



BRANDENBURGER LEITFADEN

FRÜHERKENNUNG VON GEWALT GEGEN KINDER UND JUGENDLICHE

Erkennen
Fallmanagement
Interdisziplinäre Hilfesysteme

6. Auflage 2016

IMPRESSUM

FRÜHERKENNUNG VON GEWALT GEGEN KINDER UND JUGENDLICHE

BRANDENBURGER LEITFADEN

Erkennung, Fallmanagement, Interdisziplinäre Hilfesysteme

6. Auflage

- Herausgeber : Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) – Landesverband Brandenburg und
Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH, Potsdam und Hennigsdorf, 2016
- Unterstützt durch: Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention im Bündnis Gesund Aufwachsen, Techniker Krankenkasse,
Landesvertretung Berlin-Brandenburg, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH,
Landespräventionsrat Brandenburg
- Redaktion: Frau Dr. Gabriele Ellsäßer, Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz

Herr Dipl.-Med. Detlef Reichel, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) –
Landesverband Brandenburg

Herr Hans Leitner und Frau Jenny Troalic, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH

Herr Prof. Dr. med. Thomas Erler, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Ernst von Bergmann
Klinikum Potsdam

Frau Dr. Michaela Hofmann, Gesundheitsamt des Landkreises Uckermark, Prenzlau

Frau Martina Schulze, Hebammenverband des Landes Brandenburg e. V., Altdöbern

Frau Gitta Hüttmann, Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg

Frau Claudia Erdmann, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie,
Referat 43 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Frau Doreen Winter, Ministerium des Innern und für Kommunales des Landes Brandenburg,
Referat 45 – Kriminalitätsangelegenheiten
- Gestaltung: Werbestudio Zum Weissen Roessl
- Fotos: Gerti G., nailiaschwarz, Unschuldslamm, *paula*, kateyez, Mr. Nico – Photocase.de
chronikler, makar, asmaka – Fotolia.com
- Druck: Altstadt-Druck GmbH

Sehr geehrte Damen und Herren,

Anliegen dieses Leitfadens ist es, allen Fachkräften, die Kinder und Jugendliche betreuen, versorgen oder behandeln, eine leitliniengestützte Orientierung an die Hand zu geben, um frühzeitig Gewalthandlungen gegen Kinder zu erkennen und den Familien über ein Netzwerk von Akteuren Hilfen anzubieten.

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des Leitfadens ist Teil der Maßnahmen des „Bündnis Gesund Aufwachsen“ in Brandenburg. Zentrale Themen im Brandenburger Leitfaden sind neue epidemiologische Erkenntnisse, die Früherkennung von Symptomen bei Vernachlässigung oder nach Gewalt, die Information zu präventiven und frühen Hilfen für Familien sowie Vorschläge für ein strukturiertes und, wenn geboten, ein interdisziplinäres Fallmanagement bei der kinder- und jugendärztlichen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich. Er stellt somit eine aktualisierte handlungspraktische Anleitung dar, um innerhalb des bestehenden Hilfesystems sachgerecht und professionell zu unterstützen und zeitnah zu intervenieren. Als weitere praktische Hilfestellung werden die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen beleuchtet.



Der multiprofessionelle Ansatz des aktuellen Leitfadens hat im Fokus, dass bereits die frühe Diagnostik von Symptomen nach Gewaltanwendung nur in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen aus Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Jugendhilfe zu realisieren ist. In diesem Sinne wendet sich der Leitfaden besonders an Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Hebammen, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, den zahnärztlichen Dienst im Gesundheitsamt, an die Frühförder- und Beratungsstellen, an die Fachkräfte in der Jugendhilfe sowie die Akteurinnen und Akteure im Bereich der Frühen Hilfen.

Um die Basis für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zu schaffen, werden nicht nur die Ressourcen verschiedener Arbeitsbereiche aus dem Gesundheitswesen im Rahmen des Kinderschutzes vorgestellt, sondern über Exkurse im Kinderschutz auch ausgewählte Arbeitsgebiete der Kinder- und Jugendhilfe und der Polizei. Verdeutlicht werden die Verfahrensabläufe und die Schnittpunkte der Zusammenarbeit durch Fallbeispiele.

Bereits die Evaluation des ersten Brandenburger Leitfadens konnte den praktischen Nutzen für die kinder- und jugendärztliche Praxis nachweisen. Mit der Einbeziehung der fachlichen Expertise aus dem Gesundheitswesen und den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe und der Polizei ist der Leitfaden eine wichtige Grundlage für die Kooperation der vielfältigen Fachkräfte im Kinderschutz geworden. Darüber hinaus erfolgte eine weitere Schwerpunktsetzung auf die primärpräventiven und familienunterstützenden Hilfesysteme im Land Brandenburg, beispielsweise die Netzwerke Gesunde Kinder, die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und die Frauenschutzeinrichtungen. Denn internationale Studien konnten überzeugend zeigen, dass eine frühzeitig einsetzende Unterstützung der Familien beispielsweise die Eltern-Kind-Beziehung verbessern, die gesundheitliche Entwicklung der Kindern fördern und soziale Belastungen vermindern.

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 nun schon sechsten Auflage mitgewirkt haben.

A stylized, handwritten signature in dark ink, reading 'Diana Golze'.

Diana Golze
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

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	12
1.4 Sexuelle Gewalt	13
1.5. Häusliche Gewalt	13
2. Epidemiologie	16
2.1 Häufigkeit von Kindesmisshandlung	16
2.2 Belastungs- und Schutzfaktoren	22
3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die berufliche Praxis	25
3.1 Bundeskinderschutzgesetz 2012	25
3.2 Ärztliche Schweigepflicht	25
3.3 Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung	26
4. Diagnostik und Befunderhebung	29
4.1 Empfehlungen zur ärztlichen Diagnostik	29
4.2 Körperlicher Befund	29
4.2.1 Anamnese	29
4.2.2 Untersuchung	30
4.3 Folgen sexueller Gewalt	34
4.4 Psychischer Befund	35
4.5 Beurteilung der familiären Situation	36

5.	Fallmanagement im Rahmen des Kinderschutzes	38
5.1	Allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung	38
5.2	Fallmanagement in der Betreuung von Müttern und Familien durch Hebammen	39
5.3	Fallmanagement in der Kinder- und Jugendarztpraxis	42
5.4	Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik	50
5.5	Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	59
5.6	Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst beim Kinderschutz	66
5.7	Fallmanagement in den Frühförder- und Beratungsstellen	71
5.8	Exkurse zum Kinderschutz	74
5.8.1	Fallmanagement in der Kita	74
5.8.2	Fallmanagement in der Schule	79
5.8.3	Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes im Kinderschutz	84
5.8.4	Aufgaben der Polizei beim Kinderschutz	87
6	Interdisziplinäre Hilfesysteme	90
6.1	Regionale Arbeitsgemeinschaften Kinderschutz und Frühe Hilfen	90
6.2	Kooperationen im Sinne präventiver und familienunterstützender früher Hilfen	92
6.2.1	Netzwerke Gesunde Kinder	92
6.2.2	Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes	94
6.2.3	Frauenhäuser – ambulante Beratung für Frauen mit Gewalterfahrung	95
	Schlagwortverzeichnis: Hilfs- und Schutzangebote	96
	Literatur	98

Anhang	101
Erläuterung zu § 203 StGB	103
Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht	105
Dokumentation 1: Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung	107
Dokumentation 2: Verdacht auf sexuellen Missbrauch	115
Checkliste Kindeswohlgefährdung für Berufsheimnisträger §4 KKG	



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.

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die Säuglinge oder Kinder untersuchen sowie heilpädagogische Fachkräfte oder 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.

Der Leitfaden bezieht die Aufgaben und Verfahren der Jugendhilfe, insbesondere die Bereiche Jugendamt, Kita und Schule, sowie der Polizei 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 psychosozialen Unterstützungsangeboten für junge Familien.

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 und durch Fallbeispiele illustriert 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 sowie der Frühförder- und Beratungsstellen.

Im abschließenden Kapitel werden die Vorgehensweisen bei Kindeswohlgefährdung und Unterstützungsangebote des Jugendamtes, der Kita, der Schule und der Polizei für Familien und Kinder sowie die interdisziplinären Hilfesysteme zusammengefasst dargestellt.

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

**Handlungspraktische
Anleitung**

**Multiprofessionelle
Zielsetzung**

**Hilfestellung bei der
Kooperation**



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 einzuhaufen,
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 Erzwungung 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 gewaltsame 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)
- **Häusliche Gewalt** (s. Abschnitt 1.5)

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 Erstickten 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 Beziehungen, die zu einer gesunden emotio-

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>.

nen 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 Gewaltanwendung 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.

Mit zunehmendem Alter gewinnen soziale Beziehungen auch außerhalb der Familie zunehmend an Bedeutung. Erfährt ein Kind oder ein Jugendlicher hier Ablehnung oder soziale Ausgrenzung, kann dies gravierende Folgen für seine Gesundheit und Entwicklung haben. Das Mobbing ist eine besondere Form seelischer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. (siehe Kapitel 2.Epidemiologie)

**Das Kind
erlebt Ablehnung**

**Überzogene oder
inkonsequente
Bestrafungen**

**Instrumentalisierung in
Beziehungskonflikten**



Was ist Mobbing: Ein Kind oder Jugendlicher „ist Gewalt ausgesetzt oder wird gemobbt, wenn er oder sie wiederholt, d.h. systematisch, und über eine längere Zeit den negativen Handlungen“ eines oder mehrerer anderer Menschen ausgesetzt ist.

Vgl. Dan Olweus: Gewalt in der Schule, Bern (u. a.) 1996, S.60ff



Weiterführende Information: Die TK hat für die Kooperationspartner im jeweiligen Bundesland Anti-Mobbing-Koffer produziert. Mehr Informationen dazu finden Sie unter: <http://www.tk.de/tk/gesunde-lebenswelten/gesunde-schule/mobbing/108934>



1.3 Vernachlässigung

Körperliche, erzieherische und emotionale 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).

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

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).

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.

Sexuelle Gewalt erfolgt unter Ausnutzung von Abhängigkeit

Geplantes Verhalten

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.

Oftmals Bagatellisierung durch die Opfer

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.

Zunehmende Furcht der Kinder vor dem Täter

Das Miterleben von Gewalt wirkt auf Kinder einschüchternd, beängstigend und beschämend. Sie verlieren nach und nach das Vertrauen zur Mutter und erfahren, 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 fremdverletzendem 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 wegdreht, 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.“

Studie zu Femizid

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.



„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

Datenlage lückenhaft

In Deutschland gibt es keine einheitliche Datenbasis über die Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder. Über die Todesursachenstatistik lassen sich tödliche Verletzungen durch Gewalt, die sogenannten „tätlichen Angriffe“ (nach ICD³ 10 X85-Y09) bundesweit nach Altersgruppen und Geschlecht darstellen. Dabei ist es nicht möglich nach physischer, sexueller oder psychischer Gewalt zu unterscheiden. Diese Daten stellen die Spitze des Eisberges dar und ermöglichen Hochrisikogruppen zu identifizieren, die für die Gewaltprävention von Bedeutung sind.

amtliche DRG-Statistik

Auf der Grundlage der amtlichen DRG⁴ Statistik werden im Krankenhaus bei gewaltbedingten Verletzungen von Kindern und Jugendlichen die sogenannte „Nebendiagnose“ (T74) „Missbrauch von Personen“ zusätzlich erfasst. Bis 2012 war diese Dokumentation in den Krankenhäusern freiwillig und wurde dann als Pflichtkategorie bei Verletzungen mit einer Missbrauchsursache für das Kindes- und Jugendalter eingeführt. Diese Daten geben einen weiteren Überblick zum Ausmaß schwerer Gewalthandlungen, die zu einer Krankenhausbehandlung führten und sind für die Identifizierung von Hochrisikogruppen von Bedeutung.

polizeiliche Kriminalstatistik

Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) gibt nur Auskunft über das Ausmaß der Gewalthandlungen, die polizeilich als strafbares Verhalten registriert wurden (sog. „Hellfeld“). Da ein Großteil der Gewaltdelikte in der Familie niemals zur Anzeige gelangt, reicht die polizeiliche Kriminalstatistik nicht aus, um das Ausmaß der Kindesmisshandlung darstellen zu können.

empirische Sozialforschung

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 (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey). Sie gibt damit Aufschluss über Gewalthandlungen, die nicht polizeilich erfasst werden (sog. „Dunkelfeld“).

Um einen Überblick zum Vorkommen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu gewinnen, wird nachfolgend der wissenschaftliche Erkenntnisstand aus unterschiedlichen Datenquellen und methodischen Zugängen zusammengeführt und bewertet.

³⁾ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

⁴⁾ Diagnosis Related Groups (DRG); deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen bezeichnen ein Klassifikationssystem der amtlichen Statistik

Gewaltbedingte Todesfälle kommen am häufigsten bei Säuglingen vor. Im Zeitraum zwischen 2004 und 2013 war die Todesursache bei mehr als einem Drittel (36 %) aller tödlich verletzten Säuglinge eine Gewalthandlung. 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 abnehmenden Unfallmortalität in den letzten 10 Jahren blieb die Rate der gewaltbedingten Todesfälle im Säuglingsalter auf hohem Niveau (Ellsäßer 2014). Die Studie von Leitner 2006 untersuchte, bezogen auf Brandenburg, alle gewaltbedingten Todesfälle bei Kindern im Zeitraum 2000-2005 (27 von insgesamt 36) und stellte fest, dass zwei Drittel dieser Kinder nicht älter als 6 Monate waren.

Bezogen auf die amtliche DRG-Statistik (DESTATIS 2016), die die vollstationären Patienten in Krankenhäusern beschreibt, lag die Anzahl der wegen eines „Missbrauchs“ verletzten und stationär behandelten Kinder am höchsten bei den Säuglingen (rund 1,3 % aller verletzten Säuglinge). Im Jahr 2014 betrafen rund 35 % (297) von insgesamt 861 Missbrauchsfällen der unter 15-Jährigen das Säuglingsalter. Die Rate der gewaltbedingten Verletzungen lag bei den Säuglingen mit 42 pro 100.000 um mehr als das 10fache höher als bei den Jugendlichen (10-15 Jahre) mit rund 4 Fällen pro 100.000. Analog zu den Todesfällen durch Gewalt lag der Altersgipfel der stationär behandelten und gewaltbedingten Verletzungsfälle bei den Säuglingen. Daher sind Säuglinge besonders zu schützen und der Schwerpunkt in der Prävention sollte auf frühe Hilfen von werdenden bzw. jungen Eltern gerichtet werden.

Die Erhebung von krankenhausesbezogenen Daten zu Verletzungen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen wird in Brandenburg über die europäische Injury Data Base (IDB) realisiert. Im Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus werden alle verletzten Patienten, die in der Notfallambulanz oder stationär behandelt werden, nach dem Verletzungshergang differenziert erfasst und anonymisiert über das Landesgesundheitsamt ausgewertet (Erler & Ellsäßer 2010). Dadurch kann das Ausmaß von Verletzungen durch Gewalt bei Kindern und Jugendlichen ermittelt und Hochrisikogruppen bzw. Kontextfaktoren identifiziert werden.

Die Daten umfassen 15.886 Verletzungsfälle bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren im Zeitraum 2008 bis 2014. Bei 3,4 % dieser Verletzungen konnte Gewalt als Ursache festgestellt werden. In allen Altersgruppen werden Jungen häufiger durch Gewalttaten verletzt als Mädchen. Auch steigt der Anteil der durch Gewalttaten bedingten Verletzungen bei Jungen mit zunehmendem Alter an, während dies bei den Mädchen nicht zu beobachten ist. Der Altersgipfel mit 10 % wird in der Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen Jungen erreicht und lässt hier einen besonderen Handlungsbedarf für die Prävention erkennen (IDB: Abteilung Gesundheit LAVG 2016).

In einer Brandenburger Studie zum Ausmaß von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche (Geerds et al 2010), die sich ausschließlich auf die stationär behandelten und verletzten Kinder und Jugendlichen des Carl-Thiem-Klinikums in Cottbus bezog, lag der Anteil gewaltbedingter Verletzungen an allen Verletzungen bei 8,2 %. Auch hier waren männliche Jugendliche (15-17 Jahre) mit einem Anteil von 10,6 % am stärksten betroffen. Einerseits handelte es sich um tätliche Auseinandersetzungen unter den Schülern, andererseits um tätliche Angriffe durch Fremde, beispielsweise in Freizeiteinrichtungen, Parkanlagen oder auch auf der Straße.

Die Spitze des Eisberges

**Gewaltbedingte
Todesfälle kommen
am häufigsten bei
Säuglingen vor**

**Die im Krankenhaus
behandelten
„Missbrauchsfälle“
betreffen insbesondere
Säuglinge**

**Krankenhausbezogene
Erfassung von
Gewalthandlungen**

**Jungen werden häufiger
durch Gewalttaten
verletzt**

**Brandenburger Studie
zum Ausmaß von
Gewalt gegen Kinder
und Jugendliche**

Die Brandenburger Injury Data Base (IDB) ermittelte vergleichbare Zahlen zur DRG-Statistik für das Säuglingsalter mit einem Anteil von 1,3% an allen Verletzten dieser Altersgruppe (2008-2014). Die Verletzungsfolgen waren auf Grund von Schädel-Hirn-Traumen besonders schwerwiegend. Täter waren in über 90% der Fälle die Eltern selbst. Eine psychische Erkrankung der Mutter, Überforderung oder auch schwierige familiäre Verhältnisse waren relevante Kontextfaktoren. Daher werden in der nachfolgenden Tabelle exemplarisch drei Misshandlungsfälle vorgestellt.

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

Alter	Hergang
Säugling	Die 21-jährige Mutter sei mit dem Kind völlig überfordert und habe es mehrfach geschlagen und geschüttelt. Vor 3 Wochen sei es einmal von der Wickelkommode 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.



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

Häusliche Gewalt

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 (BMFSFJ 2004) gaben rund 60 % 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,

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

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.

Im Jahr 2014 wurden in den Allgemeinen Sozialen Diensten der Brandenburger Jugendämter insgesamt 6.767 Gefährdungsmeldungen im Sinne des § 8a SGB VIII erfasst. Das sind über 1.000 Meldungen mehr als im vergangenen Jahr und im Vergleich zum Jahr 2009 mit 3.369 Meldungen eine Verdoppelung der Zahl. Die Anzahl der im Rahmen der erfassten Meldungen unmittelbar betroffenen Kinder ist größer, da zum Teil mehrere Kinder in einer Familie betroffen waren: landesweit 7.944 im Jahr 2014. Auch hier ist eine Steigerung gegenüber dem Jahr 2009 um fast das Doppelte festzustellen. Bezogen auf die 18 Jugendämter im Land Brandenburg bedeutet dies eine durchschnittliche Zahl von 441 Kindern pro Jahr gegenüber 230 im Jahr 2009.

In der Befragung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) von 6.813 Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Selbstauskunft) wurde bei insgesamt einem Viertel (25,1 %) der Befragten eine Gewalterfahrung festgestellt. Opfer von Gewalthandlungen waren 4,6 % der Befragten (5,2 % der Jungen, 3,9 % der Mädchen,). Auf der anderen Seite gaben im Durchschnitt 14,9 % an (19,6 % der Jungen, 9,9 % der Mädchen), ein oder mehrmals Täter gewesen zu sein (12-Monatsprävalenz). Bei einer differenzierteren Analyse nach Geschlecht und Alter waren die Jungen sowohl als Opfer als auch Täter deutlich stärker betroffen. Des Weiteren zeigten sich erhebliche schultypbezogene Unterschiede bei der Gewalterfahrung nach Opfer- und Täterstatus. Gymnasiasten waren gegenüber Real-, Haupt- und Gesamtschülern die Gruppe mit der geringsten Gewalterfahrung. Bei Hauptschülern hingegen war der Täteranteil besonders prominent (Jungen 26,4 %, Mädchen 20,4 %). Der Migrationsstatus und die Zugehörigkeit zu einer niedrigen Sozialstatusgruppe erhöhten signifikant die Gewalthandlungen als Täter (Migrant vs. Nicht-Migrant 20,1 % vs. 13,8 %; niedriger vs. hoher Sozialstatus 21,8 % vs. 11,5 %). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Tätererfahrungen bei Schulkindern häufig vorkommen und daher ein schulbezogener Ansatz in der Gewaltprävention von Bedeutung ist (Schlack & Hölling 2007).

Eine ähnlich hohe Rate an Gewalterfahrung von insgesamt 24,7 % der befragten Neuntklässler (Nettostichprobe 44.610) ermittelte eine große bundesweite repräsentative Befragung, die vom kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen zeitlich nach dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey durchgeführt wurde (Baier et al. 2009). Um das Dreifache höher als im KiGGS lag hier der Anteil der befragten Schülerinnen und Schüler, die berichteten Opfer von Gewalt zu sein (16,8 %).

Darüber hinaus konnte diese Studie neue Erkenntnisse zum Ausmaß elterlicher Gewalt gegenüber Kindern gewinnen, da nach der Gewalterfahrung der Neuntklässler vor dem zwölften Lebensjahr (in der Kindheit) gefragt wurde. Insgesamt erlebten 15,3 % in ihrer Kindheit schwere Gewalt (mit einem Gegenstand geschlagen, mit der Faust geschlagen/getreten, geprügelt/zusammengeschlagen). Darunter wurden 9 % als Opfer von Gewalt identifiziert. Bezogen auf das Jugendalter lag der Anteil schwerer elterlicher Gewalthandlungen mit 5,7 % deutlich niedriger (4,1 % Fällen von Misshandlung). Bei einer Analyse der elterlichen Gewalt nach Vater und Mutter zeigten sich nahezu keine Unterschiede.

**Meldungen zu
Kindeswohlgefährdung
an Brandenburger
Jugendämter**

**Repräsentative Studien
zum Vorkommen
von Gewalt bei
Jugendlichen
(11-17 Jahre)**

**Gewalterfahrung:
ein Viertel der 11- bis
17-Jährigen**

**In Hauptschulen
besonders ausgeprägt**

**Neuntklässler:
15,3 % erlebten
schwere elterliche
Gewalt in der Kindheit**

**Sexuelle Gewalt
Weltweit jedes 8. Kind/
Jugendliche betroffen**

Bevölkerungsbezogene Erhebungen zum Vorkommen von sexueller Gewalt bei Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland nicht verfügbar, da es, wie in den USA, kein Pflichtmeldesystem für Kindesmisshandlung gibt (Herrmann et al 2014). Eine Metaanalyse von 323 Studien mit 9,9 Millionen Betroffenen weltweit ergab eine Prävalenz von 12,7 % (Mädchen 18 %, Jungen 7,6 %) (Stoltenborgh et al 2011).

Die Auswirkung von körperlicher und sexueller Gewalt bei Kindern auf ihre Langzeitfolgen im Erwachsenenalter ist wissenschaftlich gut untersucht. In einer umfassenden Metaanalyse von Lindert et al 2014 von 19 Studien (2002-2012) und insgesamt rund 115.000 Teilnehmern konnte festgestellt werden, dass bei körperlichem und sexuellem Missbrauch der Kinder im Alter unter 16 Jahren ein hohes Risiko bestand, psychische Probleme im Erwachsenenalter zu entwickeln, insbesondere Angst oder eine Depression (Lindert et al 2014)

Mobbing/Bullying

Zum Begriff des Mobbing/Bullying existiert keine allgemein anerkannte Definition. Olweus sieht Mobbing als gegeben an, wenn ein Kind wiederholt oder über einen längeren Zeitraum den negativen Handlungen (physisch oder psychisch) eines oder mehrerer anderer Kinder ausgesetzt ist (Olweus 2006). Anlehnend an diese Definition befragte das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen die Neuntklässler zu ihren Erfahrungen: „Haben Dich eine oder mehrere Personen über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt schikaniert, benachteiligt, ausgegrenzt oder verbal herabgesetzt?“ 19 % der Befragten bejahten dies, 11 % hatten dies sogar mehrfach erlebt (fünfmal und mehr) (Baier et al 2009). Langzeituntersuchungen aus den USA und Großbritannien zeigen, dass Kinder und Jugendliche, die während der Schulzeit ausschließlich Mobbing durch eine Peer –Gruppe ausgesetzt waren, als junge Erwachsene ein hohes Risiko haben, psychischen Störungen zu entwickeln (Lereya et al 2015).

**Bei rund jedem
5. Jugendlichen
psychische Folgen**

**Cybermobbing/
Cyberbullying**

Mittels moderner Kommunikationsmittel wie Computer und Smartphones hat sich in der letzten Dekade eine neue Form des Bullyings/Mobbing etabliert, das so genannte Cybermobbing über Kommunikationsforen im Internet. Nachrichten, Texte, Bilder oder Videos lassen sich z.B. problemlos direkt mit dem Smartphone erstellen und können dann im Internet unkontrollierbar weiter verbreitet werden. Im Gegensatz zum vorher beschriebenen Mobbing können die Täter anonym bleiben oder eine falsche Identität verwenden. Die Opfer sehen sich mit Unwahrheiten, Beleidigungen, Drohungen oder kompromittierenden (evtl. digital montierten) Bildern oder Videos konfrontiert.

**12 bis 17 %
der Jugendlichen
betroffen**

Nach den Studienergebnisse zur Häufigkeit des Cybermobbing bei Kinder und Jugendlichen liegen die Zahlen für Deutschland zwischen 12 % und 17 % (Opferperspektive). So gaben in der JIM-Studie des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest 2013 (Nettostichprobe 1.200) 12 % der Befragten (Mädchen 14 %, Jungen 10 %) an, bereits Opfer von Cybermobbing geworden zu sein. Eine höhere Prävalenz ermittelte das Bündnis gegen Cybermobbing im gleichen Zeitraum mit einer Umfrage unter 6.739 (Nettostichprobe) Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 22 Jahren: Hier sahen sich 17 % als Opfer einer Cybermobbing-Attacke und 19 % hatten selbst eine derartige Attacke gestartet (Schneider et al 2013). In beiden Studien waren Mädchen und Hauptschüler besonders betroffen.

In einer systematischen Analyse von insgesamt 10 bevölkerungsbezogenen Studien zu Cybermobbing bei 10- bis 17-Jährigen wurde festgestellt, dass Cybermobbing bei den Kindern und Jugendlichen statistisch bedeutsam mit depressiven Beschwerden (mäßig bis schwer), Substanzkonsum, Suizidgedanken und auch Suizidversuchen verbunden war (Bottino et al. 2015).

Cybermobbing: Erhebliche psychische Folgen



Weiterführende Information: Die Unfallkasse Brandenburg unterstützt Präventionsangebote im Rahmen des Konzeptes „Mit-Ein-Ander“ in Kita und Schule. Informationen zu den Präventionsprogrammen finden Sie unter www.ukbb.de.

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
- o Säuglinge werden am häufigsten Opfer schwerer Formen physischer Gewalt. Besonders gefährdet sind Frühgeborene und Säuglinge mit einem geringen Geburtsgewicht. - o 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. - o Sexuelle Gewalt wird vor allem an Kindern vor der Pubertät verübt. - o Die größte Gruppe sind hier die 10- bis 11-Jährigen. Es wird vermutet, dass Kleinkinder unter den erfassten Fällen unterrepräsentiert sind. - o Mädchen werden etwa zwei- bis viermal häufiger Opfer sexueller Übergriffe als Jungen. Es wird vermutet, dass Jungen unter den erfassten Missbrauchsfällen unterrepräsentiert sind.	- o Kinder erfahren Gewalt am häufigsten von ihren leiblichen Eltern. - o Gewalt gegen Kinder kommt in allen sozialen Schichten vor (zu den sozialen Risikofaktoren siehe Tabelle 2 in Kapitel 2.2). - o Körperliche Gewalt gegen Kinder wird etwa gleich häufig von leiblichen Vätern und Müttern ausgeübt. - o Eltern, die Gewalt gegen ihre Kinder ausüben, sind am häufigsten zwischen 20 und 35 Jahren alt. - o Sexuelle Gewalt gegen Kinder wird am häufigsten von Tätern ausgeübt, die mit dem Opfer verwandt sind oder zu seinem Bekanntenkreis zählen. - o Sexuelle Gewalt wird überwiegend von männlichen Tätern ausgeübt. Bei den Sexualstraftätern findet sich der größte Anteil in der Altersgruppe zwischen 30 und 50 Jahren.



Weiterführende Information: Über die Webseite www.sicheres.brandenburg.de sind weitere Informationen zu den Brandenburger Programmen bzw. Projekten in der Unfall- und Gewaltprävention zu finden.

2.2 Belastungs- und Schutzfaktoren

Die Wurzeln von Gewalt gehen auf verschiedene Ebenen zurück

Die Forschung zur Kindesmisshandlung führt Gewalt gegen Kinder auf den Einfluss unterschiedlicher Systeme zurück und fasst dies im sogenannten „Ökologischen Modell“ zusammen (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 (z. B. Behinderung des Kindes, Biografie der Eltern), des Mikrosystems der Familie (Eltern-Kind-Interaktion, Partnerschaft), der Nachbarschaft und Gemeinde (z. B. sozial unterstützende Netzwerke) und des Makrosystems der Gesellschaft (Tolerierung oder Ablehnung von Gewalt in der Erziehung, Rechtsprechung und Gesetzgebung) (Abb. 1). 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).

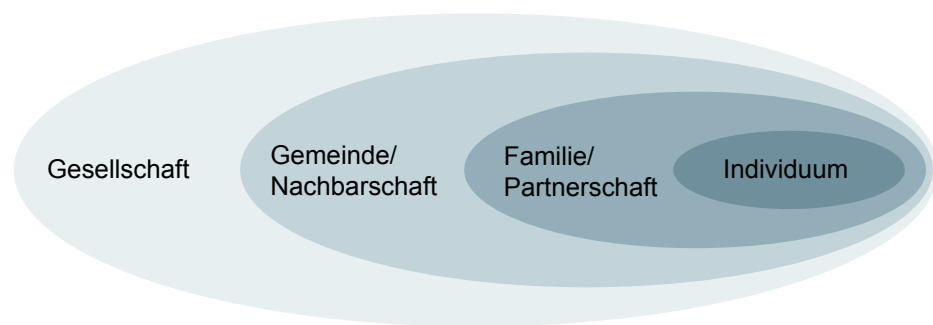


Abbildung 1: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt (nach Weltgesundheitsorganisation 2003)

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 2004).

Gewalt gegen behinderte Kinder fast viermal so häufig

Unter den kindbezogenen Belastungsfaktoren (Tabelle 3) kommt einer Behinderung des Kindes eine besondere Bedeutung zu. Eine Meta-Analyse von 11 Studien zur Wahrscheinlichkeit körperliche Gewalt als behindertes Kind bzw. Jugendlicher zu erfahren ergab ein 3,6-fach erhöhtes Risiko gegenüber Kinder ohne eine Behinderung. Das Risiko sexuelle Gewalt zu erleben war um das 2,9-fache erhöht. Als Erklärung wird hier 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 Säugling-

salter und später durch Schläge auf den Kopf, verursacht wurde (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
- o Unerwünschtheit - o Abweichendes und unerwartetes Verhalten - o Entwicklungsstörungen - o Fehlbildungen - o Frühgeburt oder small for date infant (Mangelgeburt) - o Stiefkinder - o Schreibabys	- o Hohe, unrealistische Erwartungen an das Kind - o Mangel an erzieherischer Kompetenz - o Misshandlung in der eigenen Vorgeschichte - o Unkenntnis über Pflege, Erziehung und Entwicklung des Kindes - o Akzeptanz körperlicher Züchtigung - o Persönlichkeitsmerkmale wie mangelnde Impulskontrolle, Sensitivität, Isolationstendenz, hoher Angstpegel - o Aggressives Verhalten - o Suchtkrankheiten - o Psychische Erkrankung - o Niedriger Bildungsstand - o Alleinerziehende - o Minderjährige Eltern - o Eheliche Auseinandersetzungen, Gewalt in der Partnerschaft - o Kritische Lebensereignisse (Tod, schwere Erkrankung, Trennung, Scheidung)	- o Fehlen sozialer Unterstützung und Eingebunden sein in unterstützende Netzwerke (wie Familie, Freundeskreis, etc.) - o Kinderfeindlichkeit - o Beengte Wohnverhältnisse - o Isolation - o Unzureichende familienbezogene Hilfsangebote vor Ort - o Konflikte mit Behörden, Institutionen, Schule, Kindergarten etc. - o Arbeitslosigkeit/wirtschaftliche Notlagen

Ein hohes Risiko besteht, wenn Risiken länger bestehen und kumulieren und zudem keine Schutzfaktoren vorhanden sind, die die Risiken abpuffern (Fegert 2006).

Zu berücksichtigen ist, dass diese Risikofaktoren nachweislich auch das Unfallrisiko der Kinder erhöhen, so dass diese Kinder häufig und wiederholt als „Unfallkinder“ in den Notfallambulanzen erscheinen. Es gibt eine Grauzone zwischen Verletzungen durch Unfälle und Kindesmisshandlung vor allem auf dem breiten Feld der Vernachlässigung (Albrecht 2014).

Schutzfaktoren wirken protektiv

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 komplex. 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 (Egle et al. 2004). 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 2012 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.

3.2 Ärztliche Schweigepflicht

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:

Entbindung von der
Schweigepflicht möglich

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

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>.

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 § 4 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.

3.3 Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung

Schutzauftrag der Jugendämter	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 VIII ⁸⁾ umfasst der staatliche Schutzauftrag folgende Pflichten und Aufgaben der Jugendämter:
Nachgehen aller Verdachtsfälle	Die Jugendämter sind verpflichtet, allen Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen. Zu den Verdachtsfällen gehören auch anonyme Hinweise (§ 8a Abs. 1 SGB VIII).

⁸⁾ Aches 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.

- 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 werden und es muss unverzüglich das Familiengericht angerufen werden (§§ 8a Abs. 2 und 42 SGB VIII).
- 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).
- 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).

Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Schutz durch Hilfe für Eltern

Einbezug externer Fachkräfte

Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft

Einbezug aller Träger

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

Gesundheitliche Sorge

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.

⁹⁾ Aches 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.

4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Empfehlungen zur ärztlichen Diagnostik

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

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.

Kindesmisshandlung ist ein Krankheitsbild mit vielfältigen Symptomen

Kindorientierte Untersuchung

4.2 Körperlicher Befund

4.2.1 Anamnese

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.

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

Häufig unklare Vorgeschichte bei Kindesmisshandlung

Auf Dokumentation achten

4.2.2 Untersuchung

Schonende, aber vollständige Status-erhebung

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!

Hautsymptome

Hämatome sind das häufigste Symptom

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):

Tabelle 4: Eher unverdächtige und eher verdächtige Körperstellen für Hämatome

Eher unverdächtig	Eher verdächtig
- o Stirn - o Schläfe - o Nase - o Kinn - o Hüfte - o Becken - o Knie - o Schienbeine - o Ellenbogen - o Dorsale Unterarme (Außenseiten) - o Palmare Handflächen (Handteller)	- o Thorax (Brustkorb) - o Rücken - o Genitale - o Dorsale Oberschenkel (Gesäß und Oberschenkelrückseite) - o Ohren - o Kieferwinkel - o Mastoid (Warzenfortsatz hinterm Ohr) - o Wangen - o Oberlippe - o Frenulum (Bändchen) der Oberlippe (Zwangsfüttern) - o Hals (Würgemale), Nacken - o Ventrale Unterarme (Innenseite der Unterarme, Schutz vor Schlägen), Schulter - o Oberarme symmetrisch, Handrücken

Hämatome an ungewöhnlichen Körperstellen

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 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

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.

Verbrennungen und
Verbrühungen

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.)

Knochenbrüche
in den ersten drei
Lebensjahren

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

Schädel- und
Rippenfrakturen

sowie (beidseitige) Oberarmschaftfrakturen sind hoch verdächtig. Ein typischer Misshandlungsbefund sind Rippenfrakturen. Rippenserienfrakturen des Kindes werden fast ausschließlich durch schwere Verkehrsunfälle verursacht oder – seltener – durch Wiederbelebungsmaßnahmen.

Kopfverletzungen

Kopfverletzungen sind die häufigste Todesursache bei Misshandlung

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.

Subdurales Hämatom bei Schütteltrauma

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.

Nachweis durch Diagnose intraokulärer Blutung

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.

Untersuchung des Augenhintergrundes

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

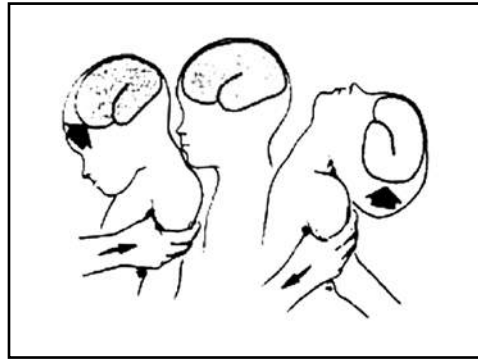
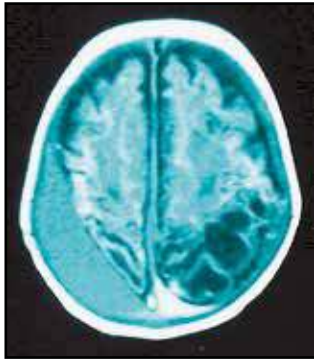


Abbildung 3: Computertomographischer Befund eines geschüttelten Säuglings (Reste einer schweren Blutung bzw. ausgedehnte Defektheilungen) sowie schematische Darstellung der Krafteinwirkung beim Schütteln

Thorax- und Bauchtraumen

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 Duodenalhämatome) sind bei fehlenden überzeugenden unfallbedingten Mechanismen fast vollständig beweisend für eine Misshandlung.

Thorax- und Bauchtraumen sind seltener, aber potenziell tödlich

Apparative Diagnostik

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 empfiehlt 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 knöcherne 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.

Röntgenuntersuchung bei Kindern unter 3 Jahren wichtig

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

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

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

Vager Anfangsverdacht

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).

Einfühlsame Gesprächsführung

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.

Schonende körperliche Untersuchung

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.

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

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“ (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.
- Ängstlichkeit, Traurigkeit, Stimmungs labilität 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.
- Häufig treten Störungen des Sozialverhaltens auf, insbesondere Aggressivität und Distanzlosigkeit. Inadäquates sexuelles Verhalten oder nicht altersentsprechendes 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).

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.

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

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:

**Merkmale von
Misshandlung und
Vernachlässigung**

Frozen watchfulness

**Niedergeschlagenheit
und Entwicklungs-
rückstände**

**Auffälligkeiten im
Sozialverhalten**

**Einzelbefund ist kein
Beweis**

**Suggestivfragen
vermeiden**

**Sorgfältige
Dokumentation**

**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
○ 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?	○ 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 chronischer 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 Wochenbettbetreuung, die bis zum Ende der 12. Woche nach der Geburt andauert. Während ihrer Hilfen haben die Hebammen vielfältige Möglichkeiten, auf einen wirksamen Kinderschutz hinzuwirken.¹²

Versorgung von
Schwangeren und von
Mutter und Kind

Fallbeispiel: psychisch kranke Frau mit zweitem Kind

Eine im 6. Monat schwangere Frau meldet sich bei der Hebamme. Die Frau ist bereits Mutter eines 2 Jahre alten Kindes, welches, aufgrund von Psychosen der Mutter, im Heim untergebracht ist. Nach der Geburt zeigt sich, dass die Bindung zwischen Mutter und Säugling durch die Erkrankung der Mutter und die medikamentöse Therapie zeitweise sehr reduziert ist. Nach Geburt des 2. Kindes entwickelt die Mutter am 6. Wochenbetttag erneut eine schwere Psychose. Noch in der Nacht wird die Hebamme zur Unterstützung gerufen. In Absprache mit der psychiatrischen Klinik kann eine Zwangseinweisung verhindert werden. Die Mutter wird am nächsten Tag zu ihrer behandelnden Psychiaterin gebracht. Mit dem Einverständnis der Mutter erfolgt von dort die stationäre Einweisung in die Fachklinik. Der Kindsvater übernimmt die Betreuung des Säuglings.

Ursache: psychische Erkrankung der Kindesmutter; Überforderungssituation der Eltern

Lösung: Hebamme, Familienhebamme, Familienhelfer, Gesundheits- und Jugendamt unterstützen die Familie. Stabilisierung der psychischen Gesundheit der Kindesmutter durch psychiatrische Behandlung und betreutes Wohnen

Ergebnis: Festigung der Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind

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

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

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.

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.

Angebot von Hilfen
bei erweitertem
Betreuungsbedarf

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.

Hilfen bei Gefährdung
des Kindes

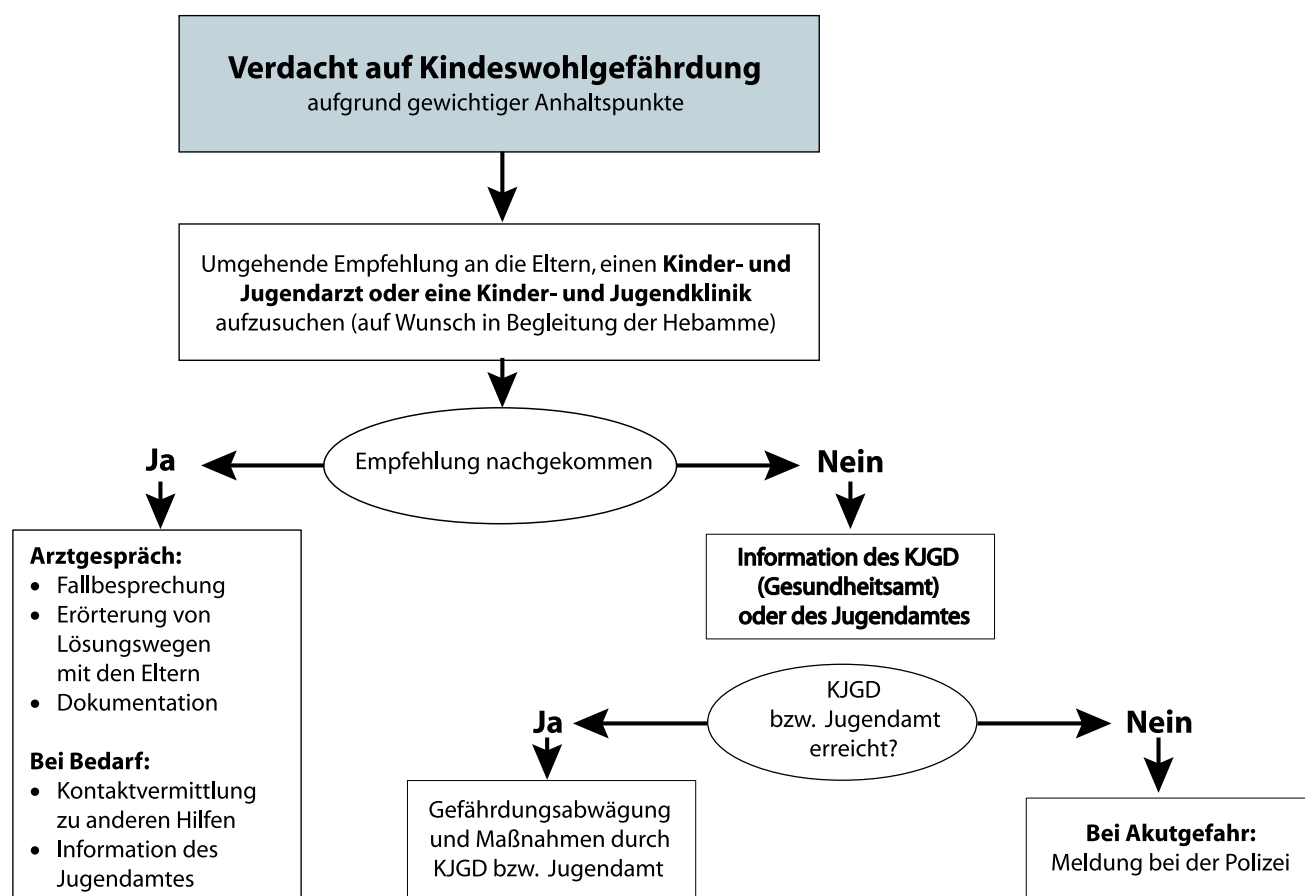


Abbildung 4: Fallmanagement für Hebammen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich eines Hausbesuchs

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

Gemeinsames Fallmanagement

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.

Fallbeispiel: Gewaltverletzung bei einem Säugling

Ein 4 Monate alter Säugling wird aufgrund einer seit Tagen bestehenden Schwellung über der rechten Schläfe ambulant vorgestellt. Es liegen keine weiteren Beeinträchtigungen vor, der Säugling sei nachts etwas unruhig. Eine Erklärung für diesen Befund konnten die Eltern nicht geben, ein etwaiger Unfall hätte sich nicht ereignet. Es erfolgte die Einweisung zur stationären Diagnostik in die Kinderklinik.

1. Diagnose: Schädeldachfraktur

Von der Kindesmutter genannte Ursache: versehentlicher Stoß gegen ein Metallgitter und versehentlicher Aufschlag des Kopfes auf dem Teppichboden beim Wickeln. Zwei Monate später erneute Vorstellung des Jungen mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung des linken Armes in der Kinderarztpraxis. Klinisch zeigte sich eine deutliche Schwellung über dem linken Ellbogen. Eine Erklärung seitens der Eltern zum Unfallhergang erfolgte zunächst nicht. Der Säugling wird in der Kinderchirurgie vorgestellt.

2. Diagnose: Ellenbogenfraktur

Ursache: wiederholte Gewalt durch Kindsvater

Lösung: Information an das Jugendamt, vorläufige Betreuung in einer Pflegefamilie, Aufnahme der Mutter und des Kindes in einer Mutter-Kind-Einrichtung.

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

- 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).

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

Aufgaben der Kinder- und Jugendarztpraxis

Eltern beraten

Vertrauen aufbauen

Neutralität bei Partnerschaftskonflikten

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.

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

- o 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.
- o Machen Sie Ihre Sorgen um das Wohl des Kindes deutlich.
- o Vermeiden Sie wertende Haltungen.
- o Bieten Sie keine Leistungen oder Therapien an, die Sie nicht selbst erbringen können.
- o 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

- o Die Symptomatik des Kindes bietet die Möglichkeit, mit den Eltern/ Sorgeberechtigten ins Gespräch zu kommen.
- o Auffallende Befunde wie Hämatome oder Striemen sollten Sie den Eltern mitteilen
- o Mit den Eltern sollten Sie über mögliche Ursachen reden, auch wenn die Eltern das Kind aus einem anderen Grund vorgestellt haben
- o 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 abzuwendende 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.

Kriterien nach Bentovim

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

- 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.

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



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.
- 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 Hilfef Konferenzen 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 (dies schließt kinderchirurgische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen ein) 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.

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 Schulclique 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, Pflegende und/oder Psychologen 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 und entsprechen dem Vorgehen nach S2 Leitlinie Kinderschutz.

Entwicklung von
klinikinternen
Richtlinien

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



Weiterführende Information: Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken sind unter <http://dakj.de/media/stellungnahmen/kinderschutz/empfehlungen-kinderschutz-kliniken-1.5-2015.pdf> abrufbar.

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:

- 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.
- Bei einem Notfall soll die Kinderschutzgruppe innerhalb von 24 Stunden einberufen werden können.

Ziele der Interventionen einer Kinderschutzgruppe

3 Hauptziele der Kinderschutzgruppe

Die einzurichtende Kinderschutzgruppe hat drei Hauptziele:

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.



Zusammensetzung einer Kinderschutzgruppe: Geleitet vorzugsweise fach-/oberärztlich aus der jeweiligen Allgemein-, Sozial- oder Neuro-Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder-/Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychotherapie. Entscheidend dafür ist Erfahrung im Kinderschutz und die Fähigkeit zur fachübergreifenden Koordination. Obligat sind der Sozialdienst der Klinik und die Pflege zu beteiligen. Nach Verfügbarkeit: Rechtsmedizin, (Kinder-/Jugend-) Gynäkologie, Kinderradiologie, u.a.

vgl. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken Version 1.5, 2015

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 verschiedenen 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.

Schutz des Opfers und Veränderung der Situation

Interventionsmöglichkeiten von Kinderschutzgruppen

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

Auf Annahme von
Hilfen hinwirken



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.

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:

**Auf den Einzelfall
abgestimmte
Intervention**

Weg 1:

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

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

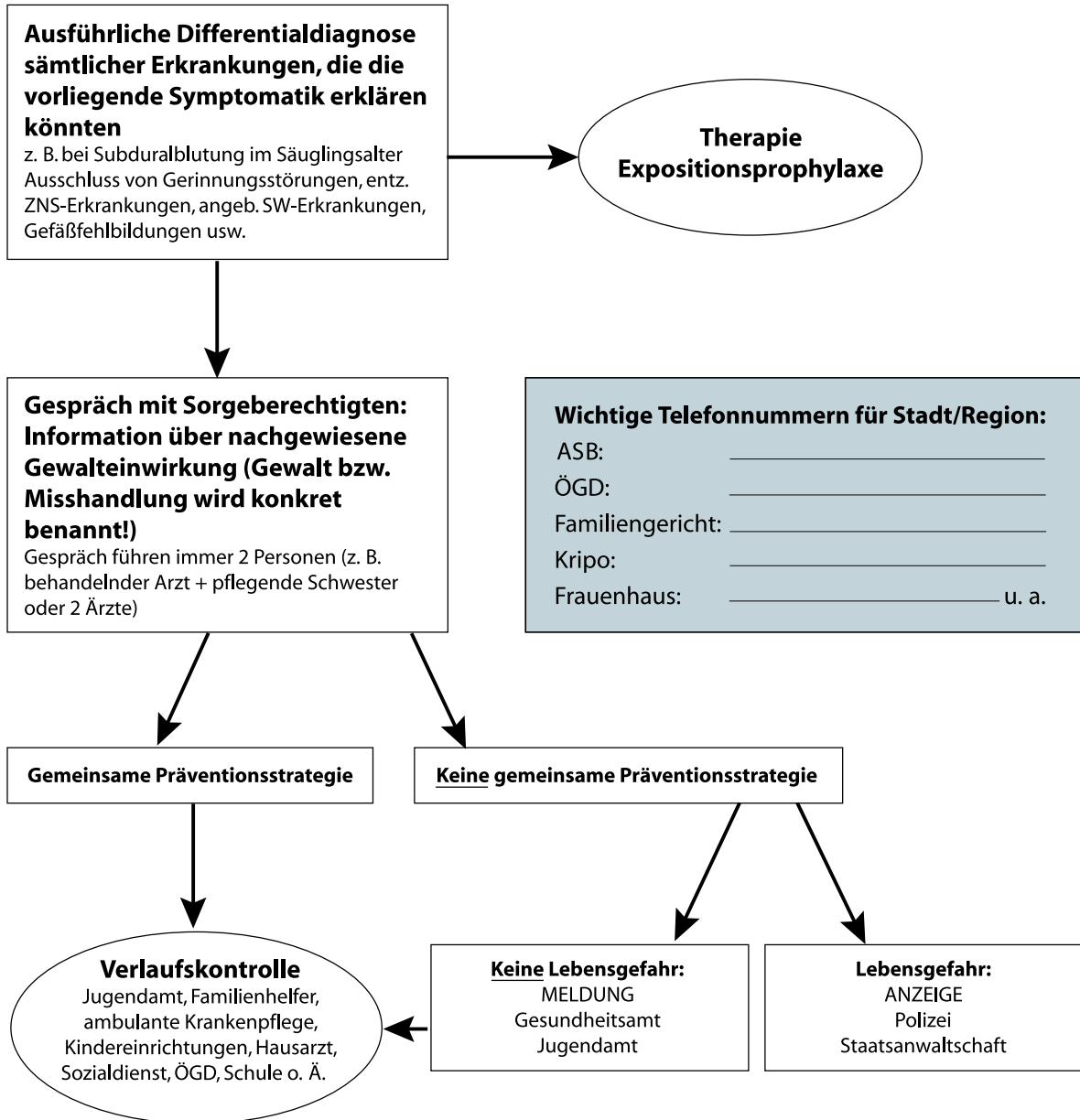


Abbildung 5: Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

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

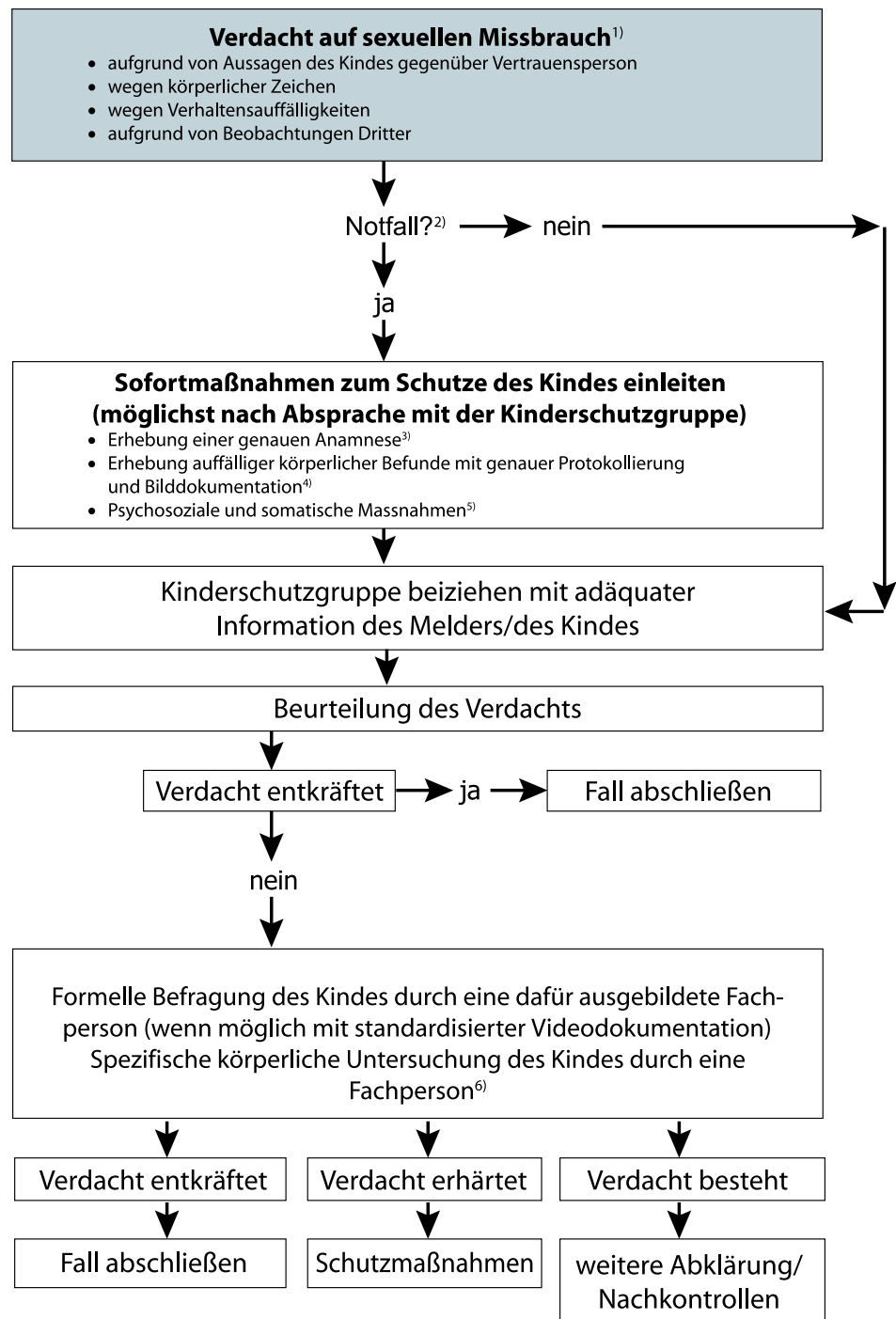


Abbildung 6: Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

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 Postkoitalantikonzeption, 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:

- 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).

Handlungsfelder beim Kinderschutz

Kinderärztliche Untersuchungen

- 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)
- Hausbesuche**
- 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 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.

Fallbeispiel : schwere Entwicklungsstörung eines Kita-Kindes

Ein 2 Jahre und 8 Monate altes Mädchen, welches initiiert durch das Jugendamt seit 6 Monaten die Kita besucht, wird durch den KJGD in der Kita untersucht. Bei der Untersuchung werden Defizite in der Entwicklung des Kindes festgestellt, die auch von der Kitaerzieherin bestätigt werden.

Dem KJGD gelingt es nach mehrmaligen Versuchen, Kontakt mit der Mutter aufzunehmen und auf eine erneute Vorstellung des Kindes und eine differenzierte Entwicklungstestung hinzuwirken, die gravierende Defizite in allen Teilleistungsbereichen ergab.

¹⁵⁾ Aches 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.

Diagnose: Deprivation, allgemeine Entwicklungsstörung mit herausragendem Sprachentwicklungsrückstand, Klumpfuß links mit Hilfsmittelbedarf

Ursache: Ablehnung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten durch die Eltern, Gewalt in der Partnerschaft, Trennungsabsichten, Alkoholismus

Lösung: sozialpädagogische Familienhilfe und Intensivierung der Kontakte zum Jugendamt, engmaschiges Betreuungscontrolling durch den KJGD, mobile heilpädagogische Frühförderung in der Häuslichkeit mit Anleitung der Mutter, hierüber auch Anschaffung kindgerechten Spielzeuges angeregt, fachärztliche Vorstellung zur Versorgung mit (schon längerfristig empfohlenen) Hilfsmitteln (orthopädische Schuhe und Lagerungsschiene)

Ergebnis: langfristiger Prozess der intensiven Begleitung von Kind und Familie durch die oben genannten Akteure

Kooperation von KJGD und Jugendamt beim Kinderschutz

Die fachlichen Zuständigkeiten von KJGD und Jugendamt zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung sind beispielsweise 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 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.

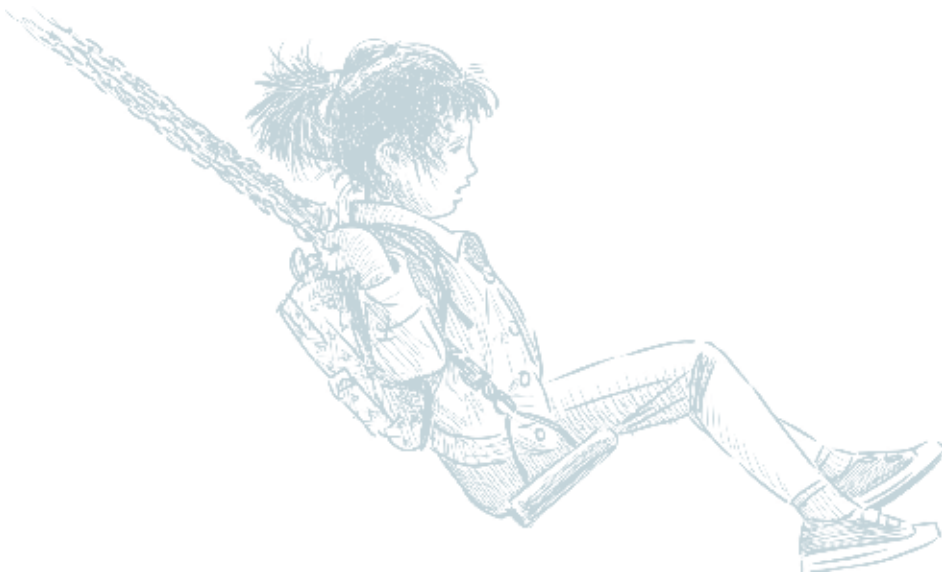
Für einen wirksamen Kinderschutz sind frühzeitige aufsuchende Hilfen bei Familien in sozialen Problemlagen notwendig. Wichtigste Zielgruppen der Hausbesuche sind minderjährige Mütter sowie Familien, die sich in einer besonderen Überforderungssituation oder in einer sozialen Problemlage befinden. Mit dem niedrighschwelligen Angebot der

Leitfaden regelt
Kooperation zwischen
Jugend- und
Gesundheitsamt

Aufsuchende Hilfen
bei Familien in sozialen
Problemlage

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.

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.

**Gemeinsame
Hilfeplanung**

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 Untersuchungsbeurteilungen, Absprachen und Empfehlungen zuverlässig und nachvollziehbar zu dokumentieren.

**Untersuchung bei
Inobhutnahme**

Koordinative Aufgaben des KJGD beim Kinderschutz

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.

**Ansprechpartner sind
namentlich bekannt**

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.

**KJGD per Gesetz
aufsuchend tätig**

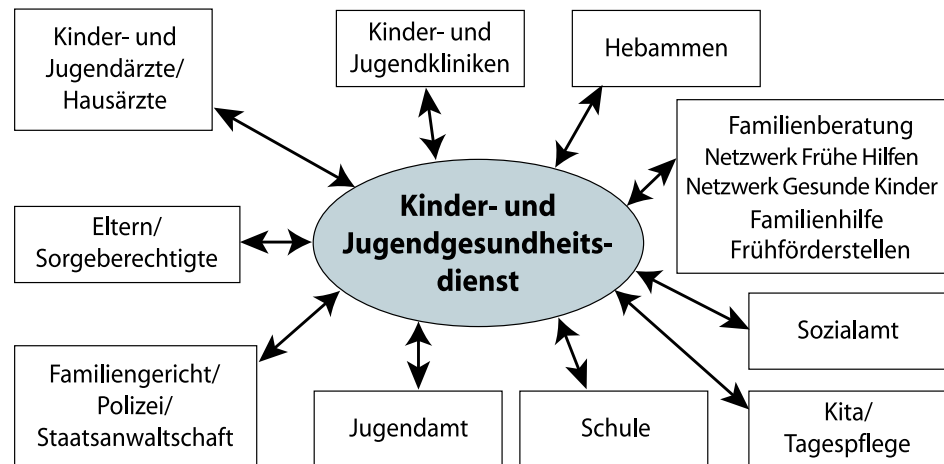


Abbildung 7: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Kinderschutznetz

Frühzeitige kompensatorische Hilfen bei Hochrisikogruppen

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, niedergelassen Ärzten und Hebammen können auf diese Weise frühzeitig kompensatorische Hilfen bei Problemlagen organisiert werden.

Kinderschutz bei kinderärztlichen Reihenuntersuchungen

Elterngespräche bei Verdachtsmomenten

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.

Handlungspflicht bei Deprivation in sozialem Mangelmilieu

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 verpflichtet. 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.

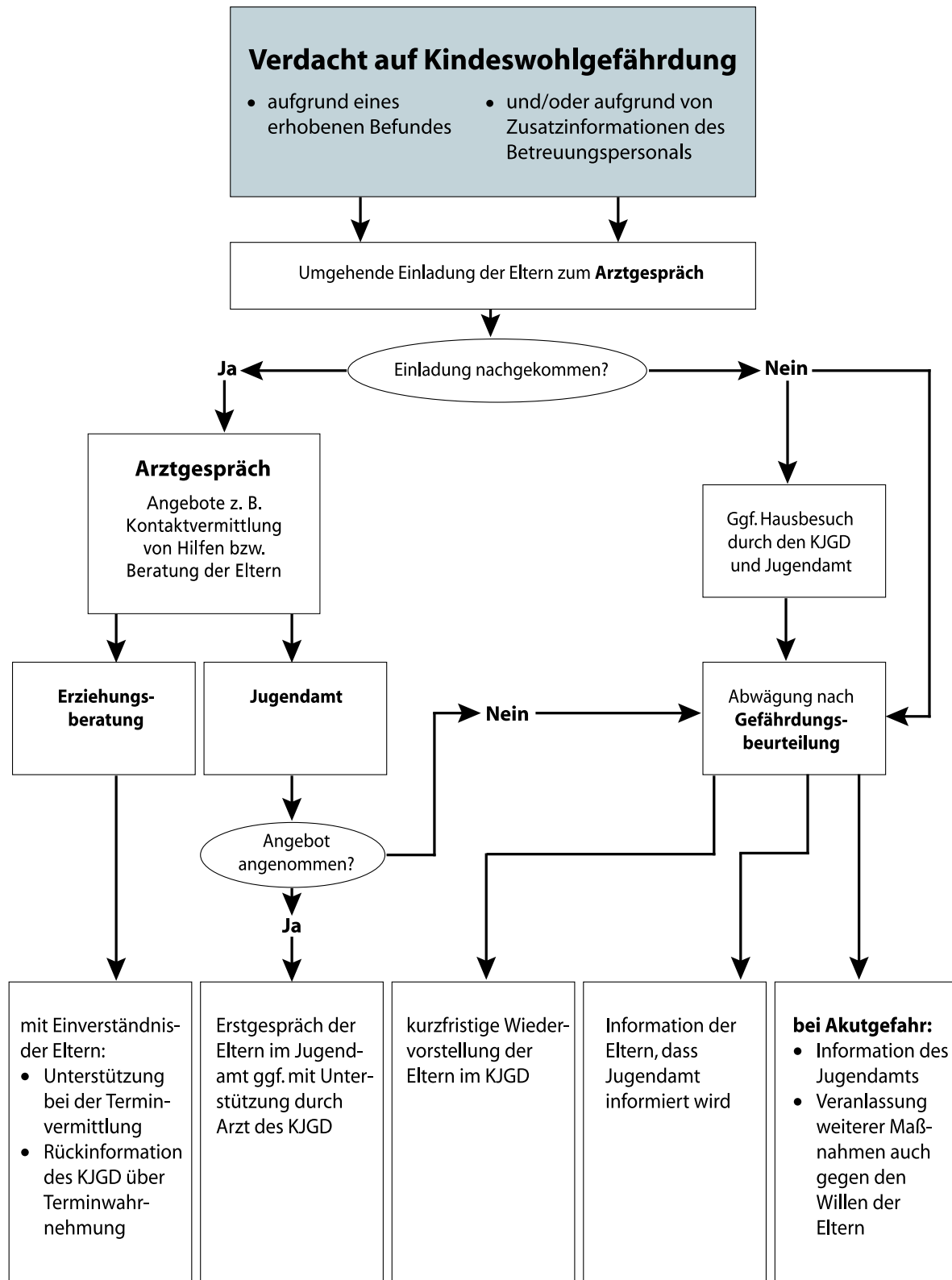


Abbildung 8: Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich Reihenuntersuchung (Kita oder Schule)

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.

Die Problematik der Schulbummelei und des fortgesetzten Fernbleibens von der Schule wird nicht selten zuerst an den KJGD herangetragen. Ausgeprägtes Schule schwänzen 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.

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

Mundgesundheit
ist Bestandteil
des präventiven
Kinderschutzes

In Kindereinrichtungen erfolgt die zahnmedizinische präventive Betreuung der Kinder und Jugendlichen ab dem 1. Milchzahn bis zum Ende der Schulzeit durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter. Die Gruppenprophylaxemaßnahmen, zu denen zahnärztliche Untersuchungen, angeleitetes Mundhygienetraining, Ernährungslenkung, Fluoridapplikationen und die Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch gehören, sind bis zur Klassenstufe 6 bzw. bis zum Ende der Förderschulzeit ein fester Bestandteil dieser Betreuung. Kinder und Jugendliche werden in Kindertages- und Tagespflegestätten

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

sowie in Schulen unabhängig von ihrer Lebenssituation jährlich mit niedrigschwelligen präventiven Maßnahmen erreicht.

Die zahnärztlichen Untersuchungen haben mit der Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und Erhebung gesundheitlicher Daten sowohl individuellen als auch bevölkerungsmedizinischen Charakter. Kariesvorkommen, Sanierungsstand, Zahn- und Kieferfehlstellungen und Erkrankungen des Zahnfleisches sowie weitere Parameter werden standardisiert erfasst und anonymisiert ausgewertet. Die Sorgeberechtigten werden über den festgestellten Behandlungsbedarf ihres Kindes informiert und erhalten Hinweise zur Inanspruchnahme individueller präventiver zahnmedizinischer Maßnahmen. Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen sind Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes. Anhand der Auswertungen können beispielsweise Einrichtungen mit erhöhtem präventivem Handlungsbedarf ermittelt und bedarfsgerechte präventive Betreuungsprogramme auf Landes- und kommunaler Ebene von den Zahnärztlichen Diensten geplant, koordiniert und ihre Umsetzung gesteuert werden.

Fallbeispiel: Zahn- und Zahnhalteapparat- erkrankungen bei einem Schüler

Während der zahnärztlichen Untersuchung in der Schule wurde bei einem Schüler ein kariös erkrankter bleibender Zahn diagnostiziert und die Eltern auf die bestehende Behandlungsnotwendigkeit hingewiesen. In den folgenden Schuljahren erkrankten weitere bleibende Zähne und Mundschleimhautentzündungen wurden festgestellt. Auf Nachfrage gab der Junge an, dass seine Mutter nicht mit ihm zur zahnärztlichen Behandlung geht. Daraufhin wurde die Mutter mit einem Schreiben über die dringend notwendige Behandlung und die Durchführung des Betreuungscontrollings informiert. Mit dem Schulwechsel des Schülers in die Sekundarstufe I kam es auf Anregung des Zahnärztlichen Dienstes zu einem Gespräch mit der Mutter, der Schulleitung und der Schulsozialarbeiterin, um Möglichkeiten der Behandlung für den Schüler zu besprechen. Das Gespräch mit der Mutter ergab, dass sie als alleinerziehende Mutter nicht in der Lage war, sich um diesen gesundheitlichen Aspekt ihres Sohnes zu kümmern. Die Schulsozialarbeiterin stellte einen Kontakt mit dem Hauszahnarzt her. Zur zahnärztlichen Behandlung wurde der Schüler von seiner älteren Schwester begleitet und nahm Folgetermine wahr. Das zeigten die Ergebnisse der Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes.

Diagnose: mehrere kariös erkrankte bleibende Zähne und Erkrankungen des Zahnhalteapparates

Ursache: Überforderung der alleinerziehenden Mutter

Lösung: Durchführung des Betreuungscontrollings mit der Mutter unter Einbeziehung der Schule und regelmäßige Wahrnehmung zahnärztlicher therapeutischer und individualprophylaktischen Maßnahmen.

Ergebnis: Beendigung der Regelschulzeit des Jugendlichen ohne Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich

Die Zahnärztlichen Dienste arbeiten mit Jugend-, Schul- und Schulverwaltungsämtern sowie Trägern der Kindereinrichtungen, Verbänden der Krankenkassen, den niedergelassenen Zahnärzten/-innen, den Netzwerken Gesunde Kinder und Gesunde Kita, den Hebammen, Kinderärzten/-innen sowie Gynäkologen/-innen zusammen. Diese intersektorale Betreuung ist auch ein Bestandteil des präventiven Kinderschutzes und der Frühen Hilfen.

Unter dem Gesichtspunkt des Kinderschutzes und Kindeswohls¹⁸ haben die zahnärztlichen Untersuchungen einen weiteren wichtigen Stellenwert, sind die Zahnärzte/-innen in den Gesundheitsämtern doch derzeit die einzige medizinische Profession, die Kinder und Jugendlichen in den Kindereinrichtungen regelmäßig untersuchen und dabei Anhaltspunkte für Gefährdungen erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten können.

Ein besonderes Augenmerk erfordern die Kinder und Jugendlichen, die auffällige zahnmedizinische Befunde aufweisen. Besteht über einen längeren Zeitraum eine umfangreiche Behandlungsbedürftigkeit wie z.B. kariös stark zerstörte Zähne, Infektionen, Blutungen oder Traumata sowie ein erhöhtes Kariesrisiko, ist gemäß dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz § 6 Abs. 3 ein Betreuungscontrolling durchzuführen. 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.

Altersspezifische zahnmedizinische Anhaltspunkte, dargestellt im „Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg“, sind neben allgemeinen gesundheitlichen Auffälligkeiten Entscheidungsgrundlagen für die Veranlassung und Durchführung des Betreuungscontrollings.

Betreuungscontrolling bei auffälligen zahnmedizinischen Befunden

Ob ein Kind oder ein Jugendlicher „auffällige zahnmedizinische Befunde“ mit einer Indikation für ein Betreuungscontrolling aufweist, ist eine zahnärztliche Einzelfall- und Ermessensentscheidung. Das mehrmalige Fernbleiben von der zahnärztlichen Untersuchung in der Kindereinrichtung ist ebenfalls eine Indikation für das Betreuungscontrolling. Eltern erhalten in diesen Fällen vom Zahnärztlichen Dienst ein Schreiben über die Durchführung des Betreuungscontrollings mit der Bitte um Veranlassung der notwendigen zahnärztlichen Behandlung. Die Eltern werden weiterhin gebeten, sich die durchgeführte Behandlung auf einem Formblatt in ihrer Zahnarztpraxis bestätigen zu lassen und dieses dem Zahnärztlichen Dienst zurückzusenden. Erfolgt keine Rückmeldung, wird vom Zahnärztlichen Dienst ein zweites Schreiben mit Hinweis auf den möglichen Verdacht einer Kindeswohlgefährdung an das Elternhaus geschickt.

Verfahrensweise bei Anzeichen für Vernachlässigung

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 weitere Kontakte

¹⁸⁾ Für die Konkretisierung, welche Indikatoren für eine Kindeswohlgefährdung im zahnmedizinischen Bereich sprechen, siehe auch: Goho, C. (2010): Kindesmisshandlung: Identifikation in der Zahnarztpraxis. Dental Tribune, German Edition, Nr. 6.

hergestellt, die zusätzliche Impulse zur Wahrnehmung der Behandlung im Sinne des § 4 Abs. 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) und damit Besserung der gesundheitlichen Situation des Kindes bzw. Jugendlichen setzen. Hierzu gehören Kinderschutzfachkräfte in Kindertagesstätten und Schulen, Zahnärzte/-innen sowie „insoweit erfahrene Fachkräfte gem. § 8a SGB VIII“ in Jugendämtern.

Beim Betreuungscontrolling ist der Elternwille zu beachten. Ein Betreuungscontrolling endet, wenn Eltern eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt nicht wünschen. Unabhängig von der freiwilligen Mitwirkung der Eltern beim Betreuungscontrolling besteht bei hinreichend begründeten Hinweisen einer Kindeswohlgefährdung die Pflicht, das Jugendamt zu informieren.

Besondere Berücksichtigung finden Spuren von Gewaltanwendungen gegen Kinder, die sich oft im Kopf- oder im Halsbereich zeigen. Aus Studien (Röttscher 2003) geht hervor, dass 50 Prozent der misshandelten Kinder orofaziale Läsionen oder Verletzungen in der Halsregion aufweisen. Zahnärzte/-innen in Gesundheitsämtern und in Zahnarztpraxen haben in diesen Fällen eine besondere Mitverantwortung beim Kinderschutz und wenden sich an „insoweit erfahrene Fachkräfte gem. § 8a SGB VIII“ in Jugendämtern.



Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst zur Durchführung des Betreuungscontrollings

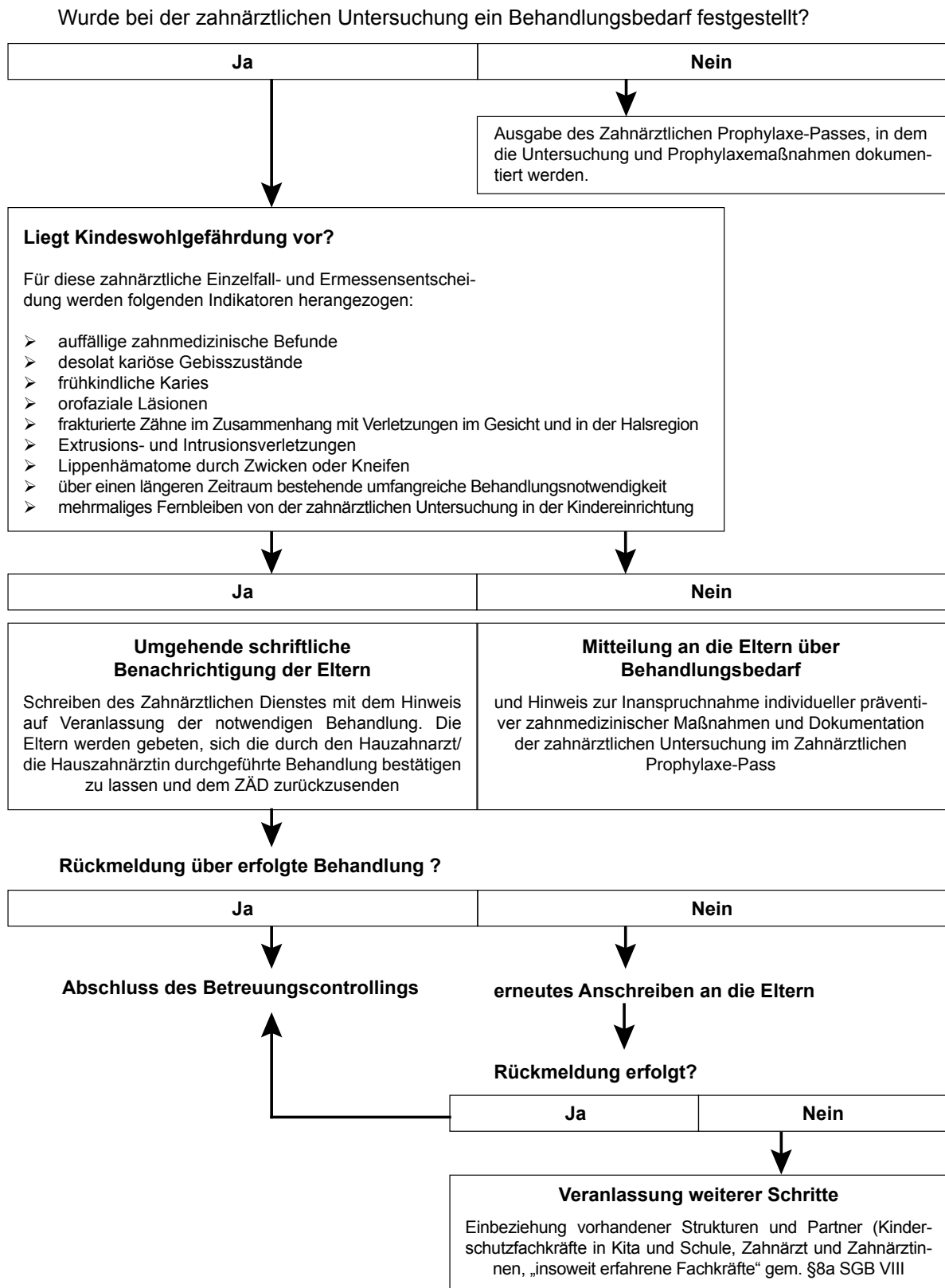


Abbildung 9: Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst zur Durchführung des Betreuungscontrollings

5.7 Fallmanagement in den Frühförder- und Beratungsstellen

Handlungsfelder der Frühförder- und Beratungsstellen beim Kinderschutz

Die Frühförder- und Beratungsstellen im Land Brandenburg sind Einrichtungen, die im Zusammenwirken von Eltern und den interdisziplinär tätigen Fachkräften Kinder mit (drohenden) Behinderungen in ihrer Entwicklung unterstützen, Förderangebote unterbreiten und ihnen auf diese Weise günstige Entwicklungs- und Lebenschancen ermöglichen.

Im Rahmen der Elternberatung verstehen sich Frühförder- und Beratungsstellen auch als präventives Angebot.

Aufgabenspektrum der Frühförder- und Beratungsstellen

Fallbeispiel: sozial-emotionale Auffälligkeiten bei einem Kita-Kind

Ein knapp 5 Jahre altes Mädchen lebt bei der alleinerziehenden Kindesmutter. Die Kindesmutter besucht eine Werkstatt für Behinderte. Mutter und Tochter werden durch das Ambulant Betreute Wohnen in ihrem Lebensumfeld unterstützt. Zudem ist in der Familie eine heilpädagogische Fachkraft (Frühförderin) auf Grund der Entwicklungsstörungen des Kindes tätig. Das Mädchen besucht unregelmäßig die Kita. Sie ist sozial-emotional sehr auffällig und sehr distanzlos. Zudem sucht sie massiv Körperkontakt bei Fremden und hat ein ungepflegtes Erscheinungsbild. Auch die häusliche Umgebung ist nicht kindgerecht, nicht nur massive Geruchsbelästigung sondern auch viele Schnapsflaschen werden von der Frühförderin vorgefunden. Die Küchenwand ist voller Poster mit obszönen Sprüchen wie „Ficken“.

Mit Einverständnis der Mutter verständigen sich Frühförderin, ambulant betreutes Wohnen und Kita zur Situation und stellen unter Einbeziehung der Mutter einen Schutzplan zur Sicherung des Kindeswohls auf. Es erfolgt unter Einbeziehung der Kindesmutter eine Meldung an das Jugendamt, nachdem das Mädchen durch den neuen Partner der Mutter in einer Überforderungssituation geschlagen wurde.

Diagnose: sozial-emotional auffällig und distanzloses Kind mit blauen Flecken

Ursache: Überforderungssituation der Mutter und des Partners

Lösung: Einbeziehung einer Familienhilfe, Erhöhung der Frequenz der mobilen Frühförderung, Kindesmutter besucht Tagesstätte, um geregelte Tagesstruktur zu erlernen und dadurch wird auch ein regelmäßiger Kitabesuch des Kindes gewährleistet

Ergebnis: Stabilisierung des familiären Umfeldes, Verbesserung des Erziehungsverständnisses, Vertrauen der Kindesmutter zum Hilfesystem

Kooperation und Netzwerkarbeit

Durch die Frühförderungsverordnung (FrühV 2003) gestärkt, bieten heute viele Frühförder- und Beratungsstellen eine offene Anlaufstelle für alle interessierten Eltern, die sich um die Entwicklung ihrer Kinder sorgen. Von insgesamt 48 regionalen Frühförder- und Beratungsstellen halten 8 Frühförder- und Beratungsstellen überregionale Angebote für Kinder mit Hör- und Sehstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen vor.

Neben dem familienorientierten Arbeiten sind den Frühförder- und Beratungsstellen eine ganzheitliche kindliche Entwicklungsbegleitung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheits-, Sozial- und Jugendhilfesystem wichtig. In regionalen Arbeitskreisen zur Frühförderung, in den Netzwerken Gesunde Kinder sowie den Frühen Hilfen wirken die Frühförder- und Beratungsstellen mit.

Handlungsfelder beim Kinderschutz

Durch eine flexible Arbeitsweise der Frühförder- und Beratungsstellen erreichen die qualifizierten und interdisziplinär arbeitenden Fachkräfte Eltern in ihrem familiären Umfeld, erleben Kinder im Alltag der Kindertagesstätte und gestalten unterschiedliche Formen von Gruppenangeboten, wie Eltern-Kind-Nachmittage. In diesen Beratungs- und Förderformen können frühzeitig durch das individuelle Arbeiten mit Eltern und Kindern Auffälligkeiten und kinderschutzrelevante Situationen erkannt werden.

Wird eine Kindeswohlgefährdung vermutet bzw. liegen der Frühförder- und Beratungsstelle gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, ist zunächst eine erste Risikoabschätzung im Zusammenwirken mit der sogenannten „erfahrenen Fachkraft“ der Frühförder- und Beratungsstelle notwendig. Kann keine insoweit ausreichende Gefährdung bestätigt werden, wird in regionalen Arbeitsgruppen zum Kinderschutz eine adäquate Information in anonymisierter Weise gegeben und ein Austausch geführt.

Kooperation mit ÖGD und Jugendamt

Erhärtet sich der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung oder kann eine Kindeswohlgefährdung nicht ausgeschlossen werden, sind Sofortmaßnahmen zum Schutz des Kindes einzuleiten (immer in Absprache mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft). Erkennt die Fachkraft der Frühförder- und Beratungsstelle in Förderkontexten oder in Elternberatungen Auffälligkeiten bei Kindern, empfiehlt sie den Eltern einen Besuch beim Kinder- und Jugendarzt oder verweist an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des zuständigen Gesundheitsamtes. Eine individuelle Dokumentation und ein Dranbleiben sind dabei wichtig.

Bei besonders schweren Verdachtsmomenten (z.B. sexueller Missbrauch) erfolgen zunächst ein Austausch mit der Leitung und der insoweit erfahrenen Fachkraft, danach die Kontaktaufnahme zum Öffentlichen Gesundheitsdienst und/oder zum Jugendamt. In vielen Frühförder- und Beratungsstellen gibt es eine insoweit erfahrene Fachkraft, die für Nachfragen und Rückmeldungen kontinuierlich zur Verfügung steht und in einer gemeinsamen Beratung das weitere Vorgehen kindbezogen konkretisiert.



Weiterführende Information: <http://www.ffbra.de/>

Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

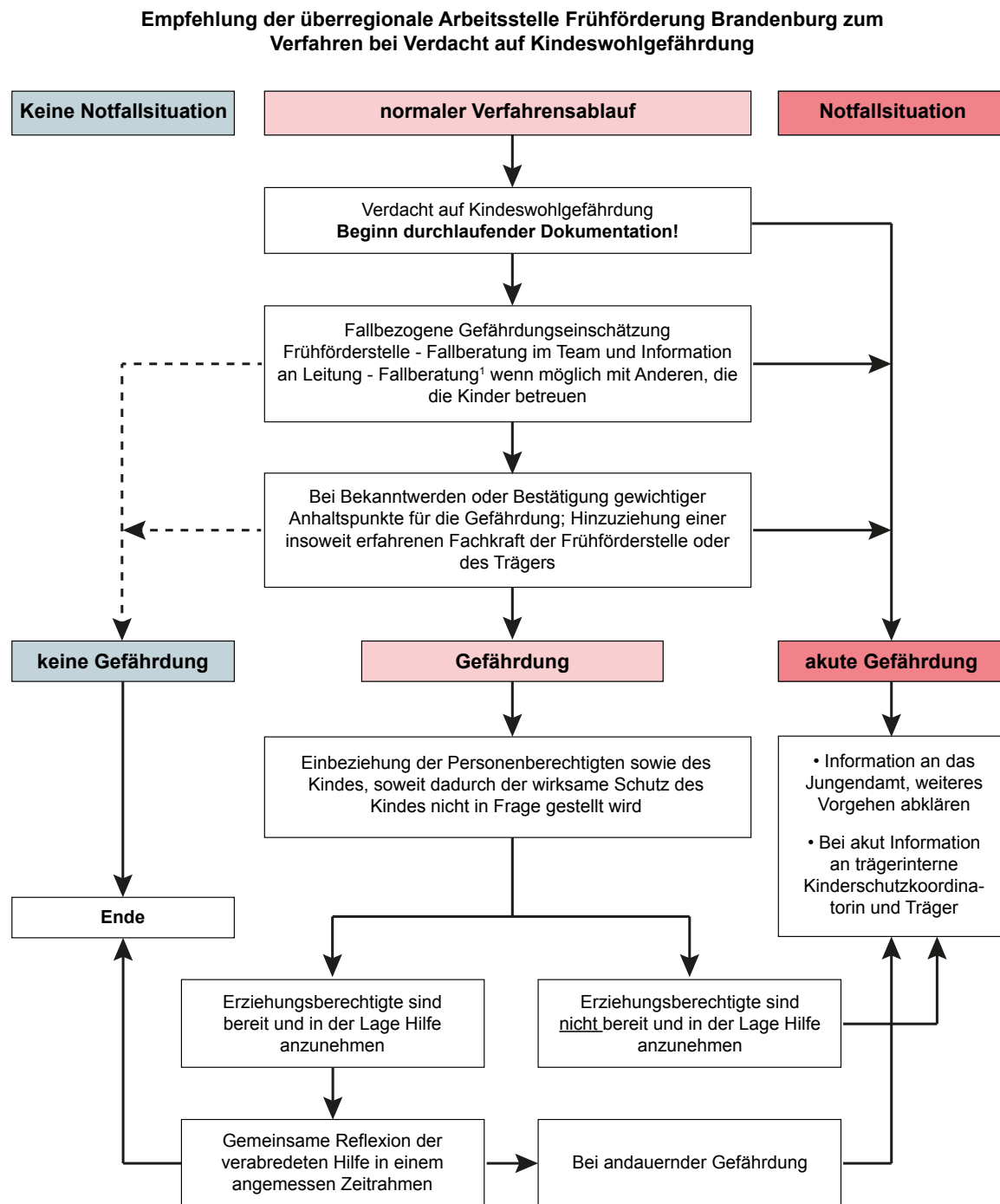


Abbildung 10: Empfehlung der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg zum Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

5.8 Exkurse zum Kinderschutz

Der Exkurs zum Kinderschutz in andere kinderschutzrelevante Arbeitsbereiche informiert zu den Aufgaben und Möglichkeiten in diesen Bereichen und soll Berufsgruppen aus dem Bereich der Gesundheit zu einer aktiven Kooperation im Einzelfall ermuntern.

Beispielhaft wird das Fallmanagement im Kinderschutz für die Bereich Kita und Schule dargestellt. Denn Kindertageseinrichtungen und Schulen stellen für den medizinischen Bereich, aufgrund bestehender Schnittstellen zum Beispiel zum Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder Zahnärztlichen Dienst, zunehmend wichtiger werdende Kooperationspartner im Kinderschutz dar. Auch die Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes werden für das Gesundheitswesen beleuchtet. Im Sinne eines Einblicks in Möglichkeiten der unmittelbaren Gefahrenabwehr werden auch die Aufgaben der Polizei im Kinderschutz exemplarisch erläutert. Alle Exkursteile sind mit beispielhaften Ereignissen illustriert, um den Fachkräften im Gesundheitswesen Kooperationsmöglichkeiten aufzuzeigen.

5.8.1 Fallmanagement in der Kita

Fallbeispiel: Kindeswohlgefährdende Anzeichen bei einem Säugling

Nach dem Mittagsschlaf werden die Kleinsten gewickelt. Auf dem Wickeltisch liegt ein Säugling. Beim Wickeln stellt die Erzieherin erhebliche Rötungen im Windelbereich des Jungen fest. Sie kennt die Familie, vor allem das Kind schon länger und sie ist beunruhigt. Der Kleine ist immer etwas schmutzig, oft nicht witterungsgemäß gekleidet und hat nicht selten auch kein Frühstück dabei. Mit Kollegen/innen spricht die Erzieherin über ihre Beobachtung nicht. Beim Abholen spricht sie die Eltern auf den roten Po an und erhält das Versprechen, sich umgehend zu kümmern. Die Rötungen verschwinden im Laufe der Woche fast gänzlich. Nach dem Wochenende ist der Po des Jungen aber erneut massiv gerötet und noch dazu blutig. Sie vermutet einen sexuellen Missbrauch. Weil die Kita-Leitung nicht erreichbar ist, meldet sie eine akute Kindeswohlgefährdung direkt an das Jugendamt. Zwei Mitarbeiter/innen des Jugendamtes erscheinen umgehend in der Einrichtung und veranlassen eine ärztliche Inaugenscheinnahme und müssen sich in der Folge mit den aufgebrachten Eltern auseinandersetzen.

Diagnose: Pilzerkrankung

Ursache: Infektion mit Pilzerreger und ausbleibende Behandlung

Lösung: Behandlung des Kindes und klärendes Gespräch mit den Eltern und der Kitaerzieherin zum eingeleiteten Kinderschutzverfahren. Aufklärung der Eltern über die notwendige Behandlung der Pilzerkrankung.

Ergebnis: Säugling wird weiterhin in die Kita gebracht Eltern und Erzieherin sprechen über die Entwicklung des Säuglings miteinander.

Nicht erst mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) am 1. Januar 2012 und der damit verbundenen Präzisierung des Kinderschutzauftrages ist die Sicherung des Kindeswohls bzw. der Kinderschutz ein elementarer Auftrag an die Kindertagesbetreuung. Formalrechtlich besteht neben der dort bestimmten elterlichen Verantwortung ein so genannter »Wächterauftrag« der staatlichen Gemeinschaft über das Wohl jedes Kindes.

gesetzlicher Auftrag im Kinderschutz



Kindeswohlgefährdung: Als Kindeswohlgefährdung gilt gemäß Bundesgerichtshof „eine gegenwärtige in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“ (vgl. Werner, A. (Hsg.) u. a. (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)). Gemäß dieser Definition müssen drei Kriterien gleichzeitig erfüllt sein, damit von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist:

1. Die Gefährdung des Kindes muss gegenwärtig gegeben sein.
2. Die gegenwärtige oder zukünftige Schädigung muss erheblich sein.
3. Die Schädigung muss sich mit ziemlicher Sicherheit vorhersehen lassen, sofern sie noch nicht eingetreten ist.

Fachlich ist zu ergänzen, dass die bestehenden bzw. vermuteten Risiken im Kontext der elterlichen Bereitschaft und Fähigkeit (vgl. § 1666 Abs. 1 BGB) sich damit auseinanderzusetzen sowie in Bezug auf das Ausreichen der aktuell bestehenden bzw. angebotenen Hilfen (vgl. § 8a Abs. 4 SGB VIII) zu bewerten sind.

Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

Gesetzliche Grundlage für das Handeln von Fachkräften der Jugendhilfe im Kinderschutzfall oder bei entsprechenden Verdachtsfällen ist der § 8a Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). Fachkräfte aus Einrichtungen und von Trägern der Kinder- und Jugendhilfe haben gemäß Abs. 4 einen aus dem Grundgesetz abgeleiteten Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung und dies bereits bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte. Entsprechend dieses Auftrages haben Mitarbeiter/innen in Kindertageseinrichtungen eine Gefährdungseinschätzung unter beratender Hinzuziehung einer insoweit „erfahrenen Fachkraft“ durchzuführen. Ebenso ist gesetzlich festgelegt, dass es notwendig ist, die Erziehungsberechtigten mit einzubeziehen und auch das Kind. Von einer Beteiligung der Eltern kann nur dann abgesehen werden, wenn diese ein unmittelbar erneutes Risiko für das Kind mit sich bringen würde, also z. B. in der Folge die Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr in die Einrichtung gebracht werden würden oder erneute Misshandlungen die Folge verärgerter Eltern sein könnten. Die Mitarbeiter/innen haben den Eltern notwendige und geeignete Hilfe anzubieten bzw. diese zu vermitteln und darauf hinzuwirken, dass diese auch in Anspruch genommen werden. Dabei geht es unmittelbar für die Erzieher/innen zunächst nicht um Hilfen über die Aufgaben der Kindertagesbetreuung hinaus, vielmehr darum, den Eltern ihr pädagogisches Wissen zur Verfügung zu stellen, etwa auf die Notwendigkeit von Regeln und Ritualen zu verweisen oder über Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge oder auf Freizeit- oder Unterstützungsangebote in der Kommune.

§ 8a Abs. 4 SGB VIII

Vereinbarung über die Regelungen zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

Sollte die Gefährdung für das Kind so nicht abgewendet werden können, weil die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, sich entsprechend um ihr Kind zu kümmern oder die Möglichkeiten der Kita nicht ausreichen, um die Gefahr für das betreffende Kind abzuwenden, sind die Fachkräfte der Kita verpflichtet, das Jugendamt zu informieren. Die Eltern sind dann umgehend darüber in Kenntnis zu setzen.

Damit die Mitarbeiter/innen in Kindertagesstätte im Kinderschutzfall fachlich kompetent und rechtlich sicher handeln, ist gemäß § 8 a Abs. 4 SGB VIII zwischen dem jeweils örtlich zuständigen Jugendamt und dem Träger der Kindertageseinrichtung eine gesetzlich vorgeschriebene schriftliche Vereinbarung über die Regelungen zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung abzuschließen. Ein qualifiziertes Kinderschutzverfahren der Kindertageseinrichtungen sollte Anlage einer solchen Vereinbarung sein.

Träger von Einrichtungen haben gemäß § 8b Abs. 2 SGB VIII gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe, also dem Landesjugendamt, Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz der Kinder vor Gewalt.



§ 8a SGB VIII – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

Kinderschutzverfahren

Träger bzw. Einrichtungen müssen bei der Erarbeitung solcher Verfahren nachfolgende gesetzlich bestimmten Schritte, aber auch einrichtungs- und trägerspezifische Besonderheiten (Größe, Leitungsstruktur, Aufgabenverteilung) beachten:

- Erhält ein/e Mitarbeiter/in einer Kindertagesstätte Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung, informiert diese in der Regel umgehend die Kita-Leitung. Die Hinweise und die Information sind zu dokumentieren.

- Die Kita-Leitung beruft zur Abschätzung des Gefährdungsrisikos unverzüglich eine Fallberatung ein und sorgt ggf. und eigenverantwortlich für die Information und Einbeziehung einer insoweit erfahrenen Fachkraft.
- An der Fallberatung nehmen in der Regel teil: Kita-Leitung, die/der Bezugserzieher/in des Kindes sowie Erzieher/innen, die Kenntnis von der Gefährdung bzw. weitere hilfreiche Informationen haben und ggf. die/der Ansprechpartner/in Kinderschutz der Einrichtung. Eine insoweit erfahrene Fachkraft ist ggf. gem. § 8a Abs. 4 SGB VIII hinzuziehen. Im Ergebnis ist ein Protokoll der Fallberatung (Dokumentationsbogen Kinderschutz) zu fertigen. In diesem ist u. a. festzuhalten:
 - welche Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung mit welcher Häufigkeit aufgetreten sind,
 - welche Maßnahmen ggf. bereits mit welchem Ergebnis veranlasst wurden und
 - welche weiteren Maßnahmen nach dem Grundsatz „Wer macht was bis wann?“ vereinbart wurden.
- Liegt eine Gefährdung des Kindes vor, bzw. kann eine solche nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden, wird festgelegt, wer in welchem Zeitraum was tut, so z. B. Gespräche mit Eltern führt bzw. notwendige Hilfsangebote unterbreitet. Hierzu wird ein verbindlicher Schutzplan erstellt, der konkrete Maßnahmen nach dem bereits genannten Muster „Wer macht was bis wann?“ enthält. Diese Maßnahmen sind innerhalb der festgelegten Frist durch die Leitung oder eine/n andere/n verantwortliche/n Mitarbeiter/in der Einrichtung zu kontrollieren. Werden Hilfsangebote durch Eltern nicht angenommen oder sind diese dazu nicht in der Lage bzw. stellt sich heraus, dass diese nur bedingt wirksam werden, erfolgt durch die Kita-Leitung eine Meldung an das Jugendamt i.d.R. auf dem dafür vorgesehenen Meldebogen in der in der Vereinbarung vorgeschriebenen Art und Weise: Wer an wen und wie?
- Bei akuter Gefährdung ist das Jugendamt bzw. der Kindernotdienst sofort zu informieren oder die Polizei zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr im Zuge von Amtshilfe um Unterstützung zu bitten. Bei gravierender und andauernder Kindeswohlgefährdung kann die Kita-Leitung das Familiengericht auch direkt anrufen. Das Jugendamt sollte davon unmittelbar in Kenntnis gesetzt werden.

Fallberatung

Schutzplan

akute Gefährdung



Weiterführende Information:
Die Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg stellt Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe eine Checkliste Kindeswohlgefährdung zur Verfügung.





Hinweis zum Musterfall¹⁹

Bei dem anfangs beschriebenen Fallbeispiel hätte ein internes Verfahren die Erzieherin unterstützt und ihr ein Handeln entlang eines klar strukturierten Ablaufes ermöglicht. Der erste Schritt wäre hier ein Gespräch mit der Kita-Leitung ggf. unter Hinzuziehung der/des Ansprechpartners/in für Kinderschutz gewesen. Die Anzeichen für eine Gefährdung hätten im kollegialen Austausch oder unter Einbeziehung einer insoweit erfahrenen Fachkraft besprochen werden und erst dann über weiterführende Maßnahmen entschieden werden können.

Im Zweifelsfall wäre unter Wahrung des Datenschutzes (anonymisierte Beschreibung) auch die Einbeziehung eines Kinderarztes eine hilfreiche Option gewesen. Notwendig wäre aber ein Gespräch mit den Eltern gewesen. Auf der anderen Seite muss von Seiten der Kita geprüft werden, ob die internen Maßnahmen der Kita für die Abwendung der Gefährdung ausreichen und ob die Eltern bereit oder in der Lage sind, angebotene Hilfe anzunehmen. Erst wenn einer der drei genannten Faktoren nicht erfüllt ist, muss das Jugendamt eingeschaltet werden.



Weiterführende Information: Die Publikationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter geben zusätzliche Informationen.
http://www.bagljae.de/downloads/115_handlungsleitlinien-bkischg_betriebserlaub.pdf; http://www.bagljae.de/downloads/114_sicherung-der-rechte-von-kindern-in-kitas.pdf

5.8.2 Fallmanagement in der Schule

Fallbeispiel: Schulkind mit latenten Auffälligkeiten

Ein 5. Klässler weist in der Schule seit ca. 2 Jahren latente Auffälligkeiten auf. Neben fehlendem Arbeitsmaterial, immer wieder fehlenden Hausaufgaben, oft nicht bezahlten Essengeld, häufig keinem Frühstück, kommt der Junge auch regelmäßig zu spät und hat eine auffällig hohe Zahl an Fehltagen, die allerdings alle entschuldigt sind. Den Hort besucht er nicht.

Über mehrere Gespräche mit der alleinerziehenden Mutter ist bekannt, dass diese drei weitere Kinder hat und dass ihr Sohn am Morgen die vierjährige Schwester versorgen und in die Kita bringen muss. Hilfen vom Jugendamt sind nicht bekannt. Das letzte Gesprächsangebot mit der Mutter von Seiten der Schule wurde ohne Angabe von Gründen von der Mutter nicht wahrgenommen.

¹⁹⁾ Im Musterfall geht es um den Umgang mit einem Verdachtsfall außerhalb der Einrichtung. Auch der Umgang mit Gewalt gegenüber Kindern durch eigene Teammitglieder bedarf einer hohen Sensibilität und eigenen Verfahrensweisen. Vgl. http://www.bagljae.de/downloads/122_handlungsleitlinien-sexuelle-grenzverletzung.pdf

Es folgt während der Abwesenheit der Klassenlehrerin ein anonymes Anruf in der Schule. Der Anrufer beschreibt chaotische Verhältnisse in der Familie und fordert die Schule zum Handeln auf. Anhand der Dokumentation in der Schülerakte nimmt die Schulleitung eine Gefährdungseinschätzung vor und wendet sich mit der Bitte um Unterstützung an das Jugendamt.

Ursache: Überforderungssituation der alleinerziehenden Mutter

Lösung: gemeinsame Suche mit der Mutter und dem Jugendamt nach Möglichkeiten der Unterstützung für die Familie, Gewährung einer sozialpädagogischen Familienhilfe, schriftliche Vereinbarung zwischen Mutter und Jugendamt, den Sohn von der Versorgung seiner Schwester zu befreien

Ergebnis: Stabilisierung der familiären Verhältnisse und Stärkung der Elternverantwortung der Mutter

Präventiver Kinderschutz beginnt mit Vertrauen

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.

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 stimmt²⁰.

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.

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

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.

Unmittelbares Handeln bei konkreten Hinweisen

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.

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.

Einbeziehung des Jugendamtes und Teilnahme am Hilfeplanverfahren

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.



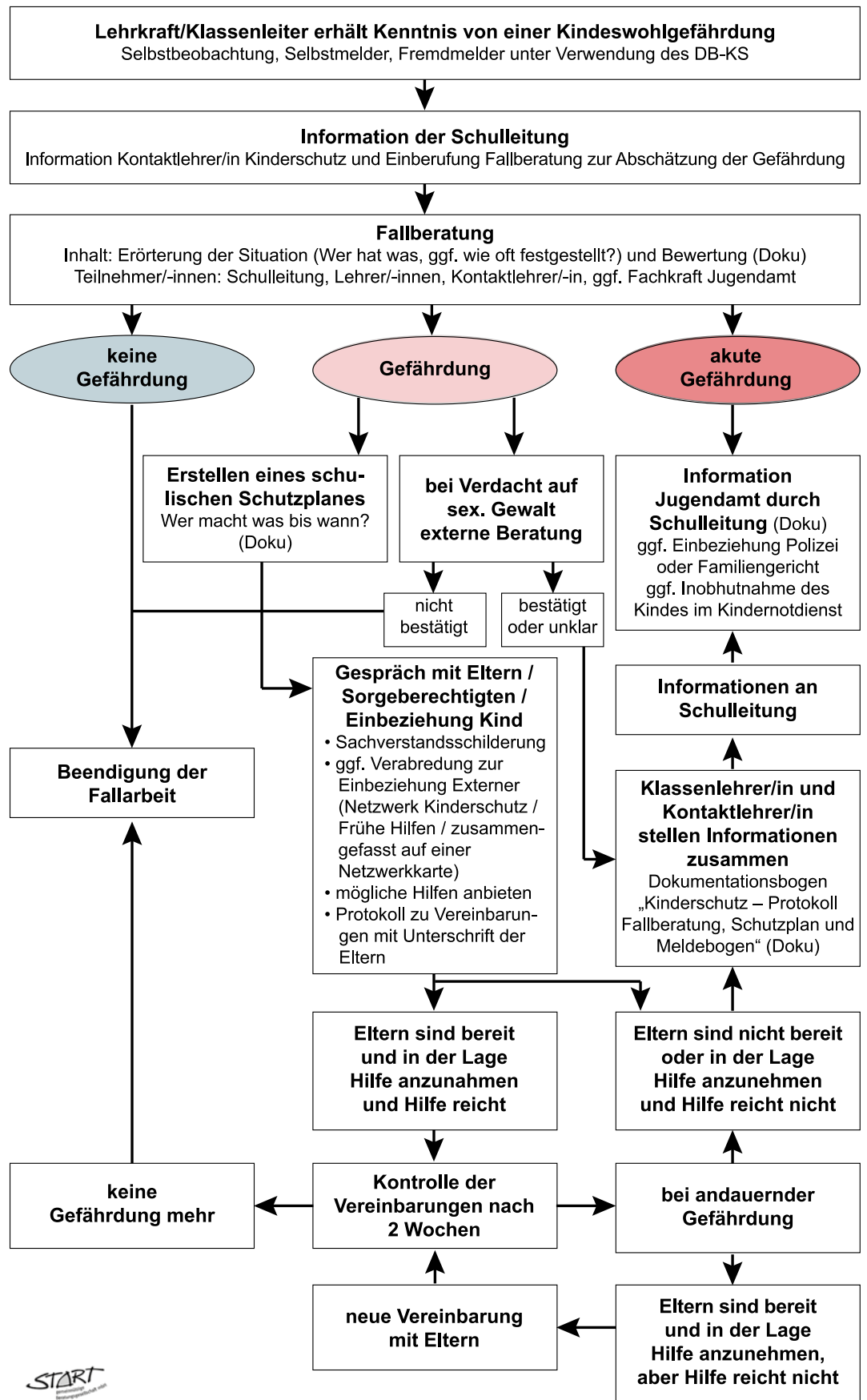


Abbildung 11: Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung in Schule

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 bei Jugendlichen

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.

Kinderschutz und Schulprogramm

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.

PIT Brandenburg – Schulische Prävention im Team



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

5.8.3 Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes im Kinderschutz

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 sind im 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.²¹ Die folgende Grafik verdeutlicht ein solches Verfahren beispielhaft:



²¹⁾ Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - § 8a SGB VIII – abrufbar unter www.lja.brandenburg.de/Kinderschutz.

Verfahren Sicherung Kindeswohl gemäß § 8a SGB VIII

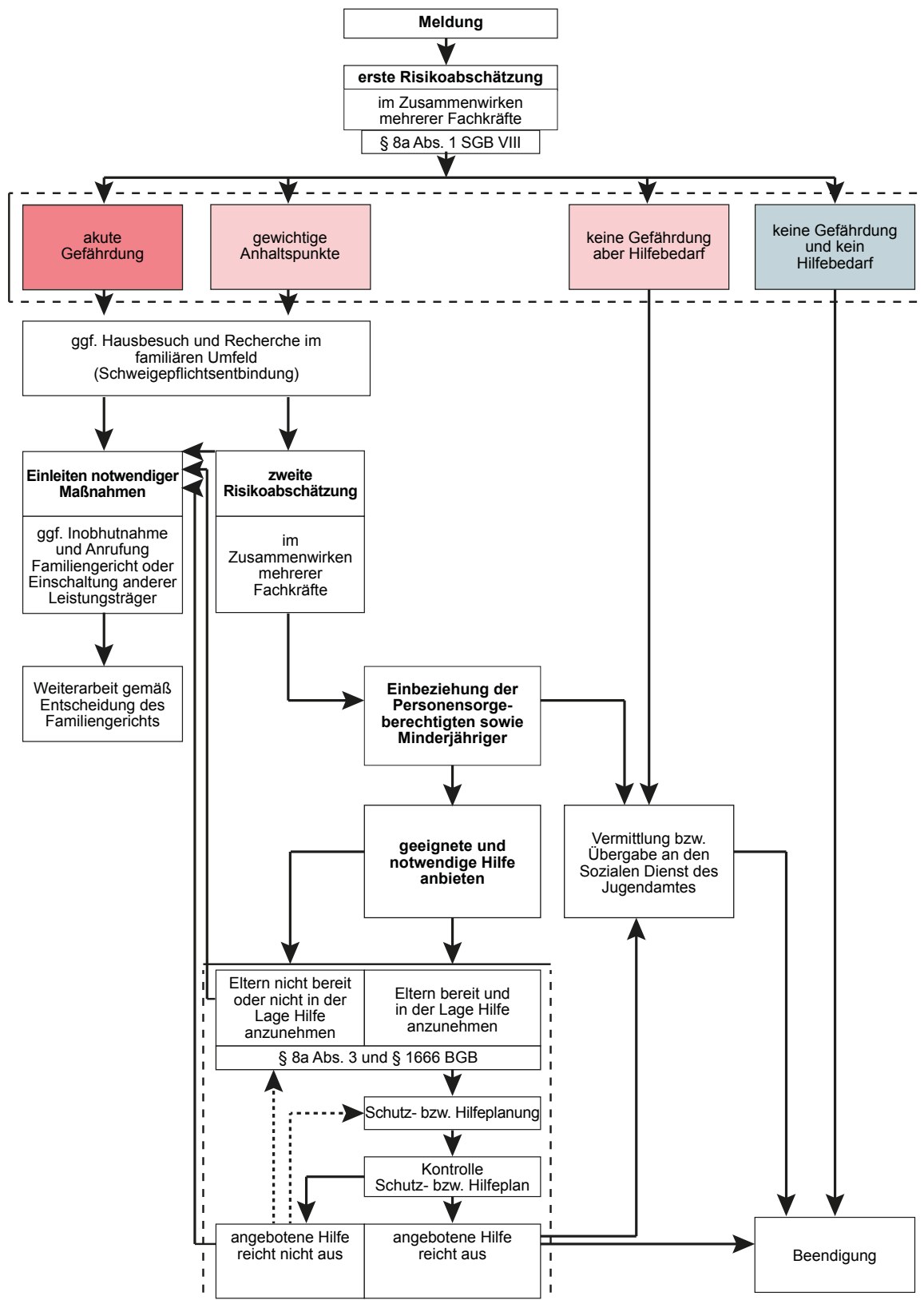


Abbildung 12: Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung im Jugendamt und in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe

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.

Frühe Hilfen	• 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.
Erziehungs- und Familienberatung Sozialpädagogische Familienhilfe	• 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.
Erziehungsbeistand	• 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.
Soziale Gruppenarbeit	• 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.
Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	• 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.
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.

Stationäre Betreuung

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.

Betreuung und Versorgung in Notsituationen

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.

Eingliederungshilfen

5.8.4 Aufgaben der Polizei beim Kinderschutz

Die Polizei hat gemäß § 1 Absatz 1 des Gesetzes über die Aufgaben und Befugnisse der Polizei im Land Brandenburg (Brandenburgisches Polizeigesetz – BbgPolG vom 19. März 1996) die Aufgabe, Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung abzuwehren (Gefahrenabwehr). Sie hat im Rahmen dieser Aufgabe auch für die Verfolgung von Straftaten vorzusorgen, Straftaten zu verhüten (vorbeugende Bekämpfung von Straftaten) und die erforderlichen Vorbereitungen für Hilfeleistungen und das Handeln in Gefahrenfällen zu treffen.

Gefahrenabwehr

1. Opferschutz

Ein konkretes Aufgabenfeld der polizeilichen Prävention ist der Opferschutz. Der polizeiliche Opferschutz ist seit dem Jahr 2001 ein fester Baustein im Maßnahmenplan zum Aktionsplan²² der Landesregierung Brandenburg zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder.

polizeilicher Opferschutz

Das „Opferschutzkonzept der Polizei“ (OSK) nebst Handreichungen, welches allen Polizeibediensteten zur Verfügung steht, liegt nunmehr in der dritten Fassung aus dem Jahr 2012 vor. Neben Verhaltensempfehlungen für den kompetenten Umgang mit ausgewählten Opfergruppen informiert es über Rechte von Opfern sowie Einrichtungen der Opferhilfe. Darüber hinaus beinhaltet es Merkblätter zu verschiedenen Deliktsfeldern, so z.B. zur Erkennung und zum polizeilichen Umgang mit Kindeswohlgefährdungen²³.

²²⁾ http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/gpr_2_nachauflage_v1.pdf

²³⁾ https://polizei.brandenburg.de/fm/32/Merkblatt_Land_BB_zur_Erkennung_und_zum_polizeilichen_Umgang_mit_Kindeswohlgefaehrungen.pdf

Opferschutzbeauftragte der Polizei

Mit dem Inkrafttreten des OSK ging die Institutionalisierung von Opferschutzbeauftragten der Polizei im Land Brandenburg einher. Opferschutzbeauftragte sind spezialisierte Ansprechpartner, die als Bindeglied zwischen Polizei, Opfer und den Einrichtungen der Opferhilfe fungieren. Sie sind besonders versiert im Umgang mit Opfern und können das Opfer umfassend über dessen Rechte aufklären sowie deliktspezifische Hilfsangebote aufzeigen.

In jeder Polizeiinspektion ist mindestens ein Opferschutzbeauftragter tätig und in jeder Polizeidirektion gibt es einen Koordinator für alle Opferschutzbeauftragten²⁴. Die zentrale Ansprechstelle für die Opferschutzbeauftragten und Koordinatoren befindet sich beim Behördenstab des Polizeipräsidiums (Sachbereich Prävention).

2. Polizeiliche Maßnahmen der Gefahrenabwehr

Abwendung der Gefahr für das Kindeswohl

Ziel polizeilichen Handelns bei Fällen von Kindeswohlgefährdung ist die Abwendung der Gefahr für das Kindeswohl. Grundsätzlich ist für die Inobhutnahme und Unterbringung von Minderjährigen oder Jugendlichen, die von einer akuten Gefährdung betroffen sind, das Jugendamt zuständig. Die Polizei kann diese Aufgabe in subsidiärer Zuständigkeit wahrnehmen bzw. unterstützen. In Fällen, in denen ein sofortiges Handeln nicht erforderlich ist, aber Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen, erfolgt eine Meldung an das Jugendamt.

Werden Hinweise i. S. d. §§ 8a Abs. 3 und 42 SGB VIII auf eine Gefährdung Minderjähriger bekannt, erfolgt die sofortige zielgerichtete polizeiliche Reaktion.

Gefährdung von Minderjährigen

Eine Gefährdung liegt in der Regel vor, wenn aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu befürchten ist, dass minderjährige Opfer einer rechtswidrigen Tat werden, sie passive Teilnehmer eines Ereignisses sind (z.B. häusliche Gewalt, Drogenkonsum von Eltern) durch das ihnen eine unmittelbare Gefahr für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl im Sinne des § 1666 BGB droht.

Beispiele für Gefährdung von Minderjährigen sind:

- der Aufenthalt an gefährlichen Orten (Strich, Abrisshäuser, etc),
- Einnahme von Suchtmitteln oder missbräuliche Einnahme von Arzneimitteln,
- Anzeichen von Verwahrlosung,
- wiederholte Schulverweigerung, Treibgang oder wiederholtes sich Entfernen aus Einrichtungen der Jugendhilfe (Heimerziehung), bzw. aus sonstiger betreuter Wohnform,
- Prostitution.

²⁴⁾ Eine Auflistung der Ansprechpersonen Opferschutz im Polizeipräsidium finden Sie hier: <https://polizei.brandenburg.de/fm/32/Ansprechpersonen-Opferschutz-Polizeipraesidium.pdf>

3. Polizeiliche Maßnahmen der Strafverfolgung

Gemäß § 163 Strafprozessordnung hat die Polizei „Straftaten zu erforschen und alle keinen Aufschub gestattenden Anordnungen zu treffen, um die Verdunklung der Sache zu verhüten.“

Bei dem Anfangsverdacht einer Straftat oder schwerwiegenden Ordnungswidrigkeit wird sofort die Aufnahme einer entsprechenden Anzeige eingeleitet. Weitere Maßnahmen sind beispielsweise:

- Identitätsfeststellungen,
- fotografische Sicherung des Tatortes,
- die Einbeziehung von Experten (Sozialarbeiter, Facharzt oder Gerichtsmediziner),
- die Information des Jugendamtes oder der Staatsanwaltschaft.
- Die Staatsanwaltschaft hat bei Anfangsverdacht einer Straftat in einer Kindertageseinrichtung gemäß „Mitteilung in Strafsachen“ (MISTRA) auch den Träger der Einrichtung und die zuständige Aufsicht beim MBSJ zu informieren.

Aufnahme einer Anzeige

4. Regionale Zusammenarbeit

Eine Zusammenarbeit mit kommunalen Partnern findet im Bereich der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes auf örtlicher Ebene durch die Polizeiinspektionen im Sinne des § 3 Gesetz zur Information und Kommunikation im Kinderschutz (KKG 2012) statt.

kommunale Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz



6. Interdisziplinäre Hilfesysteme

6.1 Regionale Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz und Frühe Hilfen

Zur Stärkung des Hilfesystems in Brandenburg hat die Landesregierung im Mai 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 und zur Zusammenarbeit bei Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung sowie bei entsprechenden Verdachtsfällen“ herausgegeben worden.



Weiterführende Information: Die Landesempfehlung ist auf der Internetseite http://www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/5527/empfehlungen_kinderschutz_bbg.pdf abrufbar.

Die dort angeregten Arbeitsgemeinschaften dienen der flächendeckenden Institutionalisierung und Absicherung von Netzwerkarbeit und Kooperation der regionalen Akteure:

- 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 VIII²⁵, 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 und Akteure einbezogen werden. Hierzu sind im Bundeskinderschutzgesetz (Artikel 1 § 3 Abs. 2) namentlich Vorgaben gemacht:

²⁵⁾ Bestandteil des „Programms zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg“ Landtagsbeschluss vom 18. Mai 2006 (Drs. 4/2733)

„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.“

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 Abs. 1 SGB VIII und nach den Vorgaben des Bundeskinderschutzgesetzes (Artikel 1 § 3 Abs. 3 KKG) 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 besser sichergestellt werden.

**Kooperation von
Jugend- und
Gesundheitsdienst**

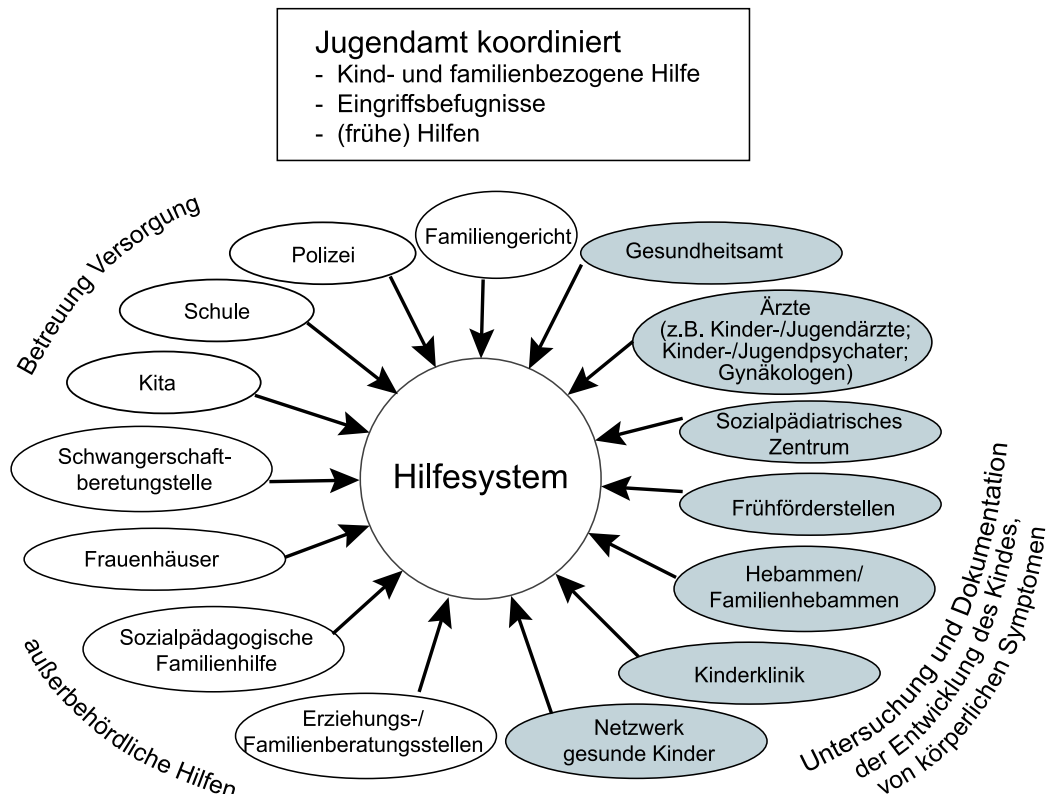


Abbildung 13: Kooperationsnetz zum Kinderschutz in Brandenburg

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.



Weiterführende Information: Das Konzept Patin hat Sorge ist zu finden unter: http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Publikationen/Broschueren/Aktuell_8.pdf

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.



Weiterführende Information: Netzwerk Gesunde Kinder:
<http://www.netzwerk-gesunde-kinder.de/>

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 Anonymitätszusage, 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.²⁶

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

²⁶⁾ Auszug aus § 2 (2) Schwangerschaftskonfliktgesetz

6.2.3 Frauenhäuser – ambulante Beratung für Frauen mit Gewalterfahrung

Entsprechend dem Runderlass der Landesregierung Brandenburg werden für von Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder qualifizierte Hilfsangebote (Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen, Beratungsangebote) gefördert. Frauenschutzeinrichtungen sind eng vernetzt mit anderen Hilfesystemen, wie Jugendämtern, Polizei und Gesundheitssystem.

Die Frauenschutzeinrichtungen gewährleisten folgende Angebote:

- Aufnahme der von Gewalt betroffenen Frauen und ihrer Kinder rund um die Uhr (Notruf)
- 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 den Kindern schutzsuchender Frauen
- Intervention
- Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung

Prinzipien und Selbstverständnis der Arbeit

Die grundsätzliche Wertschätzung jeder Frau und jedes 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 Handlungen setzen an den vorhandenen Ressourcen der Frauen an.

Inhalte der Arbeit

In den Frauenschutzeinrichtungen finden von Gewalt betroffene Frauen und ihre Kinder Schutz und Hilfe, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Religion, ihrem bisherigen Wohnort und ihrer finanziellen Lage. Die Frauen erhalten die Möglichkeit, ihre Situation zu verarbeiten, zu überdenken und neue Lebensperspektiven für sich und ihre Kinder zu entwerfen. Die Mitarbeiterinnen leisten Krisenintervention, unterstützen die Frauen bei der Klärung ihrer sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Situation und leisten Hilfestellungen bei der Sicherung von Ansprüchen.

Die Arbeit mit den Mädchen und Jungen der zufluchtsuchenden Frauen gehört zu den Aufgaben der Frauenschutzeinrichtungen. Kinder finden 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.

Schlagwortverzeichnis: Hilfs- und Schutzangebote

Agentur für Arbeit	91
Angebote für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen	72
Angebote für Kinder mit Hör- und Sehstörungen	72
Ernährungsberatung	40
Erziehungs- und Familienberatungsstellen	49, 83, 86 , 92
Erziehungsbeistand	86
Familienbildung	86, 91
Familiengericht	27, 28, 55, 57, 77, 85, 91
Familienhebamme	39, 42 , 92
Frauenhaus, Zufluchtswohnung	18, 92, 95
Frühe Hilfen	17, 42, 64, 86 , 90
Frühförder- und Beratungsstelle	7, 60, 61, 64, 71 ff. , 91, 92, 93
Geburtsvorbereitungskurs	40
Gemeinsame Servicestelle	91
Gesundheitsamt	7, 17, 41, 42, 49, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 72, 91, 93
Gynäkologe/in	41, 68, 92, 93
Hausbesuch	36, 40, 41, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 80, 81, 85,
Hebamme	7, 25, 39 ff. , 60, 63, 64, 68, 91, 92, 93
Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung	86
Jugendamt	7, 19, 25, 26 ff., 29, 36, 39 ff., 42, 49 f., 50, 57, 60 ff., 69, 71 f., 74 ff., 79 ff., 84 ff. , 88 f., 90 ff., 95, 101
Jugendberatungsstelle	83
Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen	17, 27, 75, 87
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)	7, 36, 41, 59 ff. , 72, 74, 91
Kinder- und Jugendnotdienst, Inobhutnahmestelle	28 , 39, 57, 61, 63, 77, 83, 85, 88
Kinder- und Jugendpsychiater/in	39, 53, 66, 92
Kinderarzt/ärztin	40, 42 ff. , 59, 63, 64 f. , 68, 79, 92, 93
Kinderheim	39, 87, 86, 88
Kinderklinik	7, 42, 50 ff. , 64, 92

Kinderschutzgruppe	51 ff.
Kindertageseinrichtung (Kita, Hort)	7, 21, 60, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 74 ff. , 92
Kindertagespflege	59, 64, 66
Krankenhaus	16, 17, 35, 39, 49, 64, 87, 91
Krankenschwester	52, 57
Müttergenesungseinrichtungen und -dienste	91
Netzwerk Frühe Hilfe	7, 42, 64, 68, 72, 86, 89, 90 ff.
Netzwerk Gesunde Kinder	64, 68, 72, 92 f.
Netzwerk Kinderschutz	49, 90 ff.
Opferschutz	53, 87 f.
Ordnungsbehörden	91
Pflegefamilie	28, 43, 86, 87
Polizei	7, 16, 28, 41, 46, 74, 77, 81, 83, 87 ff. , 91, 95
Psychologe/in	51, 52, 57, 100
Psychotherapeut/in	27, 53, 55, 91
Rechtsberatung	52
Rechtsmedizin	18, 53
Schule	7, 9, 11, 12, 14, 17, 19, 21, 23, 59 f., 61, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 74, 79 ff. , 87, 91
Schwangerenvorsorge	40, 94
Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle	91, 94 , 100
Sozialamt	60, 61, 64, 91, 93, 101
Sozialdienst	52, 53, 55
Soziale Gruppenarbeit	86
Sozialpädagogische Familienhilfe	61, 71, 80, 86
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	91, 92
Staatsanwaltschaft	64, 89
Supervisor/in	52, 93
Tagesgruppe	86
Zahnarzt/ärztin	7, 66 ff. , 74

Literatur

- Albrecht Matthias (2014). Prävention von Gewalt gegen Kinder und von Kinderunfällen. Plädoyer für eine integrierende Betrachtungsweise. Interdisziplinäre Fachzeitschrift 17: 112-135
- 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_If.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.
- Bottino SMB, Bottino CMC, Regina CG, Correia AVL, Ribeiro WS (2015) Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. Cad. Saúde Pública 31(3):463-475
- Buchner G., Cizek, B. et al. (2001). 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.
- 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. & 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 Yorck: Schattauer-Verlag.
- Ellsäßer G (2014) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden
- Ellsäßer G, Erler T (2010) Die Gesichter der Opfer – Auswirkungen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen erkennen. Pädiat. Prax. 75: 387-395
- 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.

- 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 Früherkennungs-untersuchungen. *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.
- 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.
- Häuser, W., Schmutzer, G. Brähler E., Glaesmer H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt* 108:17.
- HBSC-Studie (2009/2010) <http://hbsc-germany.de>.
- Herrmann, B. (1998). Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Unveröffentl. Manuskript, 2. Aufl. Kassel.
- Herrmann, 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.
- Injury Data Base (IDB) Datenquelle der Abteilung Gesundheit im LAVG, 2016
- 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.
- Leitner H, Troscheit K (2008) Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000-2005), Oranienburg
- Lereya ST, Copeland WE, Castello EJ, Wolke D (2015) Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry* 2(6):524 – 531

- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2013) Jugend, Information, (Multi-)Media – Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland
- Olweus D (2006) Gewalt in der Schule. Huber, Bern
- Pott E, Fillinger, U, Paul, M (2010) Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt. 53:1166-72.
- 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.
- Röttscher, Klaus (2003). Forensische Zahnmedizin. Norderstedt.
- 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
- Schneider C, Katzer C, Leest U (2013) Cyberlife – Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr. Bündnis gegen Cybermobbing e.V. (Hrsg.), Karlsruhe
- Schone R. et al. (1997). Kinder in Not. Münster.
- Schrötte M, Müller U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. BMFSFJ. Berlin. [http://www.bmfsfj.de/Redaktion BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereit=ch=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/Redaktion%20BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereit=ch=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2016) Sonderauswertung der DRG Statistik nach T74, Daten 2009-2014
- Stoltenborgh M, von Ijendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16:79-101
- Sturzbecher D; Holtmann D (Hrsg.) (2007) Werte, Familie, Politik, Gewalt- Was bewegt die Jugend? Aktuelle Ergebnisse einer Befragung. LIT Verlag; Berlin
- Thyen, Ute und Johns, Irene. (2004). Prävention Schütteltrauma des Säuglings. Vortrag im Rahmen der Präventionskampagne „Vorsicht zerbrechlich!“ (Sozialministerium Schleswig-Holstein 2004, www.kinderschutzbund-sh.de)
- 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

Schlagwortverzeichnis: Hilfs- und Schutzangebote

§ 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 Missbrauchbenutzen 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

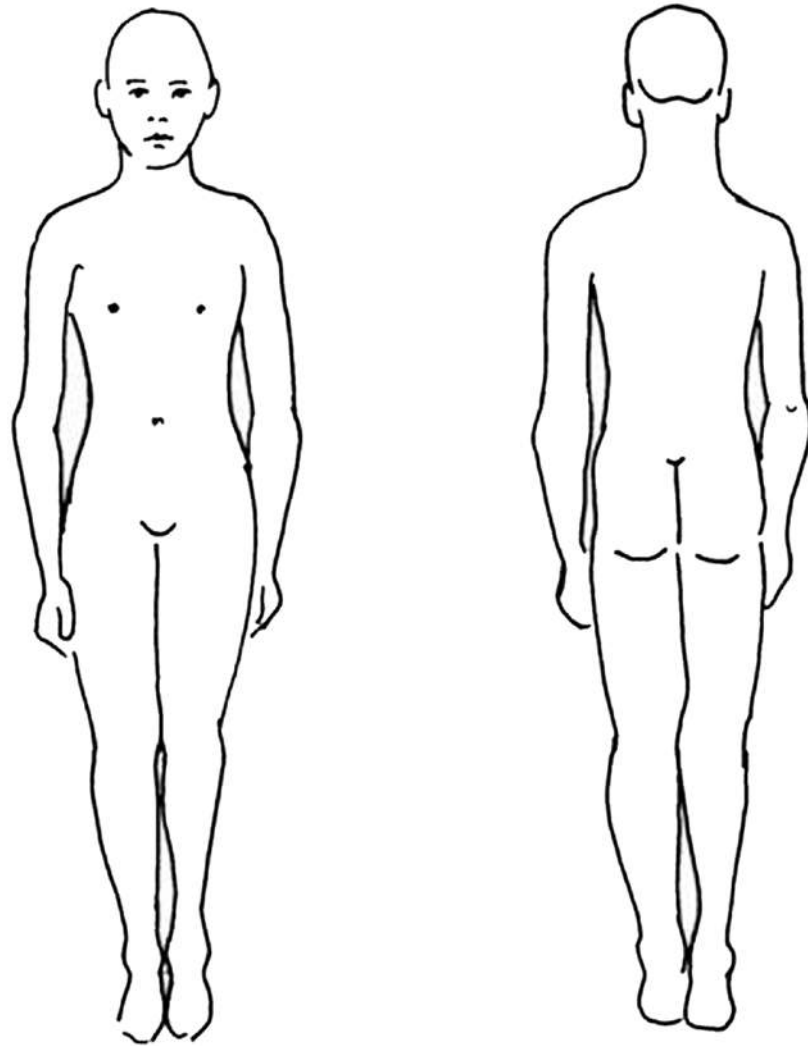
- Innere Blutungen
- Röntgenologische Befunde, evtl. Sonografie, CT, MRT, u.a.
- Altersschätzung der Befunde – insbesondere von Frakturen
- Hinweise auf Schütteltrauma ? Augenhintergrundsverletzungen ?
- Neurologische Auffälligkeiten

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	☐	☐
Vernachlässigung	☐	☐
Seelische Misshandlung	☐	☐
Sexueller Missbrauch (in diesem Falle bitte Dokumentation 2 nutzen)	☐	☐

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“



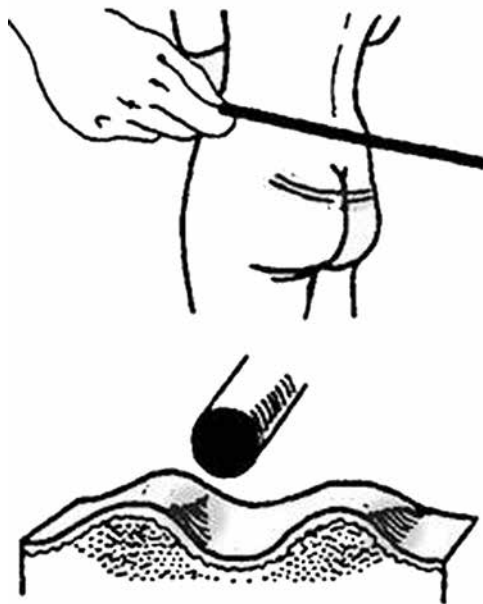
= Schlag und Hiebverletzung



= Sturzverletzung



Entstehung von Doppelstriemen



Stauungsblutung

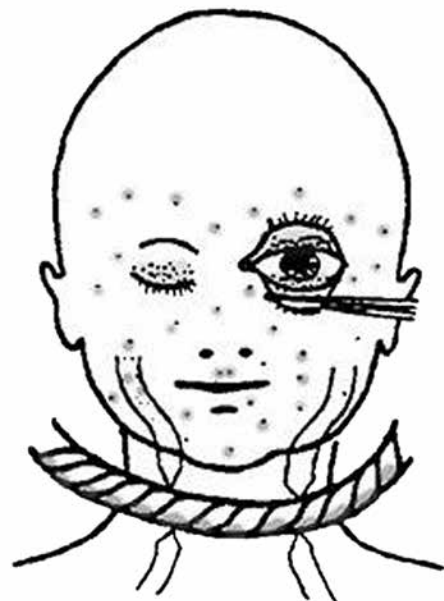


Abb. 1-5 (Institut für Rechtsmedizin, Dr. K. Püschel)

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, Slipeinlage)

Unterwäsche (Schlüpfer etc.)

(Unterschrift des Untersuchers)

