozialamt und Gesundheitsamt) und mit den regionalen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Hebammen können auf diese Weise frühzeitig kompensatorische Hilfen bei Problemlagen organisiert werden.

Frühzeitige kompensatorische Hilfen bei Hochrisikogruppen

Kinderschutz bei kinderärztlichen Reihenuntersuchungen

Treten im Rahmen einer Reihenuntersuchung in einer Kindertagesstätte oder Schule Verdachtsmomente von Kindeswohlgefährdung auf, wird das weitere Vorgehen durch den Grad der Gefährdung bestimmt. Beobachtet der Arzt äußerlich sichtbare Spuren wie Hämatome, Kratz- oder Schnittwunden, Knochenbrüche, Verbrühungen oder Ähnliches, die sich mit Bagateltraumen nicht ausreichend erklären lassen, ist ein einfühlsamer und vertrauensvoller Zugang zum Kind von entscheidender Bedeutung. Die Sorgeberechtigten werden umgehend zu einem klärenden Gespräch in den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eingeladen. Meist gelingt es in dem Gespräch, Hilfen zu vermitteln und eine fortdauernde Gefährdung abzuwehren. Kommen die Eltern der Einladung nicht nach, informiert der KJGD das Jugendamt auch ohne Einverständnis der Eltern, wenn ein dringender Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht.

Elterngespräche bei Verdachtsmomenten

Auch Entwicklungsverzögerungen, Sprachauffälligkeiten, psychosoziale Probleme, körperliche oder motorische Retardierungen können Verdachtsmomente auf eine Vernachlässigung darstellen. Verweisen diese Anzeichen bei einem Kind auf eine Deprivation in einem sozialen Mangelmilieu, ist der KJGD zum Handeln verpflicht-

Handlungspflicht bei Deprivation in sozialem Mangelmilieu

tet. Der Kinder- und Jugendarzt spricht in diesem Fall die Eltern auf die festgestellte Problematik an und versucht, ihre Mitwirkung zu erzielen. Auch hier kann eine verständnisvolle und vertrauensvolle Gesprächsführung Berührungsängste oder Abwehr abbauen und die Kontaktaufnahme zum Jugendamt erleichtern. Gegebenenfalls unterstützt der Kinder- und Jugendarzt des KJGD den Sozialarbeiter des Jugendamtes bei der Führung des Erstgesprächs mit den Eltern.

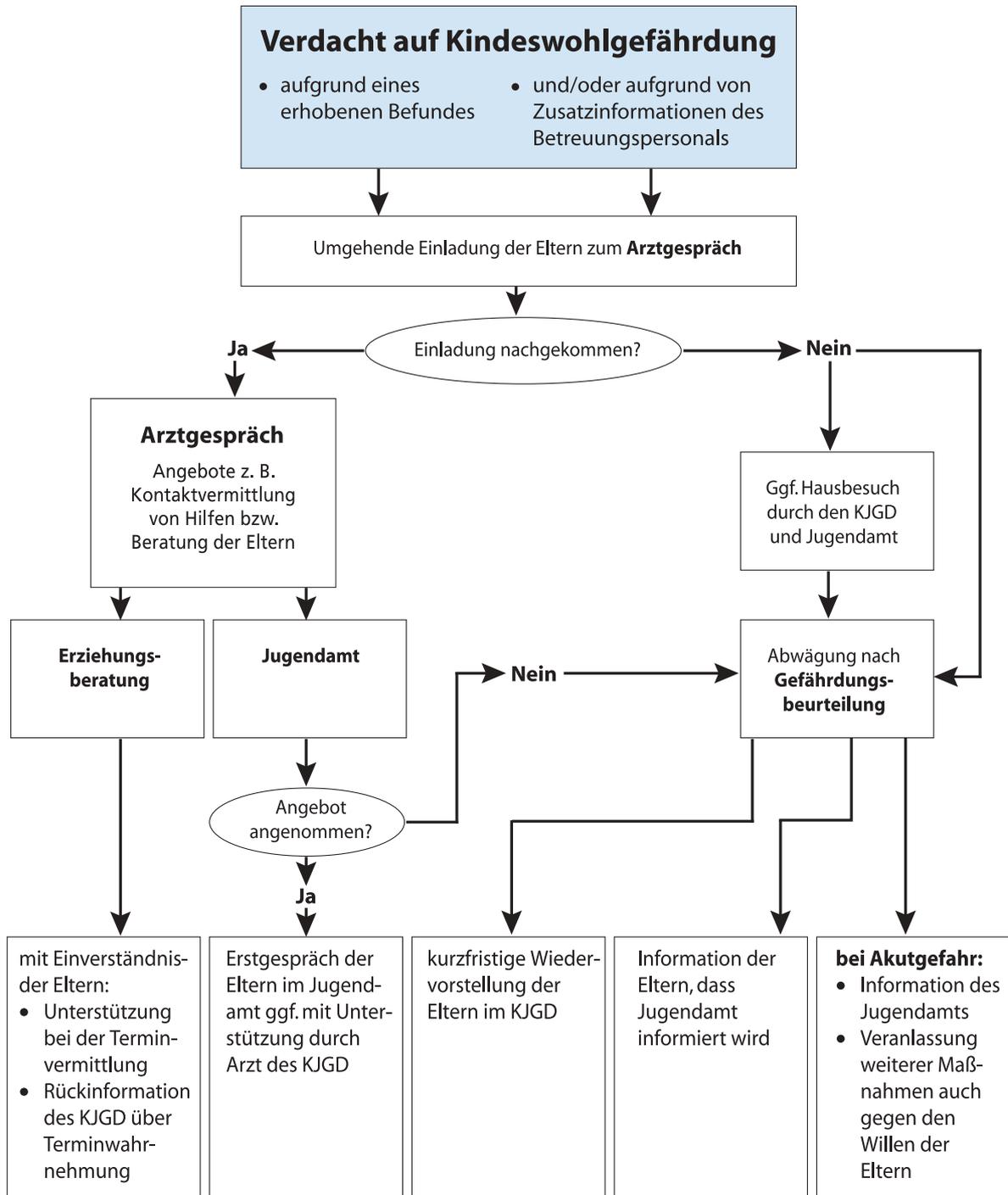


Abbildung 8: Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich Reihenuntersuchung (Kita oder Schule)

Kinderschutz des KJGD bei Vernachlässigung

Der KJGD wird nicht nur in Fällen körperlicher Gewalt gegen Kinder tätig, sondern auch bei Kindesvernachlässigung. So berät der KJGD Eltern, die bei gesundheitlichen Problemen ihres Kindes eine notwendige medizinische Therapie nicht zulassen oder abbrechen (z. B. Abbruch oder Verweigerung einer Schielbehandlung) und damit ihrer Gesundheitsfürsorgepflicht gegenüber ihrem Kind nicht in ausreichendem Maße nachkommen. Hier sind das Befundcontrolling und die Möglichkeit aufsuchender Hilfen ein wichtiges Mittel.

*Gesundheitsberatung,
Befundkontrolle,
aufsuchende Hilfen*

Die Problematik der Schulbummelei und des fortgesetzten Fernbleibens von der Schule wird nicht selten zuerst an den KJGD herangetragen. Ausgeprägtes Schuleschwänzen geht häufig auf unerkannte psychosoziale Probleme, psychiatrische Erkrankungen oder Suchtprobleme bei Kindern und/oder Eltern zurück. Es ist sehr bedauerlich, wenn diese Fälle erstmals im Rahmen der ärztlichen Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz¹⁶ nach zehn absolvierten Schuljahren und einem Abschluss in der 7. Klasse auffallen, obwohl im Brandenburger Schulgesetz (insbesondere im § 4 Abs. 3)¹⁷ ein klarer Auftrag an Schule formuliert ist, sich auch mit dieser Thematik rechtzeitig und im System Schule zu befassen. Um dem Problem entgegenzuwirken, bringt der KJGD in Arbeitskreisen von Schule, Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie seine fachlichen Erfahrungen ein und bietet sich als Vermittler und Berater zwischen Behörden, Schule und behandelnden Kinder- und Jugendärzten an.

*Schuleschwänzen ist im
Hilfesystem Thema*

Auch mangelnde hygienische Verhältnisse, wie wiederholter Läusebefall der Kinder, können für Eltern ein Grund sein, ihre Kinder nicht in die Schule oder Kindertagesstätte zu schicken. Auslösende Ursache für diese Verletzung der Gesundheitsfürsorgepflicht kann eine akute oder chronische Überforderungssituation der Eltern sein. In diesen Fällen können Mitarbeiterinnen des Bereichs Hygiene oder des KJGD im Gesundheitsamt und Sozialarbeiter des Jugendamtes in gemeinsamen Hausbesuchen die sozialen Rahmenbedingungen in den Familien klären und zur Etablierung von Hilfen beitragen.

5.6 Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst beim Kinderschutz

Zur gesunden Entwicklung eines Kindes gehört von Anfang an auch die Mundgesundheit. Beim Schutz und bei der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollten daher zahnmedizinische Aspekte

¹⁶⁾ Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 (Bibl. I S. 965), zuletzt geändert durch Artikel 230 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl I S. 2407). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/jarbschg>.

¹⁷⁾ Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG) vom 02. August 2002, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2011. Verfügbar unter http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.47195.de#3

berücksichtigt werden. Gesetzliche Regelungen sind im Sozialgesetzbuch V § 21 und der darauf basierenden Vereinbarung zur Förderung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe sowie im Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetz des Landes Brandenburg festgelegt worden.

Die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter betreuen Kinder und Jugendliche in den Kindertages-, Tagespflegestätten und Schulen ab dem 1. Milchzahn bis zum Ende der Schulzeit. Die zahnärztlichen Untersuchungen beinhalten die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie die Erhebung gesundheitlicher Daten. Kariesvorkommen und -verbreitung, Behandlungsbedarf und Sanierungsstand sowie Zahn- und Kieferfehlstellungen und Erkrankungen des Zahnfleisches sowie die Mundhygiene werden erfasst und die Sorgeberechtigten informiert. Kinder und Jugendliche werden unabhängig von ihrer Lebenssituation erreicht, so dass diese Untersuchungen auch eine sozialkompensatorische Funktion haben.

Die jährlichen zahnärztlichen Untersuchungen werden durch weitere präventive Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe wie angeleitetes Mundhygienetraining, Anwendung von Fluoriden und Ernährungslenkung begleitet, dadurch ist die Effektivität besonders hoch. Die Ergebnisse und Erfahrungen bei der flächendeckenden Umsetzung gruppenprophylaktischer Maßnahmen zeigen, dass für diese kontinuierliche niedrigschwellige Betreuung bei Kindern, Eltern, Erzieherinnen/Erziehern, sowie Lehrern/-innen eine hohe Akzeptanz besteht. Die Zahnärztlichen Prophylaxe-Pässe für Vorschul- und Schulkinder leisten hierbei einen Beitrag. Jedes Kind bekommt einen solchen Pass, in dem die Gruppen- und Individualprophylaxemaßnahmen sowie die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen vermerkt werden. Die Pässe begleiten die Kinder ab dem 2. Geburtstag über ihre Kita- und Schulzeit bis zur Klassenstufe 6.

*Mundgesundheit
von Anfang an ist
Teil des präventiven
Kinderschutzes*

Die Zahnärztlichen Dienste haben bei der Entwicklung und Durchführung zahnmedizinischer präventiver Betreuungskonzepte eine koordinierende und steuernde Rolle. Sie arbeiten mit Jugend-, Schul- und Schulverwaltungsämtern sowie Trägern der Kindereinrichtungen, Verbänden der Krankenkassen, den niedergelassenen Zahnärzten/-innen, dem Netzwerk Gesunde Kinder, Hebammen, Kinderärztinnen/-ärzten, sowie Gynäkologinnen/Gynäkologen zusammen. Dieses interdisziplinäre Betreuungsangebot ist ein Bestandteil des präventiven Kinderschutzes und der Frühen Hilfen. Grundlagen, Strukturen, Organisation und Ansprechpartner auf kommunaler und Landesebene sind unter www.brandenburger-kinderzaehne.de eingestellt.

Unter dem Gesichtspunkt des Kinderschutzes und Kindeswohls haben die zahnärztlichen Untersuchungen einen weiteren wichtigen Stellenwert, sind die Zahnärztinnen/-ärzte in den Gesundheitsämtern doch inzwischen die einzige medizinische Profession, die Kinder und Jugendliche regelmäßig sehen und Anhaltspunkte für Gefährdungen erkennen und entsprechend reagieren können.

Ein besonderes Augenmerk erfordern die Kinder und Jugendlichen, die auffällige zahnmedizinische Befunde aufweisen. Besteht über einen längeren Zeitraum eine umfangreiche Behandlungsbedürftigkeit, beispielsweise kariös stark zerstörte Zähne und ein erhöhtes Kariesrisiko, ist gemäß dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz § 6 Abs. 3 ein Betreuungscontrolling zu etablieren. Ziel ist es, dass diese Kinder und Jugendlichen zahnärztlich behandelt werden und die orale Gesundheit wiederhergestellt wird. Die Sicherung einer adäquaten Funktion, Schmerzfreiheit und Freiheit von Infektionen hat dabei Priorität.

Betreuungscontrolling

Ist erkennbar, dass im Einzelfall Anzeichen für eine Vernachlässigung vorliegen und keine zahnärztliche Behandlung erfolgt, werden unter Abwägung der Kindeswohlaspekte unter angemessener Einbeziehung vorhandener Strukturen und Partner Kontakte hergestellt, die zusätzliche Impulse zur Wahrnehmung der Behandlung und damit Besserung der gesundheitlichen Situation des Kindes bzw. Jugendlichen setzen. Hierzu gehören Kinderschutzfachkräfte in Kindertagesstätten und Schulen, Zahnärzte/-ärztinnen, Familienpaten sowie Ansprechpartner in Jugendämtern. Spuren von Gewaltanwendungen gegen Kinder zeigen sich oft im Kopf- oder im Halsbereich. Aus Studien (Röttscher 2003) geht hervor, dass 50 % der misshandelten Kinder orofaziale Läsionen oder Verletzungen in der Halsregion aufweisen. Zahnärzte/-innen in Gesundheitsämtern und Zahnarztpraxen haben daher eine Mitverantwortung beim Kinderschutz.

*Einbeziehung
vorhandener Strukturen
bei Anzeichen für
Vernachlässigung*

5.7 Exkurs I: Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes

Aus der Perspektive der Akteure im Gesundheitswesen werden die Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung beschrieben, um die besondere Verantwortung der Jugendhilfe beim Kinderschutz zu verdeutlichen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen zu fördern. Die Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung sind bereits unter Abschnitt 3.3 dieses Leitfadens dargestellt.

Zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung haben die Jugendämter eigene Verfahren erarbeitet, an denen sie sich im Sinne eines Leitfadens orientieren können, der von einer Arbeitsgruppe der Leiterinnen und Leiter der Sozialpädagogischen Dienste der Brandenburger Jugendämter entwickelt wurde.¹⁸ Die folgende Grafik verdeutlicht ein solches Verfahren beispielhaft:

¹⁸⁾ Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - § 8a SGB VIII – abrufbar unter www.lja.brandenburg.de/Kinderschutz.

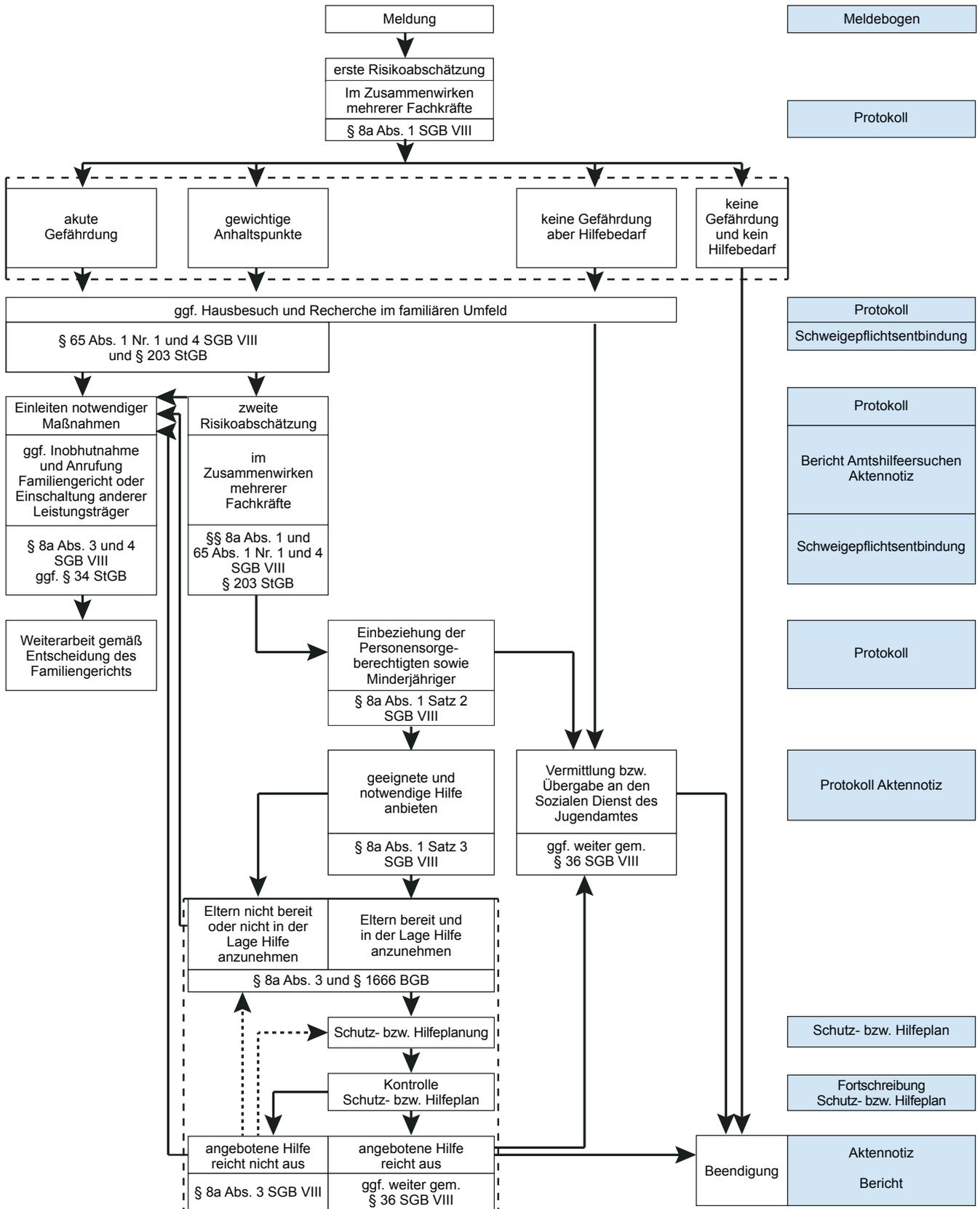


Abbildung 9: Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung im Jugendamt und in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe

Jugendhilfeleistungen zur Unterstützung von Familien und zur Abwendung von Gefährdungen des Kindeswohls

Die Jugendhilfe kann Familien ein breites Spektrum von sozialpädagogischen Hilfen anbieten, das von niedrigschwelligen Angeboten der Familienbildung bis zur stationären Hilfe in Heimen oder Pflegefamilien reicht. Damit Eltern und Familien die Angebote der Jugendhilfe leichter annehmen können, kann es hilfreich sein, wenn die Fachkräfte im Gesundheitswesen die Familien über Angebote der Jugendhilfe informieren und ggf. einen Kontakt zum Jugendamt herstellen.

- Niedrigschwellige Angebote der Familienbildung, Video-Home-Training und Methoden der Intervention bei frühen Interaktionsstörungen (Vater – Mutter – Kind) sind sinnvolle Hilfen bei der Unterstützung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Auch Eltern-Kind-Zentren und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung stellen niedrigschwellige und frühzeitige Formen der Unterstützung für Eltern bereit.
- Die Erziehungs- und Familienberatung und die (aufsuchende) sozialpädagogische Familienhilfe beziehen das gesamte Familiensystem sowie werdende Mütter und Väter mit ein. Ziel ist die Wiederherstellung und Unterstützung der elterlichen Erziehungsverantwortung. Zunehmend bieten Erziehungs- und Familienberatungsstellen auch die aufsuchende Familientherapie an, die mit den Eltern oder mit der gesamten Familie in deren Wohnung durchgeführt wird.
- Das ambulante Angebot des Erziehungsbeistands richtet sich vor allem an ältere Kinder (etwa ab dem Schulalter) und an Jugendliche, die zur Bewältigung familiärer und persönlicher Probleme und Konflikte eine sozialpädagogische Einzelbetreuung benötigen. Die Hilfe schließt eine begleitende Elternarbeit ein.
- Ziel der sozialen Gruppenarbeit ist es, ein Kind in seiner emotionalen und sozialen Entwicklung zu fördern und zu stärken sowie seelische Belastungen zu kompensieren. Hierzu nimmt das Kind 1- bis 2-mal wöchentlich über einen längeren Zeitraum an einer sozialpädagogisch geleiteten Gruppe von Gleichaltrigen teil. Die Gruppenarbeit wird oft als flankierende Hilfe zur Beratung und Unterstützung von überforderten Eltern geleistet.
- Die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung richtet sich an Jugendliche, die in ihrer Entwicklung deutlich gefährdet sind und erhebliche soziale Schwierigkeiten haben. Bei einer elterlichen Vernachlässigung oder Misshandlung zielt die Einzelbetreuung auf die psychische und soziale Stabilisierung des Jugendlichen und auf die Förderung seiner Entwicklung zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und seiner Ablösung vom Elternhaus.

Frühe Hilfen

Erziehungs- und Familienberatung

Sozial-pädagogische Familienhilfe

Erziehungsbeistand

Soziale Gruppenarbeit

Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung

Tagesgruppe

- In einer Tagesgruppe werden Kinder ab dem Grundschulalter betreut, die aufgrund einer vorübergehend erheblich eingeschränkten Erziehungsfähigkeit der Eltern eine umfassende Stabilisierung und Förderung ihrer Entwicklung benötigen, ohne dass eine Fremdunterbringung erforderlich ist. Die Fachkräfte der Tagesgruppe leisten in der Regel eine intensive begleitende Elternarbeit. Tagesgruppen sind an den Werktagen von Schulschluss bis in den späten Nachmittag und in den Ferien ganztags geöffnet.



- Wenn Eltern vorübergehend oder langfristig ihrer Erziehungsverantwortung nicht gerecht werden können, ist die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder in einem Heim der Kinder- und Jugendhilfe angezeigt. Parallel zur Fremdunterbringung sollen die Eltern dabei unterstützt werden, ihre Erziehungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern. Ist dies nicht erreichbar oder von vornherein aussichtslos, soll für das Kind oder den Jugendlichen eine andere und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden.
- Aber auch in anderen Notsituationen in denen ein oder beide Elternteile zeitweilig für die Betreuung der Kinder ausfallen (u. a. Krankenhausaufenthalte, Kuren), kann das Jugendamt Hilfe zur Betreuung und ggf. Unterbringung anbieten.
- Ambulante, teil- oder vollstationäre Eingliederungshilfen werden geleistet, wenn ein Kind aufgrund starker psychischer Belastungen und Störungen in seinen sozialen Bezügen (Familie, Schule, Freizeit) beeinträchtigt ist. Bei elterlicher Vernachlässigung oder Misshandlung kann die Eingliederungshilfe eine flankierende Hilfe für das Kind sein, psychosoziale Beeinträchtigungen auszugleichen. Diese Angebote und Leistungen der Jugendhilfe sind besonders wichtig, um grundsätzlich die Chancen der Teilhabe von Kindern und deren Familien zu verbessern. Dies gilt besonders bezüglich der aktuell geführten Inklusionsdebatte im Kontext von schulischer Bildung.

Stationäre Betreuung

Betreuung und Versorgung in Notsituationen

Eingliederungshilfen

5.8 Exkurs II: Fallmanagement in der Schule

Präventiver Kinderschutz in der Schule beginnt mit dem Aufbau eines Vertrauensklimas, das die Kinder und Jugendlichen in die Lage versetzt, ihren Lehrerinnen und Lehrern ihre Nöte mitzuteilen und ihnen zu sagen, was sie bedrückt.

Präventiver Kinderschutz beginnt mit Vertrauen

Dieses Vertrauensklima und die Beziehung zwischen den Lehrkräften und dem Kind können dann auch die Grundlage sein, blaue Flecke von Misshandlungen zu zeigen oder zu sagen, dass sie hungrig sind, weil sie nicht regelmäßig und ausreichend zu essen bekommen. Der Aufbau des Vertrauensklimas gilt auch in Bezug auf die Eltern, denen gegenüber Verständnis für die aktuelle Lebenssituation und die Bereitschaft zum Gespräch und zur Beratung in Erziehungsfragen oder auch zu anderen Familienproblemen kontinuierlich signalisiert werden soll.

Konkret stellen sich Fragen des Kinderschutzes in der Schule, wenn ein begründeter, aber häufig noch vager Verdacht entsteht, dass mit einem Kind bzw. in einer Familie etwas nicht stimmt¹⁹.

¹⁹⁾ § 4 Abs. 3 des Brandenburgischen Schulgesetzes verpflichtet die Schulen in Brandenburg, jedem Anhaltspunkten für Vernachlässigung oder Misshandlung von Schülerinnen und Schülern nachzugehen und rechtzeitig über die Einbeziehung des Jugendamtes oder anderer Stellen zu entscheiden.

*Abgestimmtes Vorgehen
im Verdachtsfall*

Bei einem Verdachtsfall sind genaue Beobachtungen des Kindes oder Jugendlichen und die sensible Nutzung der Vertrauensbeziehung erforderlich, um genauere Informationen zu erlangen. Der Verdacht soll mit den Lehrerkollegen und der Schulleitung im Sinne einer „Risikoabschätzung“ besprochen werden. Eine besonders fachlich kompetente/r Kollegin/Kollege sollte dabei hinzugezogen werden. Den Eltern sollen Gespräche angeboten werden. Auch ein Hausbesuch kann sinnvoll sein. Gleichzeitig ist eine Hilfevermittlung an das Jugendamt anzubieten. Alle Beobachtungen und Schritte sind als Fallverlaufsdokumentation aufzuzeichnen. Hierzu sind von der für das betreffende Kind verantwortlichen Lehrkraft Protokolle oder Aktennotizen anzufertigen, die getrennt von der Schülerakte verschlossen aufzubewahren und nach Erledigung des Sachverhalts zu vernichten sind.

*Unmittelbares Handeln
bei konkreten
Hinweisen*

Unmittelbares Handeln ist erforderlich, wenn den Lehrer/innen oder anderen Beschäftigten der Schule Misshandlungen oder Vernachlässigungen bekannt werden, z. B. durch Berichte des Kindes und dritter Personen oder durch eine Beobachtung von sichtbaren Verletzungsspuren.

Besondere Verantwortung tragen hierbei die Sportlehrer/-innen, die wegen der leichten Sportkleidung Verletzungen oder Misshandlungsspuren der Kinder eher zu Gesicht bekommen als ihre Kollegen/-innen.

*Einbeziehung des
Jugendamtes und
Teilnahme am
Hilfeplanverfahren*

Da in der Regel weitere Handlungsschritte erforderlich sind, sollte gemäß § 4 des Brandenburger Schulgesetzes das Jugendamt rechtzeitig in die Vorgehensweise einbezogen werden. Der Anruf beim Jugendamt kann dabei nur der erste Schritt sein; die Vergewisserung der dortigen Fallaufnahme und die Gesprächsbereitschaft gegenüber dem Jugendamt sowie die Bereitschaft einer Beteiligung am Hilfeplanverfahren sind mit einzuschließen. Hier hat sich als Handlungsgrundlage eine Kooperationsvereinbarung zwischen Staatlichem Schulamt und Jugendamt bewährt, in der Grundzüge der Zusammenarbeit geregelt und verbindliche Verfahrensabläufe bzw. Schnittstellen und eine angemessene Kommunikationsstruktur abgestimmt sind (vgl. dazu Anlage1: Beispiel einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Grundschulen und dem Fachbereich Jugend, Schule und Sport zur Sicherstellung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung der Stadt Cottbus).

Ein minder gravierender Fall kann ggf. auch von der Schule (auch mit Unterstützung des Jugendamtes) selbst auf der Grundlage eigener Fachkompetenz mit den Eltern in Gesprächen oder Hausbesuchen geklärt werden. Die Polizei sollte nur bei akuter Gefahr, der auch durch das Jugendamt nicht abgeholfen werden kann, informiert werden. Wichtig dabei ist es, die beobachteten Tatbestände genau festzuhalten.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass es nicht zuletzt durch das Bundeskinderschutzgesetz (hier § 4 KKG) bestimmte rechtliche „Mindeststandards“ für Schulen gibt, die im Umgang mit einer kindeswohlgefährdenden Situation oder einem entsprechenden Verdacht einzuhalten sind. Folgende Grafik beschreibt ein solches Verfahren beispielhaft.

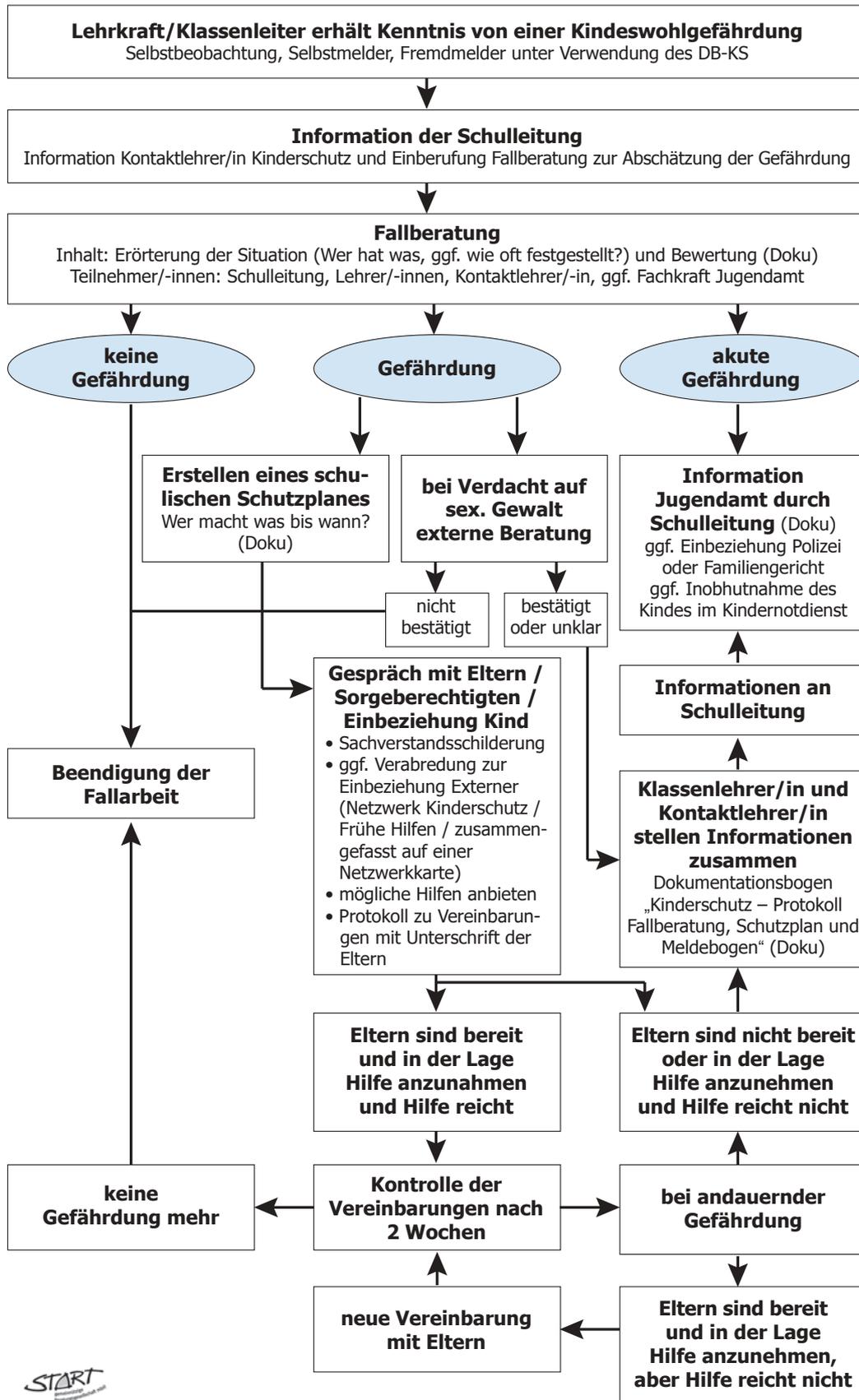


Abbildung 10: Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung im Jugendamt und in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe

Kinderschutz bei Jugendlichen

Auch bei der Arbeit mit älteren Schülern und Jugendlichen werden Lehrerinnen und Lehrer an Schulen mit Fragen des Kinderschutzes konfrontiert. Die Misshandlung Jugendlicher ist jedoch wegen ihrer größeren Selbständigkeit und Zurückhaltung oft besonders schwierig zu erkennen. Sie äußert sich häufig dadurch, dass die Betroffenen zunehmend aufgegeben haben, ihre Probleme in der Familie zu lösen. Sie laufen von zu Hause weg und halten sich an s. g. jugendgefährdenden Orten auf, an denen sie womöglich von der Polizei aufgegriffen werden oder werden kriminell auffällig. Von einer pädagogischen Fachkraft, die mit einer Vernachlässigung oder Misshandlung eines Jugendlichen konfrontiert ist, wird deshalb keine spezialisierte Einzelfallhilfe erwartet. Gefordert sind hingegen das Wissen darüber, wo und wie eine solche Hilfe oder Schutz zu erreichen ist sowie die aktive Vermittlung und falls erforderlich Begleitung des Betroffenen zu einer Erziehungs- oder Jugendberatungsstelle, zum Arzt, zum Kinder- und Jugendnotdienst oder zum Jugendamt.

Kinderschutz und Schulprogramm

Eine weitergehende Möglichkeit, den Kinderschutz in der Schule zu verankern, stellt die Integration von schuleigenen Präventionskonzepten in die Schulprogrammarbeit dar. In diesem Fall werden Präventionskonzepte in das Schulprogramm aufgenommen und in den schulinternen Curricula bzw. schuleigenen Lehrplänen konkretisiert. Ziel ist es, verhaltensorientierte Trainingsprogramme zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz im Schulleben zu verankern.

PIT Brandenburg – Schulische Prävention im Team

Um die schulische Präventionsarbeit zu stärken wurde in Brandenburg das Programm „PIT Brandenburg – Schulische Prävention im Team“ entwickelt, ein ganzheitliches Rahmenkonzept für die Präventionsarbeit an Schulen, das auch die Thematik der Kindeswohlgefährdung als Präventionsfeld umfasst. Das Rahmenkonzept umfasst Anregungen zur Thematisierung des Kinderschutzes in Unterricht und Schulleben. Beraterinnen und Berater der staatlichen Schulämter, in den Jugendämtern und in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen stehen den Schulen für eine inhaltliche Ausgestaltung des Kinderschutzes in Ihrer Schule als PIT-Ansprechpartner/innen zur Verfügung.



Weiterführende Information: PIT Brandenburg – Schulische Prävention im Team: www.bildung-brandenburg.de/pitbrandenburg.html

6. Interdisziplinäre Hilfesysteme

6.1 Regionale Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz

Zur Stärkung des Hilfesystems in Brandenburg hat die Landesregierung im März 2006 das Programm zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit beschlossen. Ziel ist die Stärkung der Kooperation und Netzwerkarbeit zum Kinderschutz. Hierfür sind unter Federführung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport und unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände interministerielle „Empfehlungen zum Umgang bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung sowie bei entsprechenden Verdachtsfällen“ herausgegeben worden. Die Arbeitsgemeinschaften dienen der Institutionalisierung und Absicherung von Netzwerkarbeit und Kooperation:

- Die regionalen Arbeitsgemeinschaften wurden in der Regel auf Initiative des Jugendamtes gegründet. Die Weiterentwicklung mit dem inhaltlichen Fokus auf Frühe Hilfen soll gemäß Bundeskinderschutzgesetz (Artikel 1 § 3 Abs. 3 KKG) im Rahmen von bereits bestehenden örtlichen bzw. regionalen Arbeitszusammenhängen erfolgen oder aus diesen heraus initiiert werden (z. B. Arbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII²⁰, Präventionsrat, Gesundheitsausschuss).
- Ziele der Arbeitsgemeinschaften sind verbindliche Verfahrensabsprachen und gemeinsame Zielfestlegungen zum Vorgehen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung, die gegenseitige Information und die Öffentlichkeitsarbeit zum Kinderschutz sowie klare Absprachen zu Direktkontakten in Akutfällen.

*Verbindliche
Verfahrensabsprachen*

In die Arbeitsgemeinschaften sollen möglichst alle mit dem Kinderschutz befassten regionalen Institutionen einbezogen werden. Hierzu sind im Bundeskinderschutzgesetz (Artikel 1 § 3 Abs. 2) namentlich Vorgaben gemacht: „In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.“

²⁰⁾ Achstes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – Siehe Fußnote 6.

Kooperation von Jugend- und Gesundheitsdienst

Eine besondere Bedeutung kommt der Kooperation von Jugendamt, Gesundheitsamt, Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe, niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, Psychotherapeuten, Hebammen und Kinder- und Jugendkliniken zu. Die Jugendämter haben aufgrund des gesetzlichen Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII und nach den Vorgaben des Bundeskinderschutzgesetzes (Artikel 1 § 3 Abs. 3) eine wichtige koordinierende Funktion. Hebammen, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendkliniken und der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter kommen oft als Erste mit Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung in Berührung. Durch eine verbindliche Kooperation von Jugend- und Gesundheitsämtern kann deshalb eine rasche Umsetzung der kind- und familienbezogenen Hilfen oder der umgehende Schutz von Kindern sichergestellt werden.

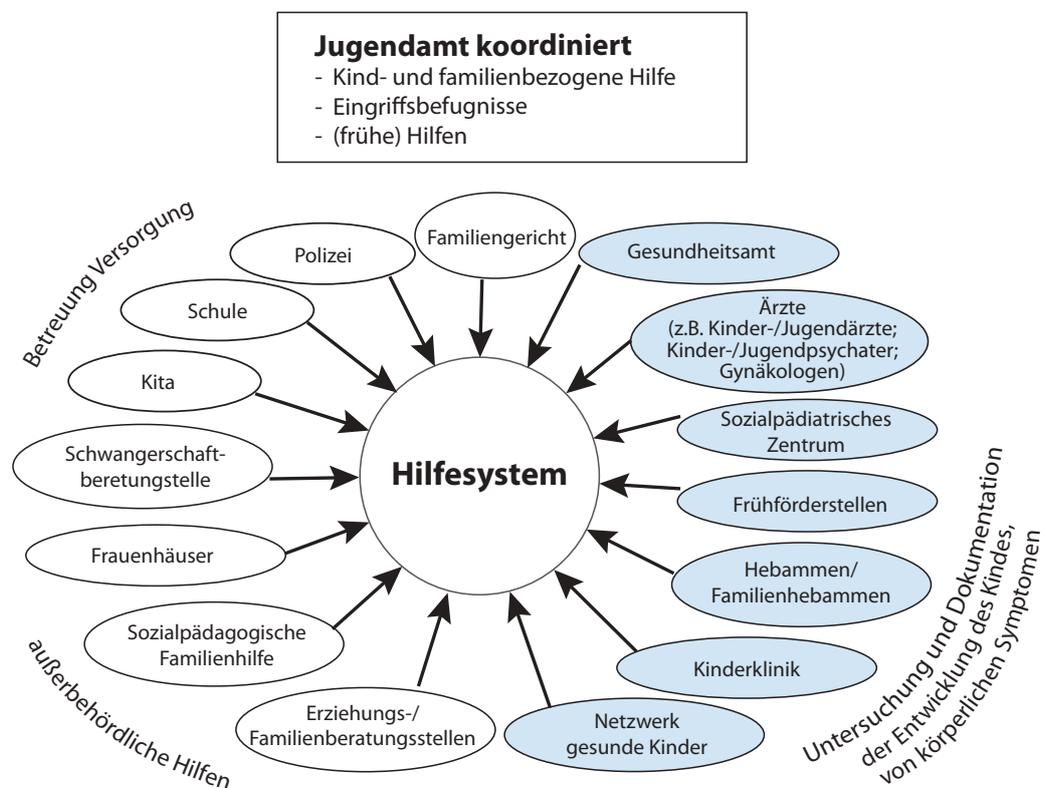


Abbildung 11: Kooperationsnetz zum Kinderschutz in Brandenburg

6.2 Kooperationen im Sinne präventiver und familienunterstützender früher Hilfen

Im Folgenden werden wichtige Kooperationspartner im Sinne präventiver oder auch familienunterstützender früher Hilfen vorgestellt

- Netzwerke Gesunde Kinder
- Schwangerenberatungsstellen
- Frauenhäuser

6.2.1 Netzwerke Gesunde Kinder

Das Netzwerk Gesunde Kinder wurde im Jahr 2005 konzeptionell entwickelt und als zentrale Maßnahme in das Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit des Landes Brandenburg aufgenommen.

Gute Startvoraussetzungen für das Kind sind gegeben, wenn die Eltern sich den Anforderungen und Veränderungen durch die Schwangerschaft und den Übergang zur Familie mit (Klein-)Kindern gewachsen sehen. Dies betrifft die gesamte Lebenssituation. Neben der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter bzw. der Eltern spielt in dieser Phase der Aufbau stabiler Lebensumstände eine wichtige Rolle. Eltern brauchen dazu ein unterstützendes Umfeld aus Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis.

Dem „Netzwerk Gesunde Kinder“ ist es besonders wichtig, die gesunde körperliche, seelische und geistige Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Den Eltern wird schon vor oder möglichst früh nach der Geburt eine persönliche Begleitung angeboten. Die Begleitung der Familien erfolgt durch ehrenamtlich tätige Paten, die vor ihrem Einsatz in der Familie nach einem einheitlichen Curriculum ausgebildet und während ihrer Tätigkeit fortlaufend fachlich begleitet werden.

Das Angebot der regionalen Netzwerke Gesunde Kinder richtet sich an alle Familien, beginnend in der Schwangerschaft, sowie an Eltern von Pflegekindern ab dem Säuglingsalter und gilt grundsätzlich bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Schon während der Schwangerschaft und nach der Geburt nehmen sich die Patinnen und Paten ausreichend Zeit für Gespräche mit den Schwangeren, Eltern und Familien, beraten sie zu allgemeinen Fragen der Betreuung und Versorgung des Kindes, informieren über bestehende regionale präventive und familienunterstützende Angebote und vermitteln ggf. Hilfen.

Voraussetzung für ein vielfältiges, bedarfsgerechtes und ressourcenorientiertes Angebotsspektrum beim Auf- und Ausbau stabiler Lebensumstände ist im Rahmen der Netzwerkarbeit die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller regionalen Akteurinnen und Akteure. Unverzichtbare Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Netzwerk sind deshalb Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen und des Landkreises, sowie das Gesundheitsamt, das Jugendamt, das Sozialamt, Hebammen, gynäkologische und kinderärztliche Fachkräfte, Beratungsstellen für Schwangere, regionale Frühförderstellen und Lokale Bündnisse für Familie. Art und Umfang der Zusammenarbeit wird in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen festgelegt.

Die verpflichtende Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Patenstammtischen bietet den Patinnen und Paten die Möglichkeit zum fachlichen Erfahrungsaustausch, ggf. auch in der Fallsupervision. In diesem Rahmen können sich die Patinnen und Paten zu den unterschiedlichsten Themen austauschen und auch Wahrnehmungen anonymisiert besprechen. Stellt sich im Einzelgespräch mit der Netzwerkkoordination heraus, dass ein Handlungsbedarf besteht, erfolgt die

weitere Verfahrensabstimmung zwischen Netzwerkkoordination und Netzwerkleitung. Jedes Netzwerk Gesunde Kinder ist gefordert, auf regionaler Ebene ein Verfahren zum Umgang bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorzuhalten.

Die Patinnen und Paten selbst nehmen keinen Kontakt mit Fachkräften anderer Arbeitsbereiche auf. Ziel aller Beteiligten ist es, Kindern von Anfang an ein Umfeld und eine individuelle Förderung zu bieten, die sie befähigen, zu lebenskompetenten Menschen heranzuwachsen.

6.2.2 Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

Jede Frau hat Anspruch auf Beratung. Die Beratungsstellen vermitteln Informationen zu Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen; auf Wunsch auch anonym. Die Anonymitätzusage, die Klientinnen orientierte vertrauliche Beratung und die fachliche Kompetenz der Beraterinnen in psychosozialen, sozialrechtlichen und gesundheitlich-medizinischen Fragen sowie die Kenntnisse der regionalen Hilfsangebote, bieten eine gute Grundlage für eine umfassende Beratung und Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen.

Der Anspruch auf Beratung umfasst Informationen z. B. über

- Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung,
- bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Kinder und Familie,
- Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft,
- soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfen bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- und Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.²¹

Über die Beratungsstellen können auch Stiftungsanträge für die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ und für die Landesstiftung „Hilfe für Familien in Not – Stiftung des Landes Brandenburg“ gestellt werden.



Weiterführende Information: Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“: www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de/
Landesstiftung „Hilfe für Familien in Not – Stiftung des Landes Brandenburg“: www.familien-in-not.de

²¹⁾ Auszug aus § 2 (2) Schwangerschaftskonfliktgesetz

6.2.3 Frauenhäuser/Frauenschutzeinrichtungen

Entsprechend dem Runderlass der Landesregierung Brandenburg²² werden für von Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder qualifizierte Hilfeangebote (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Beratungsangebote) zur Verfügung gestellt. Frauenschutzeinrichtungen sind eng vernetzt mit anderen Hilfesystemen, wie Jugendämtern, Jobcentern und Polizei.

Folgende Angebote müssen die mit Landesmitteln geförderten Zufluchtsstätten gewährleisten:

- Aufnahme von Gewalt betroffenen Frauen und ihren Kindern jederzeit und unabhängig von ihrem Wohnort
- Psychosoziale/sozialpädagogische Beratung und Begleitung der Frauen während des Aufenthaltes in den Zufluchtsstätten
- Beratung und Unterstützung ratsuchender Frauen ohne oder nach einem Frauenhausaufenthalt
- Arbeit mit Kindern schutzsuchender Frauen

Prinzipien und Selbstverständnis der Arbeit

Die grundsätzliche Wertschätzung jeder Frau und jeden Kindes sowie die Akzeptanz ihrer individuellen und kulturellen Werte und Lebensentwürfe bestimmen das Handeln der Mitarbeiterinnen. Das schließt das Selbstbestimmungsrecht, die Würde jeder Frau und die Eigenverantwortlichkeit für sich und ihre Kinder ein. Alle Maßnahmen setzen an den vorhandenen Ressourcen der Frauen an.

Maßnahmen

In den Frauenschutzeinrichtungen finden von Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder Schutz und Hilfe, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Religion, ihrem bisherigen Wohnort und ihren finanziellen Möglichkeiten.

Die Zufluchtsstätten nehmen die von Gewalt betroffenen Frauen und ihrer Kinder zu jeder Tages- und Nachtzeit auf. Während des Aufenthalts in der Zufluchtsstätte aber auch ohne oder nach einem Frauenhausaufenthalt erhalten sie dort psychosoziale und sozialpädagogische Beratung, Begleitung und Unterstützung. Die Frauen erhalten hier die Möglichkeit ihre Situation zu verarbeiten, zu überdenken und neue Lebensperspektiven für sich und ihre Kinder zu planen. Die Mitarbeiterinnen leisten Krisenintervention, führen mit jeder Frau individuelle psychosoziale Beratungen zur Bewältigung und Verarbeitung der Gewalterfah-

²²⁾ Runderlass für die Zuwendung von Mitteln an die Landkreise und kreisfreien Städte für Hilfeangebote für von Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Beratungsangebote) vom 18. September 2003

rungen durch und unterstützen sie bei der Klärung ihrer sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Situation und leisten Hilfestellungen bei der Sicherung von Ansprüchen.

Auch die Arbeit mit den Kindern der Zuflucht suchenden Frauen gehört zu den Aufgaben der Frauenschutzeinrichtungen. Kinder finden in hier eine angstfreie Umgebung in der sie zur Ruhe kommen können. Ebenso wie den Müttern, wird den Kindern dort Aufmerksamkeit und Unterstützung gegeben. Sie werden in ihrer Persönlichkeit gefördert, in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt und in ihrer Eigenständigkeit ermutigt. Die Mütter werden bei der Kontaktaufnahme zu Jugendämtern und medizinischen sowie psychotherapeutischen Behandlungen für sich und ihre Kinder unterstützt.



Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.). (2005). Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Baier, D. et al (2009) Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des KFN. www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/375766/publicationFile/17959/Studie_lf.pdf
- Bange, D. & Kröner, W. (Hrsg.). (2002). Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen: Hogrefe.
- Bange, D. (2005). Gewalt gegen Kinder in der Geschichte. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S. 13-18). Göttingen: Hogrefe.
- Bast, H. et al. (Hrsg.). (1990). Gewalt gegen Kinder – Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. 3. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Blum-Maurice, R. et al. (2000). Qualitätsstandards für die Arbeit eines Kinderschutzzentrums. Köln: Eigenverlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren.
- Brisch, K. H. (2007). SAFE, - Sichere Ausbildung für Eltern. Modellprojekt zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kindern. Materialien der Kinderklinik und Poliklinik am Klinikum der Universität München.
- Buchner G., Cizek, B. et al. (2001a). Gewalt gegen Kinder. In Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung (S. 75-259). Wien: Eigenverlag.
- Buchner G., Cizek, B. et al. (2001b). Grundlagen zu Gewalt in der Familie. In Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung (S. 16-74). Wien: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2001). Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung. Wien: Eigenverlag.
- Cantwell, H. B. (2002). Kindesvernachlässigung – ein vernachlässigtes Thema. In R. S. Kempe et al. (Hrsg.), Das misshandelte Kind (S. 515-556). 5. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Deegener, G. (2005). Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S. 37-58). Göttingen: Hogrefe.
- Deegener, G. & Körner, W. (Hrsg.). (2005). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Deegener, G. & Körner, W. (2006). Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Lengerich: Pabst.

- Eggers, C. (1994). Seelische Misshandlung von Kindern. *Der Kinderarzt* 25, 748-755.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (1997). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart/New York: Schattauer-Verlag.
- Ellsäßer, G. (2012). Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2012. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden.
- Erickson, M. F., Egeland, B., Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Hrsg.), *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (S. 647-687). Cambridge: Cambridge University Press.
- Erler, Th. (2006). Unfallmonitoring und Produktsicherheit. 102. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Mainz. Abstract.
- Erler Th, Ellsäßer G (2010) Die „Gesichter“ der Opfer – Auswirkungen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen erkennen. *Pädiat. Prax.* 75: 387 – 395.
- Fegert, J. M. (2006) Prävention und Frühintervention zur Förderung gesunden Aufwachsens und zur Vermeidung von Vernachlässigung. Zur Debatte um kognitives Enhancement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vortrag auf der Fachtagung Rendsburg am 31. August 2006.
- Fegert, J.M., Ziegenhain, U., Lutz, G. (2010). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Beltz Juventa.
- Felitti, V. J. (2002) The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. *Psychosom Med Psychother* 48:359-369.
- Frank, R. (1997) Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung. Eine lohnende Aufgabe für Kinderärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen. *Kinderärztliche Praxis* 1, 25-32.
- Fries, M. (2007). Sehen – Verstehen – Handeln. Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Materialien des Martha-Muchow-Instituts Leipzig und Berlin.
- Häuser, W., Schmutzer, G. Brähler E., Glaesmer H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt* 108:17.
- Geerds, L., Ellsäßer, G., Führer, S., Erler T. (2010). Misshandlungen und Gewalt als Verletzungsursachen im Kindesalter. Ergebnisse eines Unfallmonitorings bei Kindern und Jugendlichen in Südbrandenburg (Deutschland). *Der Unfallchirurg* 2010, 1-5.
- HBSC-Studie (2009/2010) <http://hbsc-germany.de>.
- Herrmann, B. (1998). Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Unveröffentl. Manuskript, 2. Aufl. Kassel.
- Hermann, Banaschek, Dettmeyer; Thyen (2010): *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*, Springer-Verlag

- Hughes, Bellis et al 2012: Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies
Karen Hughes, Mark A Bellis
- Hutz, P. (1994/1995). Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung.
In Bundesärztekammer Köln (Hrsg.), Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Band 18. Köln.
- Kempe, R. S. et al. (Hrsg.). (2002). Das misshandelte Kind. 5. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Robert-Koch-Institut (2007) Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS-Studie). <http://www.kiggs-studie.de>
- Kopecky-Wenzel, M. & Frank, R. (1995). Gewalt an Kindern. Teil 1: Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In P. G. Allhoff (Hrsg.), Präventivmedizin. Praxis – Methoden - Arbeitshilfen. Hamburg: Springer-Verlag.
- Lamnek et al. (2006). Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.). (2007). Kleine Kinder – große Schmerzen. Verletzungen durch Unfälle und Gewalt bei Kindern. In puncto Ausgabe 2/07 – Informationen zum Thema Gesundheit & soziale Lagen im Land Brandenburg. Potsdam.
- Pfeiffer et al. (1999). Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. KFN Forschungsberichte Nr. 80. Hannover: Eigenverlag.
- Pott E, Fillinger, U, Paul, M (2010) Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt. 53:1166-72.
- Reinmuth, S. & Sturzbecher, D. (2007). Wertorientierungen, Kontrollüberzeugungen, Zukunftserwartungen und familiäre Ressourcen. In D. Sturzbecher & D. Holtmann (Hrsg.). (2007). Werte, Familie, Politik, Gewalt - Was bewegt die Jugend? Aktuelle Ergebnisse einer Befragung (17-57). Berlin: LIT Verlag.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 mit ICD-9 und DSM-III-R. 3.Aufl. Bern.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen. Sondergutachten, Kurzfassung <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>; letzter Zugriff 6.4.2012
- Schlack, R. & Hölling, H. (2007). Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz 2007; 50: 819–826.
- Schlack, R, v. Kries, Thyen (2009) Sozialpädiatrie, Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springerverlag
- Schone R. et al. (1997). Kinder in Not. Münster.

- Schröttle, M., Müller U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. BMFSFJ. Berlin. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Steinhausen, H. C. (1993). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Aufl. München.
- Sturzbecher, D. & Holtmann, D. (Hrsg.). (2007). Werte, Familie, Politik, Gewalt - Was bewegt die Jugend? Aktuelle Ergebnisse einer Befragung. Berlin: LIT Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Kopenhagen.

Erläuterung zu § 203 StGB

Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht

Download unter: http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Publikationen/BKiSchG/Formular_Datenschutzerklaerung_StartgGmbH.pdf

Dokumentation 1: Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung

Dokumentation 2: Verdacht auf sexuellen Missbrauch

§ 203 StGB - Verletzung von Privatgeheimnissen

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
- (...)
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
- (...)
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.
- 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
- (...)
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis (...), offenbart, das ihm als
1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
- (...)
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder
- (...)
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.
- (3) (...) Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. (...)
- (...)
- (5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Datenschutzerklärung

Name Vorname

Straße/Nr.

Datum

PLZ Ort

Entbindung von der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB)

Hiermit entbinde(n) ich/wir:

Herrn/Frau: _____
(Name des/der Mitarbeiters/in)

von/aus: _____
(Stempel oder Name der Einrichtung/Institution)

gegenüber dem/den: Jugendamt Sozialamt Gericht
 Schulamt _____

vertreten durch _____ von der Schweigepflicht
(Name des/der Mitarbeiters/in)

Diese Erklärung gilt bis _____, und dient folgendem Zweck:

Und bezieht sich im Einzelnen auf folgende Unterlagen bzw. personenbezogene Daten:

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die/den oben bestimmte/n Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift (Personensorgeberechtigte/r – junge/r Volljährige/r)

Verteiler: Adressat/in Akte (Sachgebiet)
 Personensorgeberechtigte/r junge/r Volljährige/r

Dokumentation 1

(Verdacht auf) Kindesmisshandlung / Vernachlässigung
(bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch benutzen Sie bitte den Dokumentationsbogen 2)

Personalien des Kindes

Familienname : _____

(Datum)

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

(Stempel)

1. Anamnese

(Anlass der Vorstellung, Zeit, Hergang, Art der Gewalt, Informationsquelle)

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

(Größe, Gewicht, Ernährungszustand, Pflegezustand, Entwicklung, Bekleidung)

Haut

- Detaillierte Dokumentation, Vermessung der Spuren, genaue Angaben der Lokalisation, petechiale Lid- oder Bindehautblutungen
- Skizze verwenden
- Wenn möglich Fotos mit Maßstab
- Verborgene Läsionen beachten (behaarter Kopf, Körperhöhlen)

Innere Verletzungen

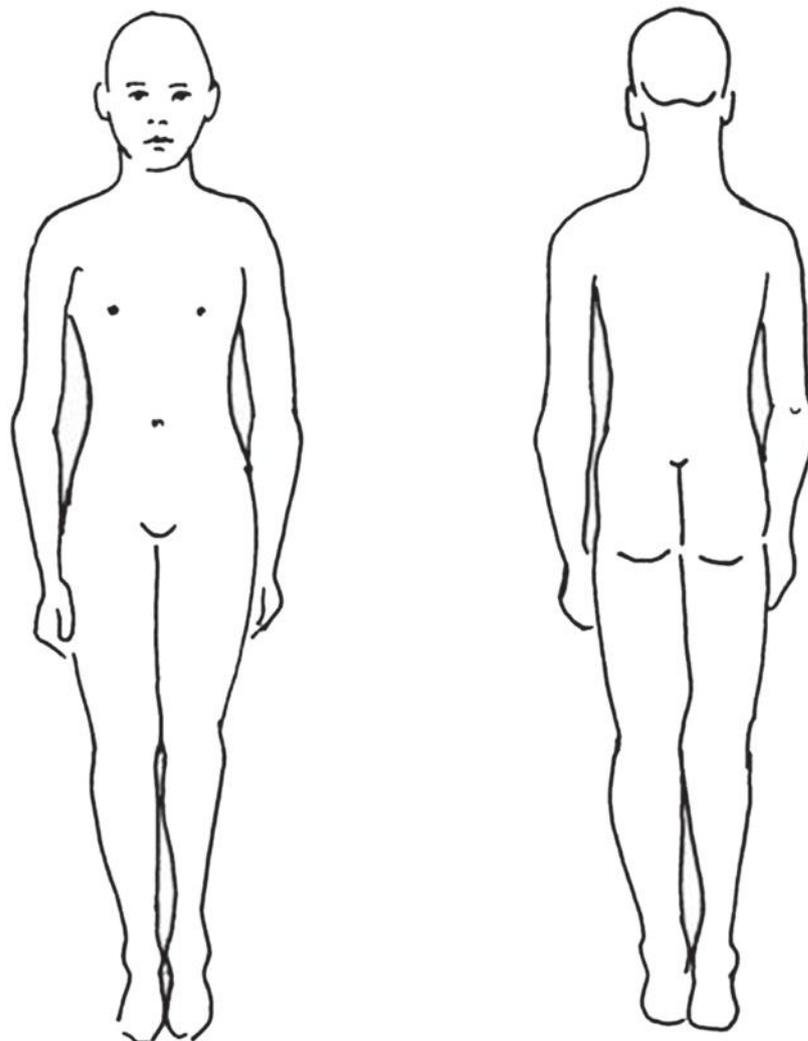
- Innere Blutungen
- Röntgenologische Befunde, evtl. Sonografie, CT, MRT, u.a.
- Altersschätzung der Befunde – insbesondere von Frakturen
- Hinweise auf Schütteltrauma ? Augenhintergrundsverletzungen ?
- Neurologische Auffälligkeiten

Genitale / anale Befunde

- Frische Verletzungen, Narben, Entzündungszeichen
- Hymenalfund (Öffnung normal bis 0.5 cm im 5. Lebensjahr)
- Evtl. Kindergynäkologische Untersuchung durch kompetenten Untersucher

3. Skizzen zur Befunddokumentation

Ganzkörperschema



Genital- / Analregion



4. Verhaltensauffälligkeiten, psychischer Befund, soziale Situation

Psyche, Verhalten

- Verhalten der Situation angepasst?
- überängstlich, verschlossen
- eigenartig unbeweglich, beobachtend (sog. „frozen watchfulness“)
- „sexualisiertes Verhalten“, ungewöhnlicher Wortschatz
- Hinweise auf Essstörungen
- Hinweise auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss ? (Urinprobe)

Soziale / familiäre Verhältnisse

- Anzahl Geschwister
- bekannte Misshandlungsproblematik
- Erziehungsberechtigte, Elternhaus
- Berufstätigkeit / Arbeitslosigkeit der Eltern
- Wohnverhältnisse

5. Auffälligkeiten bei den Eltern / der Begleitperson

- Wer kommt mit dem Kind zum Arzt ?
- Zeitverzögerung bzw. ungewöhnliche Tageszeit für Arztbesuch
- Ungewöhnliches / übertriebenes Besorgnis-Verhalten
- Diskrepanz zwischen Erklärung der Verletzungsursache und Befund
- Verschweigen / Verneinen früherer Verletzungen
- häufiger Arztwechsel
- Alkohol- oder Drogenprobleme der Bezugs- oder Begleitperson

6. Diagnose / Differenzialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexueller Missbrauch (in diesem Falle bitte Dokumentation 2 nutzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Differenzialdiagnose

- z.B. Gedeihstörung, Stoffwechselstörung,
- Malabsorption, Unfall

7. Weiteres Procedere

- Wiedereinbestellung
- Weitere Konsiliarbesuche
- Krankenhauseinweisung
- Meldung z.B. an Soziale Dienste (Jugend- Gesundheitsamt)
Kinderschutzbund
Sonstige Institutionen

Misshandlungsverletzungen



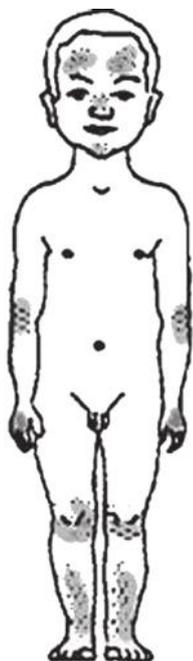
Oberkopf, Auge
Wangen
Mundschleimhaut

Streckseiten der Unterarme
und Hände

Rücken und Gesäß



Sturzverletzungen



Stirn, Nase, Kinn
Hinterkopf

Ellenbogen

Handballen
Fingerknöchel

Knie

Schienenbeine



„Hutkrempe-Regel“



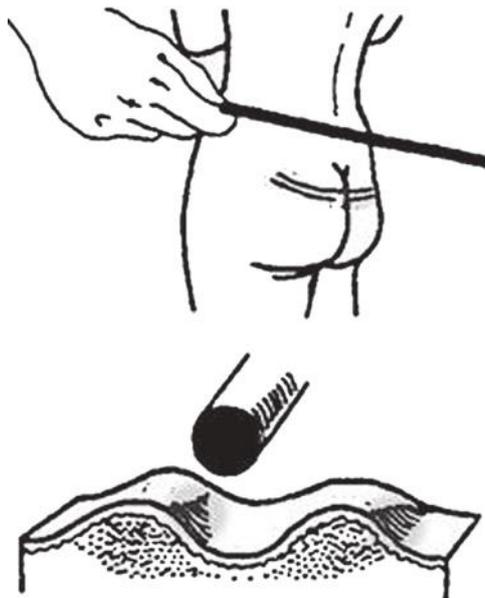
= Schlag und Hiebverletzung



= Sturzverletzung



Entstehung von Doppelstriemen



Stauungsblutung

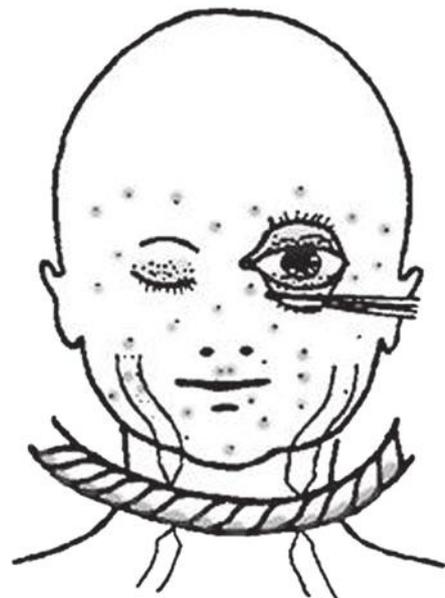


Abb. 1-5 (Institut für Rechtsmedizin, Dr. K. Püschel)

Dokumentation 2

(Verdacht auf) sexuellen Missbrauch

Personalien des Kindes

Familienname : _____

(Datum)

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

(Stempel)

Untersuchungszeit : _____ Uhr

Untersucher / -in : _____ (Name) _____ (Telefon)

1. Kurze Erläuterung zur Tat

geschildert durch Begleitperson

Opfer

Tatort : _____

Tatzeit : _____ (Datum) _____ (Uhrzeit)

Art der Gewaltanwendung

wo und wie festgehalten, geschlagen, gewürgt, bedroht
Tatwerkzeuge verwendet?

Art der sexuellen Handlung

Vaginaler, analer, oraler Kontakt / Samenerguss? Kondom?

Hat sich das Opfer nach der Tat gewaschen ?

ja

nein

Verletzungen :

Schmerzen :

2. Anamnese

letzter freiwilliger Geschlechtsverkehr : _____

letzte Menstrualblutung : _____

Verhütungsmittel („Pille danach“ ?) : _____

3. Begutachtung

a) Allgemeinzustand

(Alkohol, Drogen, psychischer Zustand, orientiert?)

b) Körperlicher Untersuchungsbefund

Kopf :

Hals :

Brust / Bauch :

Rücken :

Ober-, Unterarme, Hände :

Ober-, Unterschenkel, Füße :

! Wichtig für kriminaltechnische Untersuchung !

Verwenden Sie mehrere (2-4) Wattetupfer. Lassen Sie diese lufttrocknen, beschriften Sie diese einzeln mit einem Klebeetikett und verwahren / versenden Sie die Tupfer in einem Briefumschlag.

Objektträger lufttrocknen, beschriften und mit übersenden.

c) Genitalbefund

Schleimhautverletzungen :

Deflorationsverletzungen :

Abstriche (trocken!) im : Scheidenvorhof : _____
Hinteren Scheidengewölbe : _____
Cervixkanal : _____

Fremdanhaftungen ? _____
(evtl. Pubesbehaarung auskämmen)

Die folgenden Punkte d – g sind nur bei entsprechender Anamnese zu beachten !

d) Analbefund

Schleimhautverletzungen : _____

Abstrich (trocken!) : _____

e) Mundbefund

Schleimhautverletzungen : _____

Abstrich : _____

(Schleimhautumschlagsfalte / Backentaschen – trocken !)

f) Spermaspuren am Körper

(mit angefeuchtetem Wattetupfer abreiben – trocknen lassen!)

Abriebstellen : _____

g) Speichelspuren am Körper

(mit angefeuchtetem Wattetupfer abreiben – trocknen lassen!)

Abriebstellen : _____

4. Zusatz-Asservate

Blutprobe – HIV, Blutgruppe, DANN, Alkohol, Drogenderivate

(möglichst EDTA-Röhrchen verwenden)

Entnahmezeitpunkt : _____

Urinprobe – falls Medikamenten- oder Drogenanamnese

Abgabezeitpunkt : _____

Sicherung von Blut- oder Gewebespuren unter den Fingernägeln

Falls das Opfer den Tatverdächtigen erheblich gekratzt oder verletzt hat, sollten die Fingernägel des Opfers geschnitten werden.

Hygieneartikel (Tampon, Binde, Slipelinlage)

Unterwäsche (Schlüpfer etc.)

(Unterschrift des Untersuchers)

