



// Zukunftsministerium
Was Menschen berührt.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche Erkennen und Handeln

Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche Erkennen und Handeln

Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte

www.aerzteleitfaden.bayern.de



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

// Zukunftsministerium
Was Menschen berührt.

in Zusammenarbeit mit



unterstützt durch

- Bayerisches Staatsministerium des Innern
- Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit
- Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz
- ZBFS - Bayerisches Landesjugendamt sowie Vertreterinnen und Vertreter der Jugendämter in Bayern
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.



Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Achtung ihrer Würde, auf körperliche und seelische Unversehrtheit, auf Entfaltung ihrer Persönlichkeit und auf den Schutz des Staates. Jeder trägt Verantwortung dafür, dass unsere Kinder gewaltfrei aufwachsen und sich bestmöglich entwickeln und entfalten können, denn sie sind unsere Zukunft und deshalb von elementarer Bedeutung für die gesamte Gesellschaft.

Effektiver Kinderschutz kann nur im vertrauensvollen Miteinander und in gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung aller Fachdisziplinen und Hilfesysteme gelingen. Kinderschutz braucht starke Netze! Vorrangig geht es darum, Eltern möglichst frühzeitig in ihren Erziehungskompetenzen zu unterstützen, damit sie ihrer Erziehungsverantwortung auch in Belastungs- oder Überforderungssituationen gerecht werden können. Hierfür gibt es in Bayern eine Vielzahl an Angeboten Früher Hilfen, wie z. B. Angebote von Erziehungsberatungsstellen, Frühförderstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen oder Beratungsangebote für Eltern mit Schreibabys, die von den Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit) der Jugendämter systematisch vernetzt werden.

Mit dem Regelförderprogramm KoKi werden die für den Kinderschutz zuständigen Kommunen vom Bayerischen Familienministerium finanziell und fachlich unterstützt. Mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes ist das erfolgreich praktizierte Konzept der bayerischen KoKi-Netzwerke zum bundesweiten Standard geworden.

Der Leitfaden ergänzt das Gesamtkonzept des Bayerischen Familienministeriums zum Kinderschutz an der wichtigen Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Er gibt konkrete Hilfestellung zur sicheren diagnostischen Abklärung und soll zur Handlungssicherheit bei Verdacht auf bzw. festgestellten gewichtigen Anhaltspunkten für Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche beitragen. Ferner gibt er Aufschluss,

welche Ansprechpartner für eine weiterführende Abklärung und gegebenenfalls für eine Hilfestellung kontaktiert werden können. Als zentrale Ansprechpartner stehen dabei die Fachkräfte der Jugendämter zur Verfügung. Ärztinnen und Ärzten kommt eine besondere Verantwortung zu, wenn sie mit Verletzungen von Kindern und Jugendlichen konfrontiert werden, deren Ursache zweifelhaft ist. Speziell für Fragen zur medizinischen Diagnostik wurde mit Unterstützung des Bayerischen Familienministeriums beim Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Kinderschutzambulanz eingerichtet. Die Internetversion des Leitfadens unter www.aerzteleitfaden.bayern.de ermöglicht einen schnellen Zugriff auf spezifische Informationen und eine leichte Navigation zu den örtlichen Fachdisziplinen.

Der Leitfaden enthält wichtige Empfehlungen von der Praxis für die Praxis und wird damit zur weiteren Optimierung des Kinderschutzes beitragen. Unser Dank gebührt allen, die an der Erstellung mitgewirkt haben, vor allem den Autoren aus der Ärzteschaft, die sich mit großem persönlichem Engagement für das gesunde Aufwachsen unserer Kinder einsetzen.



Christine Haderthauer
Bayerische Staatsministerin für
Arbeit und Sozialordnung, Familie
und Frauen



Markus Sackmann
Bayerischer Staatssekretär für
Arbeit und Sozialordnung, Familie
und Frauen



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist leider nach wie vor tagtägliche Realität, in Form von körperlicher, sexueller, seelischer Gewalt oder Vernachlässigung. Den Ärztinnen und Ärzten kommt hierbei eine Schlüsselfunktion bei der Identifikation von Gewalt und der Unterstützung der Betroffenen zu. Häufig ist es jedoch schwierig, eine entsprechende Diagnose hinreichend sicher zu stellen, da die Symptome und Befunde nicht immer eindeutig sind.

Der vorliegende Leitfaden soll Ihnen eine Hilfestellung bei der Beurteilung derartiger Fälle in der praktischen Arbeit bieten; die „gewichtigen Anhaltspunkte“ als Grundlage für die Einbindung des Jugendamtes werden definiert und durch Fallbeispiele verdeutlicht. Im Zweifelsfall bietet die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München mit Beratung und gegebenenfalls konsiliarischer Untersuchung die Möglichkeit, die Diagnosen überprüfen bzw. absichern zu lassen.

Wir hoffen, dass Sie durch den vorliegenden Leitfaden ermutigt werden, entsprechende Verdachtsmomente aufzugreifen, die Kinder gründlich und sensibel zu untersuchen, die Befunde rechtssicher zu dokumentieren und weitere Schritte unter Einbindung der Jugendämter einzuleiten, um das Kindeswohl zu sichern.

Prof. Dr. med. Matthias Graw
Vorstand Institut für
Rechtsmedizin der LMU München

PD Dr. med. Elisabeth Mützel
Leiterin der Kinderschutzambulanz
am Institut für
Rechtsmedizin der LMU München



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

täglich sind wir mit Meldungen über Kindesmisshandlungen oder – vernachlässigungen konfrontiert. Die Fallzahlen sind über die letzten Jahre hinweg angestiegen. Wir Ärzte haben die Aufgabe, Kinder und Jugendliche durch frühzeitiges Erkennen und Handeln vor weiterer Gefährdung zu schützen und bleibende physische und psychische Schäden zu verhindern.

Dabei befinden wir uns in der schwierigen Situation, kurzfristig eine Entscheidung treffen und dann den richtigen Ansprechpartner erreichen zu müssen – auch einmal kurz vor dem Wochenende. Bei nicht eindeutigen Verletzungszeichen oder in der Grauzone möglicher Vernachlässigungen und Entwicklungsverzögerungen können sich für uns bei der Beurteilung Probleme ergeben. In der Neufassung des Leitfadens wurden diese Gesichtspunkte berücksichtigt. Zahlreiche Experten aus der Ärzteschaft und aus anderen betroffenen Berufsgruppen haben ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit großem Engagement eingebracht.

Die Rechtsgrundlagen werden erklärt, insbesondere § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand) und die seit 2008 in Bayern bestehende gesetzliche Mitteilungspflicht für Ärzte und Hebammen gegenüber dem Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten für Misshandlung, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung nach Art. 14 Abs. 6 GDVG. Die Schwelle zur Mitteilungspflicht wird näher erläutert und anhand von Fallbeispielen beschrieben. Die Hilfemöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe werden aufgezeigt. Umfangreiche Ausführungen zur Diagnostik und zur Dokumentation sind enthalten. Der Leitfaden wird in der virtuellen Version bedarfsorientiert aktualisiert. Die Informationen sollen vor allem für Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinärzte und Krankenhausärzte eine Unterstützung sein.

Durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Jugendämtern können wir dazu beitragen, dass die betroffenen Kinder und ihre Familien früher und wirksamer die bestehenden Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe erhalten.

Dr. med. Max Kaplan
Präsident der Bayerischen
Landesärztekammer

Dr. med. Heidemarie Lux
Vizepräsidentin der
Bayerischen Landesärztekammer



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der erste Leitfaden für Kinderärzte in Bayern mit dem Titel „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ entstand 1998. Die Ziele, die wir uns damals gestellt haben – „Unser Anliegen muss es sein, durch Prävention in unserem Wirkungskreis als Ärztinnen und Ärzte darauf einzuwirken, dass Risikofaktoren bei Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen frühzeitig erkannt werden und eine effiziente Therapie ermöglicht wird“ – sind heute noch genauso aktuell.

Wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Zeit machen eine vollständig neue Auflage unter Einschluss des Internets sinnvoll. Wir möchten Ihnen eine Hilfestellung anbieten und die gesetzlichen Vorgaben im medizinischen Bereich konkretisieren. „Gewichtige Anhaltspunkte“, die eine Mitteilung eines konkreten Falles an das Jugendamt nach sich ziehen, werden in den einzelnen Gewaltbereichen erläutert und anhand von Beispielen anschaulich dargestellt. Die Bereiche „seelische Gewalt“ und „Vernachlässigung“ werden erstmals getrennt durch Experten dargestellt und ausführlich behandelt.

Zusätzlich sind neue Gewaltformen durch die immer intensivere Nutzung der sogenannten Neuen Medien entstanden. Bullying, Cyber-Bullying, Cyber-Grooming oder Happy Slapping sind Begriffe, die als Synonyme für Gewalt in den Medien Eingang in unsere Gesellschaft gefunden haben.

Der Landesverband Bayern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands ist dem Bayerischen Familienministerium dankbar, dass es die Herausgabe des neuen Gewaltleitfadens übernommen hat. Unser Dank gilt auch allen Experten, die durch ihre Kompetenz zum hohen Qualitätsstandard beitragen.

Dr. med. Martin Lang
Kinder- und Jugendarzt
Landesverbandsvorsitzender BVKJ Bayern e.V.
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder
Kinder- und Jugendarzt/Frauenarzt
Bundesvorstand BVKJ Deutschland
Stellvertretender Landesverbandsvorsitzender Bayern



Bei der Techniker Krankenkasse sind in Bayern rund 175.000 Kinder und Jugendliche versichert. Das entspricht einem Anteil von knapp 20 Prozent. Es ist uns deshalb ein wichtiges Anliegen, dass diese bei bester Gesundheit kindgerecht aufwachsen.

Als Krankenkasse sind wir mit den Folgekrankheiten, die aus Gewaltanwendungen resultieren können, und deren Kosten konfrontiert: chronische Körperschäden, Entwicklungsverzögerungen und -auffälligkeiten wie Schlaf- und Sprachstörungen, Aggressivität, Depressionen oder psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen.

In der letzten Zeit sind neue Gesetze zum Schutz von Kindern auf Landes- und Bundesebene verabschiedet worden. Doch jedes noch so gute Gesetz hilft nichts, wenn Kindern nahe stehende Personen aus Unwissenheit oder Unsicherheit die Augen vor Gewalt verschließen oder wegsehen. Für die betroffenen Kinder kann dies verheerende Folgen haben und sogar zum Tode führen.

Ärzte und andere Berufsgruppen, die regelmäßig mit Kindern und ihren Familien arbeiten, sollen Gewalt gegen Kinder frühzeitig erkennen. Hier setzt der Leitfaden an und liefert zusätzlich Beispiele zur Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen. Denn der Arzt vor Ort sollte die zuständigen Sachbearbeiter im Jugendamt genauso kennen wie die Ansprechpartner bei der Polizei.

Wir wünschen dem Leitfaden viele interessierte Leser, die Gewalt gegen Kinder sensibel wahrnehmen und Betroffenen durch die Informationen besser helfen können. Berufsgruppenübergreifende Kooperationen sollen angestoßen und das Fallmanagement in der Arztpraxis und im Krankenhaus verbessert werden. Dies geschehe zum Wohle der Kinder.

A handwritten signature in black ink that reads "Christian Bredl". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Christian Bredl
Leiter der Landesvertretung Bayern
der Techniker Krankenkasse

Autorenverzeichnis

Das Autorenverzeichnis ist nach den Kapiteln gegliedert.

Isabella Gold

Leiterin des Referats Jugendpolitik, Jugendhilfe

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS)

Winzererstraße 9; 80797 München

PD Dr. med. Elisabeth Mützel

Prof. Dr. med. Randolph Penning

Prof. Dr. med. Matthias Graw

Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

Nußbaumstr. 26; 80336 München

Dr. med. Martina Heinrich

Kinderchirurgische Klinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Lindwurmstraße 4; 80337 München

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder

Kinder- und Jugendarzt/Frauenarzt

Praxiszentrum Saarstrasse

Saarstr. 7; 80797 München

Dr. med. Nikolaus von Hofacker

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik,

Städtisches Klinikum München GmbH Klinikum Harlaching

Sanatoriumsplatz 2; 81545 München

Dr. med. Ulrich Rüth

Fachbereichsleitender Oberarzt

Prof. Dr. med. Franz Joseph Freisleder

Ärztlicher Direktor

Heckscher-Klinikum gGmbH

Deisenhofenerstr. 28; 81539 München

Dr. med. Hermann Gloning

Kinder- und Jugendärztliche Praxisgemeinschaft

Volkartstr. 18; 80634 München

Dr. med. Thomas Fels

Chefarzt Kinderkrankenhaus St. Marien,

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Grillparzerstr.9; 84036 Landshut

Gesamtredaktion:

StMAS: Isabella Gold, Günther Gottschling, Michaela Höfle

LMU: Dr. med. Elisabeth Mützel

Inhaltsverzeichnis

1. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	15
1.1. Erscheinungsformen und Begriffsbestimmungen	15
1.2. Daten und Fakten	17
1.3. Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren	20
1.4. Gewalt in den Neuen Medien	23
2. Erkennen und Handeln - Kinderschutz braucht starke Netze	29
2.1. Elementare Handlungsgrundsätze	29
2.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Rahmenbedingungen	30
2.2.1. Zusammenarbeit im Spannungsverhältnis von Prävention und Intervention	31
2.2.2. Voraussetzungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit	32
2.2.3. Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen	34
2.2.4. Interdisziplinäre Veranstaltungen und Qualifizierungsangebote	37
2.3. Gesundheitswesen	39
2.3.1. Aufgabenstellung im Bereich Kinderschutz	39
2.3.2. Funktion der Früherkennungsuntersuchungen nach den „Kinder-Richtlinien“	40
2.3.3. Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe	45
2.3.4. Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung	46
2.3.5. Anonymisierte bzw. pseudonymisierte Beratung und Klärung von Fragen	50
2.3.6. Kinderschutzambulanz	51
2.4. Kinder- und Jugendhilfe	52
2.4.1. Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe	52
2.4.2. Präventiver Kinderschutz in Bayern	54
2.4.3. Interventionen bei Kindeswohlgefährdung	57
2.5. Polizei und Justiz	59
3. Ärztliche Diagnose und Befunde – Formen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	65
3.1. Körperliche Gewalt	65
3.1.1. Definition und Epidemiologie	65
3.1.2. Formen körperlicher Gewalt	66
3.1.2.1. Stumpfe Gewalt	67
3.1.2.2. Thermische Gewalt	72
3.1.2.3. Scharfe und spitze Gewalt	73
3.1.2.4. Strangulation	74
3.1.2.5. Schütteltrauma	74
3.1.3. Untersuchung und Befunderhebung	75
3.1.4. Dokumentation	76
3.1.5. Fallmanagement bei körperlicher Gewalt	76
3.1.6. Fallbeispiele aus der Praxis	78

3.2. Sexuelle Gewalt	81
3.2.1. Definition und Epidemiologie	81
3.2.2. Formen sexueller Gewalt	82
3.2.3. Untersuchung und Befunderhebung	84
3.2.3.1. Untersuchungstechnik nach Altersstufen	84
3.2.3.2. Körperlicher Befund nach Altersstufen	85
3.2.3.3. Psychischer Befund nach Altersstufen	86
3.2.4. Dokumentation	86
3.2.5. Interaktion bei sexueller Gewalt	86
3.2.6. Fallmanagement bei sexueller Gewalt	87
3.2.7. Fallbeispiele aus der Praxis	93
3.3. Vernachlässigung	97
3.3.1. Definition und Epidemiologie	97
3.3.2. Formen von Vernachlässigung	97
3.3.3. Folgen von Vernachlässigung	98
3.3.4. Risikofaktoren für Vernachlässigung	99
3.3.5. Untersuchung und Befunderhebung	100
3.3.5.1. Anamnese	100
3.3.5.2. Körperliche Untersuchung	102
3.3.5.3. Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung	102
3.3.6. Dokumentation	103
3.3.7. Fallmanagement bei Vernachlässigung	103
3.3.8. Fallbeispiele aus der Praxis	105
3.4. Seelische Gewalt	109
3.4.1. Definition und Epidemiologie	109
3.4.2. Formen seelischer Misshandlung	109
3.4.2.1. Seelische Misshandlung durch Eltern	109
3.4.2.2. Seelische Misshandlung durch andere Bezugspersonen	110
3.4.2.3. Seelische Misshandlung durch andere Kinder oder Jugendliche	110
3.4.2.4. Sonderformen seelischer Misshandlung	111
3.4.2.5. Seelische Misshandlung tritt selten alleine auf	112
3.4.3. Untersuchung und Befunderhebung	112
3.4.4. Dokumentation	113
3.4.5. Folgen seelischer Misshandlung	113
3.4.6. Fallmanagement bei seelischer Gewalt	114
3.4.6.1. Grundsätzliche Interventionsmöglichkeiten	115
3.4.6.2. Seelische Misshandlung durch die Eltern bzw. Personensorgeberechtigte	115
3.4.6.3. Seelische Misshandlung durch Dritte	116
3.4.6.4. Akute Gefährdung des Kindeswohls – akute Interventionen	116
3.4.7. Fallbeispiele aus der Praxis	118

4. Fallmanagement in Arztpraxen und Kliniken	121
4.1. Festlegung von Ansprechpartnern und Vereinbarung eines verbindlichen Kommunikations- und Kooperationsrahmens vor Ort	121
4.2. Fallmanagement – Vorgehen im Einzelfall in der Arztpraxis	123
4.2.1. Möglichkeit anonymisierter Beratung bzw. Klärung von Fragen	123
4.2.2. Rahmenbedingungen für Gespräche	123
4.2.3. Gespräch mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten	123
4.2.4. Gespräche mit Kindern und Jugendlichen	124
4.2.5. Einbindung des Jugendamtes	124
4.2.6. Helferkonferenzen	125
4.2.7. Sofortmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für Kinder oder Jugendliche	125
4.2.8. Vorgehensweisen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung	126
4.2.9. Feedback	127
4.2.10. Anforderungen an die Dokumentation	128
4.3. Fallmanagement in Kliniken	129
4.3.1. Festlegung von Ansprechpartnern und Vereinbarung eines verbindlichen Kommunikations- und Kooperationsrahmens vor Ort	129
4.3.2. Vorgehen in der Klinik bei einem Verdachtsfall	130
4.3.3. Fallbeispiele aus der Praxis	132
5. Literatur	134
6. Ansprechpartner und Adressen	142
7. Dokumentationshilfen	150



1. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Isabella Gold

1.1. Erscheinungsformen und Begriffsbestimmungen

Kinder haben nach § 1631 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig. Unter den Begriff Kindesmisshandlung fallen „einzelne oder mehrere Handlungen oder Unterlassungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen, die zu einer körperlichen oder psychischen Schädigung von Kindern oder Jugendlichen führen, das Potenzial einer Schädigung haben oder die Androhung einer Schädigung enthalten“.¹ Verschiedene Formen der Kindesmisshandlung stehen nach dem Strafgesetzbuch (StGB) unter Strafe.

Kindesmisshandlung

Es gibt verschiedene Erscheinungsformen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Zu unterscheiden sind dabei insbesondere:

Erscheinungsformen von Gewalt

- Körperliche Gewalt (Ziffer 3.1.)
- Sexuelle Gewalt (Ziffer 3.2.)
- Vernachlässigung (Ziffer 3.3.)
- Seelische Gewalt (Ziffer 3.4.)

Nicht selten treten mehrere Formen der Gewalt gleichzeitig auf.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche findet häufig im familiären und sozialen Umfeld statt. Täter sind oft nahe Bezugspersonen.² Der Fokus des Leitfadens richtet sich deshalb auf das Erkennen und Handeln in diesen Fällen. Darüber hinaus ist aber auch eine neue Dimension und Verbreitung von Gewalt in den und über die Neuen Medien festzustellen (siehe Ziffer 1.4.). Ferner ist zu beobachten, dass Kinder und Jugendliche auch selbst Gewalt gegen andere Kinder und Jugendliche ausüben (siehe Ziffer 1.2.) und sich dabei häufig moderner Kommunikationsmittel bedienen (z. B. Cyber-Mobbing bzw. Cyber-Bullying).

Körperliche Kindesmisshandlung ist die „nicht zufällige, absichtliche körperliche Gewaltanwendung der Eltern [oder anderer Erziehungsberechtigter] gegenüber ihren Kindern. Sie umfasst ein breites Spektrum von Handlungen“.³ Zu beobachten sind vor allem Schläge (auch mit Gegenständen), Treten, Würgen, Ersticken, Schütteln, Kneifen, Stichverletzungen, Vergiftungen sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen). Eine körperliche Misshandlung liegt auch dann vor, wenn Eltern z. B. aus religiösen Überzeugungen eine überlebensnotwendige Operation ablehnen oder eine Genitalverstümmelung vornehmen lassen.⁴

Körperliche Gewalt

Die Formen sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sind sehr vielfältig. Aufgrund fließender Übergänge existiert keine abschließende Definition.⁵ Oft ist eine Entwicklung von weniger intimen bis hin zu immer intimeren Formen des Körperkontaktes festzustellen. Grundlage des Leitfadens ist eine weite Definition. Danach fällt unter sexuelle Gewalt „jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind [bzw. Jugendlichen] entweder gegen den Willen des Kindes [bzw. Jugendlichen] vorgenommen wird oder der das Kind [bzw. der Jugendliche] aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit

Sexuelle Gewalt

nicht wissentlich zustimmen kann“.⁶ Täter nutzen ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten von Kindern oder Jugendlichen zu befriedigen. Sexuelle Gewalt ist meist begleitet von einer Verpflichtung zur Geheimhaltung, die bei den Opfern zu Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit führt.⁷

HINWEIS:

● Sexuelle Gewalt im strafrechtlichen Sinn ist eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Sexuelle Handlungen an oder mit Kindern sind (auch bei scheinbarem Einverständnis der betroffenen Kinder) immer strafbar. Sexuelle Handlungen mit Jugendlichen sind strafbar, wenn bestimmte Umstände hinzukommen (z. B. Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Ausnutzen einer Zwangslage oder eines Obhutsverhältnisses, Widerstandsunfähigkeit etc.).⁸

Vernachlässigung

Vernachlässigung stellt eine Form „passiver“ Gewalt dar und bildet das gesamte Spektrum relevanter Unterlassungen ab. Vernachlässigung ist zu definieren als „andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Personensorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder der psychischen Entwicklung des Kindes [Jugendlichen] führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet“.⁹ Zu unterscheiden ist zwischen passiver (unbewusster) Vernachlässigung (z. B. aufgrund unzureichenden Wissens oder mangelnder Einsicht über Notwendigkeiten und Gefahrensituationen) und aktiver Vernachlässigung (z. B. wissentliche Verweigerung von Nahrung und Schutz).¹⁰ Die körperliche Vernachlässigung geht oft mit seelischer Vernachlässigung einher, die sich in zu wenig Aufmerksamkeit, Zuwendung und Wärme zeigt.

Seelische Gewalt

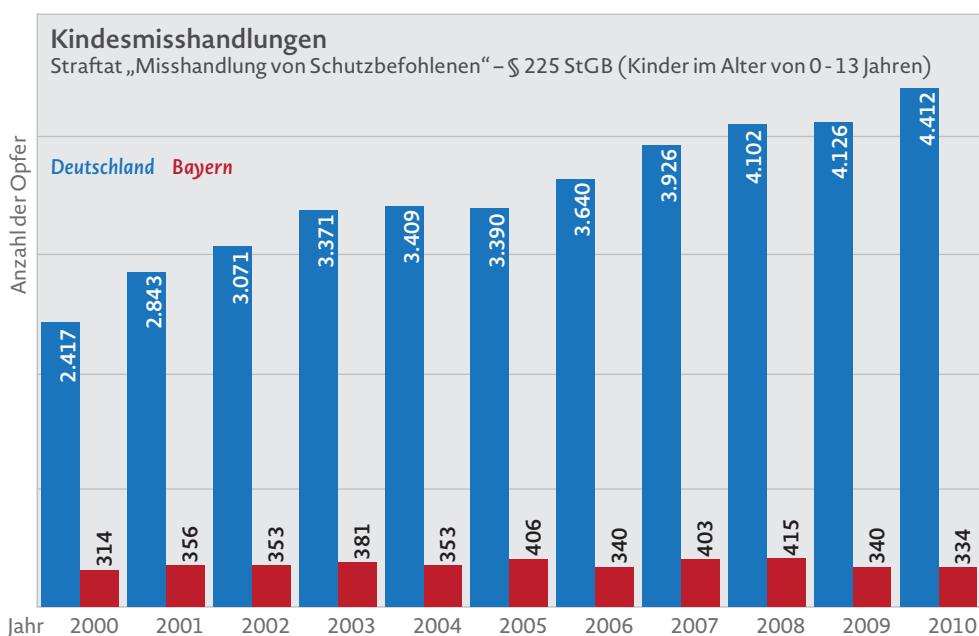
Weite Verbreitung hat die Definition der seelischen Gewalt als „wiederholtes Verhaltensmuster, welches den Kindern [bzw. Jugendlichen] vermittelt, dass sie wertlos, ungeliebt und unerwünscht sowie nur für die Bedürfnisbefriedigung anderer von Nutzen sind“.¹¹ Aufgrund oft verzögert eintretender Folgen dieser Form von Gewalt fällt insbesondere eine Abgrenzung gegenüber bloß unangemessenen oder ungünstigen Formen elterlichen Verhaltens und auch von Formen seelischer Vernachlässigung in der Regel nicht leicht.

HINWEIS:

● Kind ist, wer noch nicht 14 Jahre alt, Jugendlicher, wer 14, aber noch nicht 18 Jahre ist.

1.2. Daten und Fakten

Eine valide Aussage über das gesamte Ausmaß von Kindesmisshandlungen in Deutschland ist mangels verlässlicher und repräsentativer Daten nicht möglich. In der Regel wird auf die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) zurückgegriffen, wobei zu beachten ist, dass in diesem Bereich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss.¹² Die folgenden Ausführungen sollen dazu beitragen, eine gesteigerte Sensibilität zu schaffen, und darauf aufmerksam machen, dass alle Ärztinnen und Ärzte in ihrer praktischen Tätigkeit mit Opfern von Misshandlungen konfrontiert werden können. Am häufigsten treten Kindeswohlgefährdungen in den ersten fünf Lebensjahren auf. Nach wissenschaftlichen Befunden sterben im ersten Lebensjahr mehr Kinder in Folge von Misshandlung als in jedem späteren Alter, 77 % aller misshandlungsbedingten Todesfälle ereignen sich in den ersten 48 Lebensmonaten (siehe auch Kapitel 3).¹³ Besondere Aufmerksamkeit ist deshalb in der frühen Kindheitsphase angezeigt. Übergänge von vagen Hinweisen bis zur akuten Gefährdung sind hier oft besonders abrupt.



Kindesmisshandlungen
in Deutschland und
Bayern 2000–2010

Abbildung 1: Eine Aussage über die tatsächliche Anzahl der Opfer ist aufgrund des Dunkelfeldes nicht möglich. Die in der Tabelle dargestellte Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) enthält die Anzahl der Opfer bei Kindesmisshandlungen in Deutschland/Bayern von 2000 bis 2010 – „Misshandlung von Schutzbefohlenen“ – § 225 StGB (Kinder im Alter von 0 – 13 Jahren). Quelle: Bundeskriminalamt; Polizeiliche Kriminalstatistik; Aufgliederung der Opfer nach Alter und Geschlecht; Zeitreihen ab 1987; Bayerisches Landeskriminalamt; Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern

Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist fast immer eine Wiederholungstat, die sich über einen Zeitraum von vielen Jahren erstrecken und bis ins Erwachsenenleben andauern kann. Wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich Opfer sexueller Gewalt sind, ist nicht bekannt. Auch die PKS kann nur begrenzt Auskunft geben, da von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, dies gilt im Besonderen für männliche Opfer (siehe auch Ziffer 3.2.).¹⁴ Für das Jahr 2010 weist die PKS 11.867 Fälle mit 14.407 Opfern sexueller Gewalt gegen Kinder in Deutschland aus (Bayern: 1.490 Fälle mit 1.773 Opfern). Die Täter sind überwiegend männlichen Geschlechts¹⁵ und kommen meist aus dem familiären und sozialen Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche findet aber auch in institutionellen Einrichtungen statt.¹⁶ Es darf zudem nicht unbeachtet bleiben, dass sexuelle Gewalt auch durch Kinder und Jugendliche selbst ausgeübt wird (siehe unten).

Sexuelle Gewalt

Sexueller Missbrauch von Kindern in Deutschland und Bayern 2000–2010

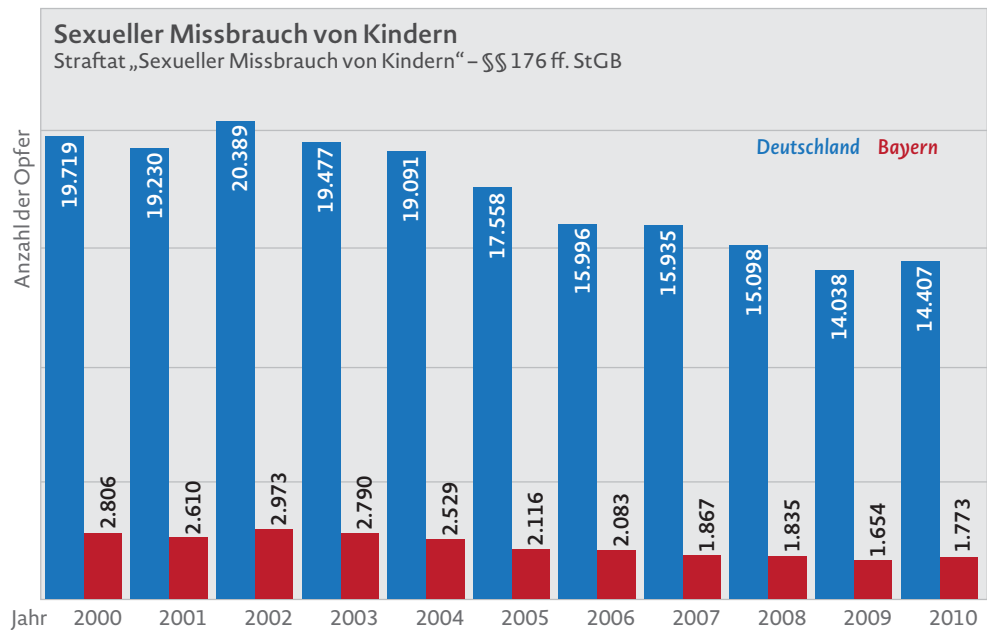


Abbildung 2: Eine Aussage über die tatsächliche Anzahl der Opfer ist aufgrund des Dunkelfeldes nicht möglich. Die in der Tabelle dargestellte Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) enthält die Anzahl der Opfer bei sexuellem Missbrauch von Kindern in Deutschland/Bayern – §§ 176 ff. StGB. Quelle: Bundeskriminalamt; Polizeiliche Kriminalstatistik; Aufgliederung der Opfer nach Alter und Geschlecht; Zeitreihen ab 1987; Bayerisches Landeskriminalamt; Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern

Vernachlässigung

Schätzungsweise 5 % aller Kinder in Deutschland wachsen in Lebensverhältnissen auf, in denen ein Risiko für Vernachlässigung besteht, das sind circa 30.000 Kinder jedes Geburtsjahrgangs.¹⁷ Leichtere Formen von Vernachlässigung gehen schweren Formen von Kindesmisshandlung häufig voraus. Vernachlässigung ist dabei oft Folge von Nichtwissen, Überforderung oder Unfähigkeit von Personensorgeberechtigten, angemessen auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen einzugehen.¹⁸

Vernachlässigung ist das zentrale Risiko für Kinder in der frühen Kindheit. Je jünger die Kinder sind, umso stärker und unmittelbarer schlagen die Wirkungen durch. Für Säuglinge und Kleinkinder kann Vernachlässigung schnell lebensbedrohliche Formen annehmen (z. B. bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr).¹⁹ Auch die besondere Entwicklungsdynamik in der frühen Kindheitsphase mit ihren schnell ablaufenden Reifungs-, Lern- und Anpassungsprozessen muss berücksichtigt werden. Defizite in der Eltern-Kind-Beziehung und daraus resultierende unzureichende Unterstützung des Kindes haben erhebliche negative Auswirkungen auf seine gesamte weitere Entwicklung, insbesondere was Stresstoleranz, Bindungs- und Bildungsfähigkeit anbelangt.²⁰

Aber auch bei älteren Kindern und bei Jugendlichen sind Fälle von Vernachlässigung ernst zu nehmen. Besonderes Augenmerk ist in dieser Phase auch auf selbstgefährdende Verhaltensweisen (z. B. Suchtmittelmissbrauch, gestörtes Essverhalten) zu legen, die erhebliche Auswirkungen auf die körperliche und psychische Unversehrtheit haben können. Besorgniserregend ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit akuten und schweren Alkoholvergiftungen. So wurden in Bayern im Jahr 2010 insgesamt 5.681 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10 bis 19 Jahren aufgrund von akuten Alkoholvergiftungen im Krankenhaus behandelt.²¹ Vernachlässigung liegt in diesen Fällen vor, wenn Eltern entsprechende Gefährdungslagen nicht ernst nehmen und ihrer Elternverantwortung nicht nachkommen, obwohl bei weiterem ungehinderten Verlauf vorhersehbar erhebliche Beeinträchtigungen der physischen und/oder der psychischen Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen zu befürchten sind.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche wird auch von Kindern und Jugendlichen selbst ausgeübt. Eine verbreitete Form ist dabei das Mobbing bzw. Bullying.²² Dieses ist ein Gruppenphänomen, das auf dem Missbrauch sozialer Macht beruht und oft im schulischen Umfeld beobachtet werden kann, wo sich die Betroffenen einer Gruppe schwer entziehen können (siehe auch Ziffer 3.4.2.3.).²³ Verschärft wird die Problematik, wenn die Neuen Medien als Mittel der Schikane eingesetzt werden (Cyber-Mobbing bzw. Cyber-Bullying; weiterführende Informationen hierzu siehe Ziffer 1.4.).

Kinder und Jugendliche als Täter

Das Problem sexuell übergriffiger Kinder und Jugendlicher rückt zunehmend in das öffentliche Bewusstsein. Eine Schwierigkeit bei der Erfassung von sexuell aggressivem Verhalten besteht darin, missbräuchliche von experimentellen sexuellen Handlungen zu unterscheiden (siehe auch Ziffer 3.2.1.). Laut PKS waren im Jahr 2010 bundesweit 23,9 % der erfassten Tatverdächtigen wegen Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter 21 Jahre alt (8.065), darunter 4 % Kinder (1.345) und 11,9 % Jugendliche (4.023).²⁴

HINWEIS:

• Zur Thematik sexualisierte Gewalt unter Kindern und Jugendlichen, Ursachen und Folgen hat das Universitätsklinikum Ulm im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) eine Expertise erstellt, die am 27. Oktober 2011 auf einem landesweiten Fachtag vorgestellt und mit Experten aus der Praxis diskutiert wurde. Aus den Erkenntnissen des Fachtages wurden konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis entwickelt. Ein weiteres Ergebnis des Fachtages ist eine Fortbildungsinitiative, die das StMAS gemeinsam mit der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. und dem Institut zur Prävention von sexuellem Missbrauch „AMYNA e. V.“ durchführt. Ziel ist, vor allem Kinder und Jugendliche zu stärken, Eltern zu unterstützen und Fachkräfte im Umgang mit dieser schwierigen und sensiblen Materie weiter zu qualifizieren. Die Expertise sowie weitere Informationen hierzu sind abrufbar unter www.stmas.bayern.de/jugend/gewalt.

Die Ursachen für die Entstehung von Kinder- und Jugendgewalt sind vielschichtig. Erlebte Gewalt im sozialen Nahraum, fehlende Bindungsentwicklung und Frustration, schulische Misserfolge, Aufwachsen in prekären Lebensverhältnissen etc. sind Faktoren, die das Verhalten wesentlich prägen. Auch mediale Gewaltdarstellungen können ein negatives Wirkungsrisiko bedeuten. Eine besondere Rolle kommt dabei den Neuen Medien zu.²⁵ Insbesondere das Internet bietet umfassende Möglichkeiten des Zugriffs auf pornografische sowie gewalthaltige bis hin zu gewaltverherrlichenden Inhalten. Oft werden hier Kinder und Jugendliche ungefiltert mit Gewalt und sexuellen Inhalten konfrontiert (siehe auch Ziffer 1.4.). Die Wirkungen können zwar nicht generalisierbar und monokausal erklärt werden, da von komplexen Wirkungszusammenhängen auszugehen ist, bei denen vor allem auch die Persönlichkeit und andere Umwelteinflüsse entscheidend sind. Fakt ist allerdings, dass die dauerhafte Rezeption gewaltverherrlichender, gewalthaltiger und pornografischer Inhalte die kognitiven Strukturen der Nutzer beeinflusst.²⁶ Es besteht insbesondere die Gefahr, dass Kinder und Jugendliche „abstumpfen“ (Stilisierung medialer Vorbilder zur „Normalität“, Desensibilisierung emotionaler Prozesse etc.), wenn sie gewohnheitsmäßig aggressive Inhalte konsumieren. Realistisch empfundene Gewaltdarstellungen entfalten dabei größere Wirkungen.²⁷

Erklärungsansätze für Gewalt unter Kindern und Jugendlichen

Weiterführende Informationen zum Thema Gewalt unter Kindern und Jugendlichen sind insbesondere unter www.stmas.bayern.de/jugend/gewalt sowie bei der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. unter www.bayern.jugendschutz.de abrufbar.

1.3. Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren

Mögliche Ursachen für Kindesmisshandlungen

Die Ursachen für Kindesmisshandlungen sind vielfältig, zahlreiche Faktoren können dabei eine Rolle spielen. Es handelt sich oft um vielschichtige Prozesse mit einem komplexen Zusammenspiel von Faktoren beim Kind, den Eltern samt familiärem Kontext sowie weiteren unterschiedlichen sozialen, psychologischen, ökonomischen, kulturellen und anderen Faktoren. Solche sind insbesondere:²⁸

- **Individuelle Ebene:** Merkmale der eigenen Biografie und Persönlichkeit (z. B. belastete Kindheit, eigene Misshandlungserfahrungen, psychische Störungen).
- **Familiäre Ebene:** soziale und wirtschaftliche Belastungen von Familien (z. B. Partnergewalt, Arbeitslosigkeit, gestörte Eltern-Kind-Beziehung).

HINWEIS:

• In Fällen gewalttätiger Partnerschaftskonflikte besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch im Haushalt lebende Kinder misshandelt werden. Auch wenn Kinder nicht unmittelbar von diesen Gewalttätigkeiten betroffen sind, so sind sie doch als Opfer zu sehen. Weiterführende Informationen zum Thema häusliche Gewalt gegen Partner, zum Gewaltschutzgesetz sowie zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten siehe auch www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie.

- **Soziale/kommunale Ebene:** z. B. fehlendes sozial unterstützendes Netzwerk der Familie, Kriminalitätsrate in der Gemeinde, sozialer Brennpunkt.
- **Gesellschaftlich-kulturelle Ebene:** z. B. hohe Armutsquote, Toleranz gegenüber aggressiven/gewaltförmigen Konfliktlösungen oder Erziehungsgewalt (je nach ethnischer Herkunft gehört Gewalt in der Familie leider nach wie vor zu teilweise gängigen und akzeptierten Verhaltensmustern), Macht- und Beziehungsgefälle zwischen den Geschlechtern, grenzenloses und inflationäres Angebot gewalthaltiger und pornografischer Darstellungen in den Medien.

HINWEIS:

• Eine besonders schwere Form ritualisierter Gewalt, basierend auf ethnischen Hintergründen, stellt die Genitalverstümmelung dar. Diese verletzt elementare Menschenrechte, vor allem das Recht auf Gesundheit und Schutz der körperlichen Unversehrtheit. Obwohl die Genitalverstümmelung deshalb heute weltweit als Menschenrechtsverletzung geächtet ist, sind dennoch jedes Jahr viele Mädchen vorwiegend in Afrika in Gefahr, Opfer der Verstümmelung zu werden. Alle Formen der Praktik sind irreversibel und können zu weiteren schweren physischen und psychischen Schäden führen. Siehe hierzu insbesondere www.taskforcefgm.de und www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/menschenrechte/frauenrechte/arbeitsfelder_und_instrumente/genitalverstuemmung.

Innerhalb dieser Ebenen und auch zwischen diesen bestehen zahlreiche Wechselwirkungen, bei denen spezifische Faktoren sowie deren Kombinationen im Gesamtkontext die Wahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlungen erhöhen oder auch reduzieren können. Im Rahmen von Risikoeinschätzungen und diagnostischen Maßnahmen ist deshalb neben der Berücksichtigung von Risikofaktoren auch das Vorhandensein bzw. Fehlen von Schutzfaktoren und Ressourcen ein wichtiges Kriterium.

Besonders wichtig für Prävention, Beratung und Therapie ist es, Risiko- und Schutzfaktoren rechtzeitig zu erkennen, damit Risikofaktoren minimiert und Schutzfaktoren gestärkt werden können. Es gibt dabei eine Vielzahl möglicher Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Faktoren. Dies rechtzeitig zu erkennen und adäquat im Sinne des Kindeswohls zu handeln ist die zentrale Herausforderung interdisziplinärer Zusammenarbeit und ist deshalb auch eine der Hauptaufgaben des KoKi-Netzwerkes frühe Kindheit (siehe Ziffer 2.4.2.).

Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren, die eine positive und gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefährden, sind insbesondere:²⁹

Risikofaktoren

- **Kindbezogene Risikofaktoren:** z. B. Alter und Geschlecht, verzögerter Entwicklungsstand, Erkrankungen, Regulations- und Verhaltensstörungen, Behinderung.
- **Familiäre und soziale Risikofaktoren:** z. B. chronische Disharmonie in der Familie wie Partnerkonflikte, Partnerschaftsgewalt, Trennung, Scheidung etc., niedriger sozioökonomischer Status, sozioökonomische Belastungen wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Überschuldungssituation, schlechte Wohnverhältnisse etc.
- **Elterliche Risikofaktoren:** z. B. sehr junge Eltern, alleinerziehender Elternteil, starke berufliche Anspannung, schwere Erkrankungen, mangelndes Wissen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, belastete eigene Kindheit, eigene Misshandlungserfahrungen, psychische Störungen wie z. B. Depressionen, Angst-/Persönlichkeitsstörungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, mangelnde Problemlöse-/Stressbewältigungskompetenzen, Beziehungsabbrüche, Kriminalität.
- **Störung der Eltern-Kind-Beziehung:** z. B. eingeschränkte elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen etwa durch mangelnde/fehlende positive Beziehungsvorerfahrungen, Hinweise auf elterliche Ablehnung oder Desinteresse gegenüber dem Kind etc.

Oft wirken mehrere Risikofaktoren zusammen. Dabei ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Zunahme der Faktoren und der Intensität kindlicher Verhaltensprobleme festzustellen. Die möglichen Auswirkungen von Risikofaktoren dürfen auch nicht getrennt von den „kompensatorischen“ Schutzfaktoren bewertet werden, die die Folgen von Risikofaktoren mildern oder sogar aufheben können.³⁰ Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen entsteht beispielsweise oft nicht aus extremen und unerwartet eintretenden Belastungssituationen, sie entwickelt sich vielmehr aus der „Normalität von Familien, die in Belastungssituationen hineingeraten, ohne rechtzeitig und angemessen hierauf Lösungsmöglichkeiten entwickeln zu können“.³¹

Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche sind insbesondere:³²

Schutzfaktoren

- **Kindbezogene Ressourcen:** z. B. überdurchschnittliche Intelligenz, spezielle Talente, Selbstvertrauen und positives Selbstwertgefühl, robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament, optimistische Lebenseinstellung, aktives Bewältigungsverhalten, konstruktive Problemlösestrategien, Selbsthilfefertigkeiten wie z. B. Wissen um soziale Unterstützung bei Problemen, Fähigkeit, sich psychisch und räumlich von ungünstigen Einflüssen zu distanzieren.
- **Familiäre Ressourcen:** z. B. verlässliche und sichere Bezugs- und Bindungsperson (Eltern, Großeltern etc.), familiärer Zusammenhalt, positives Bewältigungsverhalten innerhalb der Familie in Bezug auf Probleme/Krankheiten etc.
- **Soziale Ressourcen:** z. B. positives soziales Netzwerk (Sportverein, Freizeitgruppen, Kindertagesstätte, Schule etc.), verlässliche unterstützende Freundschaften und Beziehungen, soziale Unterstützung (z. B. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe), Qualität der Schule als soziale Institution mit positiven Schulerfahrungen des Kindes oder Jugendlichen.

Zur Reduzierung von Risikofaktoren und zur Stärkung von Schutzfaktoren bedarf es differenzierter Angebote je nach Alter des Kindes.

Beispiel: Unterstützung von Eltern mit Schreibabys

Wenn Säuglinge ohne erkennbaren Grund in den ersten Monaten nach der Geburt stundenlang schreien und eine medizinische Ursache ausgeschlossen ist, liegen die Gründe hierfür oft in vorübergehenden Anpassungsproblemen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Ursachen können aber auch soziale, psychische und körperliche Belastungsfaktoren sein. Das unstillbare Schreien bringt eine erhebliche Belastung für die entstehende Eltern-Kind-Beziehung mit sich. Hier ist die frühzeitige Unterstützung der Eltern besonders wichtig.

HINWEIS:

● Aufklärung darüber, wie gefährlich falsche Reaktionen, insbesondere das Schütteln eines Babys sind (siehe hierzu Ziffer 3.1.2.5.), sollte bereits während der Schwangerschaft durch Fachärzte für Frauenheilkunde und durch die betreuende Hebamme bzw. den Entbindungspfleger erfolgen. Wichtige Anlaufstellen zur Diagnose und Behandlung von Schreibabys sind vor allem Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendärzte sowie Allgemeinärzte. Ergänzend zu den medizinischen Angeboten wurden in Bayern seit 2008 an 46 Standorten spezielle Beratungsangebote für Eltern mit Schreibabys geschaffen. Hier erhalten Eltern wohnortnah, schnell und effektiv Hilfe. Häufig ist auch die Vermittlung zusätzlicher Hilfen, beispielsweise bei der Kinderbetreuung, oder die Weitervermittlung zu spezieller ärztlicher Betreuung notwendig.

Weiterführende Informationen:

- Ansprechpartner bei Regulationsstörungen generell: Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Kinder- und Jugendärzte.
- Eine Übersicht zu einzelnen Beratungsstandorten für Eltern mit Schreibabys sowie weitere Informationen hierzu sind unter www.familienbildung.bayern.de (Stichwort: Schreibabys) sowie www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/schuetteltrauma abrufbar.
- Wichtige Anlaufstellen zu Auskunft und Vermittlung hilfreicher Angebote sind insbesondere die KoKis (www.koki.bayern.de).
- Die regionalen Erziehungsberatungsstellen sowie weitere Informationen hierzu sind unter folgenden Adressen zu finden: www.lag-bayern.de/erziehungsberatung/beratungsstellen sowie www.erziehungsberatung.bayern.de.
- Ansprechpartner zum rechtzeitigen Erkennen von Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen sind ferner Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrische Zentren. Informationen zur Frühförderung in Bayern sind abrufbar unter www.stmas.bayern.de/teilhabe/fruehfoerd.

1.4. Gewalt in den Neuen Medien

Die Lebenswelt sowie die Wertvorstellungen, Überzeugungen und das Verhalten werden heutzutage von den Neuen Medien stark beeinflusst, dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche. Haushalte, in denen Kinder und Jugendliche heute aufwachsen, sind nahezu vollständig mit Computern und Internet ausgestattet.³³



Vertiefende Informationen zu den Themen Medien, Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen sowie Medienerziehung stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/23.php).

Der leichte Zugang zu für Kinder und Jugendliche ungeeigneten und mitunter stark gefährdenden Angeboten in den Neuen Medien ist problematisch (z. B. Gewaltdarstellungen, insbesondere sexualisierte Gewalt, Darstellungen von Autoaggressionen, Verherrlichung von gestörtem Essverhalten und anderen Formen selbstgefährdenden Verhaltens, Persönlichkeitsverletzungen, Missbrauch etc.). Insbesondere über das Internet können Kinder und Jugendliche schnell und mühelos, gewollt und auch ungewollt³⁴ mit gefährdenden Inhalten in Kontakt kommen. Hier kommt es auch zu sexuellen Belästigungen und Übergriffen bis hin zur Anbahnung eines realen sexuellen Missbrauchs. Eine der perfidesten Formen von Gewaltverherrlichung und des Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen stellt die Kinderpornografie dar.

Die schnelle und meist unwiderrufliche Verbreitung von Gewalt über die Neuen Medien ist sehr ernst zu nehmen. Durch ihr Kommunikationsverhalten sind Kinder und Jugendliche zunehmend in die Produktion und Verbreitung problematischer Inhalte eingebunden und werden dabei teilweise selbst zu Aggressoren, die Verleumdungen, Beleidigungen, Rufschädigungen etc. begehen.³⁵

Gewalt in und über die Neuen Medien wird von Kindern und Jugendlichen überwiegend als psychische Gewalt wahrgenommen.³⁶ Befunde zeigen, dass insbesondere echte, extreme und brutale Gewalt bei Kindern und Jugendlichen starke emotionale Reaktionen (z. B. Ekel, Schock, Alpträume) auslöst und damit zumindest kurzfristig ihr Wohlergehen beeinträchtigen kann. Bestimmte mediale Gewaltdarstellungen können zudem im Einzelfall auch gewaltsteigernde Wirkung haben (siehe hierzu auch Ziffer 1.2.). Gewalt in den Medien kann für Kinder und Jugendliche insbesondere dann gravierende emotionale, psychische und soziale Folgen haben, wenn sie selbst Opfer von verbreiteten Gewaltszenen sind. Insbesondere beim sog. Happy Slapping gehen dabei Gewalt in den Medien (z. B. Prügelvideos) und Gewalt via Medien (durch Weiterverbreitung der Videos wird das Opfer der realen Gewalt sichtbar, kann als Opfer stigmatisiert werden und wird dadurch weiter geschädigt) ineinander über.³⁷

Beim Happy Slapping werden bekannte oder unbekannte Personen angegriffen, geschlagen und/oder gedemütigt. Dies wird gleichzeitig mit dem Handy gefilmt und anschließend ins Internet gestellt. Der Begriff des „Happy Slapping ist auf zynische Weise verharmlosend“ und „suggeriert, dass es sich bei den gefilmten Gewalttaten aus Sicht des Täters lediglich um lustige Scherze handelt“. In Wirklichkeit handelt es sich um erhebliche Straftaten (z. B. einfache oder gefährliche Körperverletzung, Nötigung, Freiheitsberaubung oder Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung).³⁸

Gefährdungspotenziale

Mögliche Wirkungen medialer Gewalt

„Happy Slapping“

Mobbing/ Cyber-Mobbing

Ein ernstes und zunehmendes Problem sind Beleidigungen und Mobbing über die Neuen Medien z. B. in Form von abwertenden Kommentaren, Belästigungen, bloßstellenden Videos (sog. Cyber-Mobbing bzw. Cyber-Bullying³⁹). Dabei kommen die unterschiedlichsten Medien zum Einsatz (z. B. Internet, E-Mails, Soziale Netzwerke, Chats, Videos auf Portalen etc.). Die scheinbare Anonymität des Netzes senkt die Hemmschwelle für Täter. Cyber-Mobbing geht in der Regel von Personen aus dem Umfeld der Opfer aus (z. B. Schule, Wohnviertel, ethnische Community).⁴⁰

Durch (Cyber-) Mobbing wird die Lebensqualität der Betroffenen maßgeblich beeinträchtigt. Negative Auswirkungen sind dabei auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche festzustellen, insbesondere das psychische und das physische Wohl können erheblich in Mitleidenschaft gezogen werden (z. B. Konzentrationschwierigkeiten, schwerwiegende Angststörungen, Depressionen, Suizidgedanken etc.). Vor allem die unbeschränkte Verbreitung in den Neuen Medien und der nicht vorhandene Einfluss hierauf sind für die Betroffenen außerordentlich belastend.⁴¹



Vertiefende Informationen zu den Themen Mobbing und Cyber-Mobbing sowie zu Ansprechpartnern und Beratungsangeboten stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/24a.php).

Gefährdende Kontakte Cyber-Grooming

In nahezu allen Kommunikationsangeboten moderner Medien (z. B. über Foren, Chat-Räume etc.) besteht das Risiko problematischer bzw. gefährlicher Kontakte. Die größte Gefahr bei der Online-Kommunikation stellen sexuelle Übergriffe dar, die bis zur Anbahnung eines realen sexuellen Missbrauchs gehen können (sog. Cyber-Grooming, siehe auch Ziffer 3.2.2.). Nicht selten suchen z. B. erwachsene „Chatter“ gezielt nach minderjährigen Opfern. Sie geben sich in Chats oder Online-Communitys gegenüber Kindern und Jugendlichen als gleichaltrig aus, um sich so ihr Vertrauen zu erschleichen; meist mit dem Ziel, sich in der realen Welt mit ihnen zu treffen, um sie zu missbrauchen.⁴²



Vertiefende Informationen hierzu stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/24b.php).

Weiterführende Informationen rund um die Themen Medien, Mediennutzung und Medienerziehung und andere wichtige Bereiche des Jugendschutzes wie Gewaltprävention etc. sind insbesondere unter folgenden Links abrufbar:

- StMAS: www.was-spielt-mein-kind.de (bayernweite Internetplattform, auf der Informationen und Angebote rund um die Themen Medien, Mediennutzung und Stärkung der Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen, Eltern, Fachkräften und anderen Multiplikatoren als Navigationsseite gesammelt werden, insbesondere auch weiterführende Links zu Angeboten in Schulen, der Bayerischen Landeszentrale für neue Medien [BLM], des JFF - Institut für Medienpädagogik in Forschung und Praxis etc.) sowie www.jugendschutz.bayern.de.
- StMAS: www.stmas.bayern.de/jugend/gewalt (dort auch Überblick zu Ansprechpartnern und Unterstützungsangeboten zur Gewaltprävention in Bayern sowie weiterführende Links).
- Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V.: www.bayern.jugendschutz.de.
- www.jugendschutz.net sowie www.chatten-ohne-risiko.net: Wichtige Hinweise zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellen Übergriffen und Pornografie, aber auch vor anderen Gefahren im Internet. Weiterführende Informationen, Sicherheitstipps und konkrete Bewertungen einzelner Angebote enthält unter anderem die Broschüre „Chatten ohne Risiko? Sicher kommunizieren in Chat, Messenger und Community“ (www.jugendschutz.net/pdf/chatten_ohne_Risiko.pdf).
- Verstöße und Übergriffe melden: z. B. bei hotline@jugendschutz.net.

Fußnoten

- 1 Siehe Glossar des Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs unter <http://beauftragter-missbrauch.de/course/view.php?id=18>. Diese Definition ist Grundlage für den Leitfaden, stimmt allerdings nicht mit der strafrechtlichen Definition überein.
- 2 Zur sexuellen Gewalt siehe auch Abschlussbericht des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“, (BT-Drs. 17/8117), S. 3, 8.
- 3 Deegener/Körner, Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, S. 325; vgl. ferner Kindler in DJI Handbuch „Kindeswohlgefährdung“, 5 – 1.
- 4 BLJA, Schützen – Helfen – Begleiten, S. 18 f.
- 5 Es gibt enge und weite Definitionen sexueller Gewalt. „Enge“ Definitionen umfassen vor allem Handlungen mit einem eindeutig als „sexuell“ identifizierten Körperkontakt zwischen Täter bzw. Täterin und Betroffenen. Unter „weite“ Definitionen fallen dagegen sämtliche als schädlich angesehene sexuelle Handlungen, also auch solche ohne oder mit indirektem Körperkontakt (z. B. Exhibitionismus, Zeigen von pornografischen Abbildungen); siehe Abschlussbericht des Runden Tisches aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 7.
- 6 Unterstaller in DJI Handbuch „Kindeswohlgefährdung“ S. 6 – 3; vgl. auch Deegener/Körner, aaO, S. 328. Bei Kindern ist generell davon auszugehen, dass sie aufgrund ihrer kognitiven, emotionalen und psychosexuellen Entwicklung zu einem wissentlichen Einverständnis zu sexuellen Kontakten noch nicht fähig sind, siehe auch BLJA, Schützen – Helfen – Begleiten, S. 21 sowie Abschlussbericht des Runden Tisches, aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 7.
- 7 Unterstaller in DJI Handbuch „Kindeswohlgefährdung“ S. 6 – 3; vgl. auch Deegener/Körner, aaO, S. 328; BLJA, Schützen – Helfen – Begleiten, S. 21 ff.
- 8 Abschlussbericht des Runden Tisches, aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 7.
- 9 Kindler in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 96 sowie in DJI Handbuch „Kindeswohlgefährdung“, 3 – 1; ferner Deegener/Körner, aaO, S. 81. und 328 ff.
- 10 Deegener/Körner aaO S. 81 f.; siehe auch BLJA, Schützen – Helfen – Begleiten, S. 16 ff.
- 11 Deegener/Körner aaO, S. 109 ff. sowie Kindler in DJI Handbuch „Kindeswohlgefährdung“, 4 – 1.
- 12 Siehe auch Fegert/Ziegenhain u. a., Guter Start ins Kinderleben, Werkbuch Vernetzung, S. 29; ferner Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Modellprojekte in den Ländern, Zusammenfassende Ergebnisdarstellung, 2010, S. 9 ff. Insbesondere bei Sexualdelikten gegen Kinder und Jugendliche ist von einem ausgeprägten Dunkelfeld auszugehen. Siehe auch Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Bergmann, 2011, S. 95 sowie Abschlussbericht des DJI „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen“, 2011, S. 38 ff.
- 13 Ostler/Ziegenhain in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 67 ff. sowie Ziegenhain in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 120 ff.; ferner Fegert, Vortrag bei Bayer. Landeskinderschutzkonferenz 2007, www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/konferenz.php#landesweit.
- 14 Siehe auch Abschlussbericht des Runden Tisches, aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 7 ff. In der PKS werden nur Fälle erfasst, die zur Anzeige gebracht oder polizeilich als Verdachtsfall registriert wurden (sog. „Hellfeld“). Von einer weitaus höheren Dunkelziffer ist auszugehen. Mehr als die Hälfte aller bekannt gewordenen Fälle aus der PKS geschehen unter Verwandten oder im unmittelbaren Umfeld. Betroffen sind hier überwiegend Mädchen. Hinzu kommen Übergriffe in Institutionen, siehe Abschlussbericht, aaO, S. 8.

- 15 Im Abschlussbericht des Runden Tisches, aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 3 wird festgestellt, dass nach den verfügbaren Statistiken in über 90 % der Fälle sexuelle Übergriffe und Grenzverletzungen durch Männer stattfinden. Wenn im Folgenden von „Tätern“ gesprochen wird, orientiert sich dies deshalb am bislang anzunehmenden Regelfall und soll nicht verschweigen, dass auch Mädchen und Frauen sexualisierte Gewalt ausüben, siehe Abschlussbericht, aaO, S. 3.
- 16 Mehr als die Hälfte aller bekannt gewordenen Fälle aus der PKS geschehen nach den Erkenntnissen des Abschlussberichts des Runden Tisches unter Verwandten oder im unmittelbaren Umfeld. Betroffen sind hier überwiegend Mädchen. Hinzu kommen Übergriffe in Institutionen, siehe Abschlussbericht, aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 3, 7f. Vgl. auch Abschlussbericht Frau Dr. Bergmann, aaO, S. 99 ff. sowie Abschlussbericht DJI, aaO, S. 38 ff.
- 17 www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.4640.5168.5232.5233. Esser und Weinel (1990) schätzen, dass etwa 5 – 10 % aller in Deutschland lebenden Kinder bis zum Alter von sechs Jahren von Vernachlässigung betroffen sind, siehe auch Nationales Zentrum Frühe Hilfen aaO, S. 8 f.
- 18 Schone in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 53.
- 19 Schone sowie Ziegenhain in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 52 ff. bzw. S. 68, 120 f.
- 20 Siehe auch BMFSFJ, 13. Kinder- und Jugendbericht, 2009, S. 82 ff. Ferner Brisch, Bindung, Angst und Aggression, S. 273 ff.; Schone sowie Ostler/Ziegenhain in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 52 ff. sowie S. 70 ff. sowie Sunderland, Die neue Elternschule, S. 16 ff., 31.
- 21 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, KH-Bayern, Berichtsjahr 2010.
- 22 Mobbing und Bullying werden oft als synonyme Begriffe verwendet, so auch hier. Z.T. wird bei den Begriffen aber auch eine Differenzierung dahingehend vorgenommen, dass (Cyber-)Bullying nur dann verwendet wird, wenn es sich um Schikanen im Schulbereich handelt und der Begriff Mobbing für die Schikanen im Arbeitsbereich verwendet wird; siehe Kolodej, Medien - Ethik – Gewalt, S. 94.
- 23 Ein Schüler oder eine Schülerin wird gemobbt, wenn er oder sie „wiederholte Male und über einen längeren Zeitraum negativen Handlungen von einem oder mehreren Individuen ausgesetzt ist.“ vgl. Olweus, Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können, S. 22; siehe auch Kolodej in Medien – Ethik – Gewalt, S. 93 f.
- 24 Allroggen/Spröber/Rau/Fegert, Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen, Ursachen und Folgen, Expertise des Universitätsklinikums Ulm im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, S. 6 f. Die Forschungslage in Bezug auf sexualisierte Gewalt unter Kindern und Jugendlichen ist ausgesprochen dünn. Siehe hierzu auch Abschlussbericht des Runden Tisches, aaO, BT-Drs. 17/8117, S. 20 f. Von einer hohen Dunkelziffer ist insbesondere bei Sexualdelikten von Kindern und Jugendlichen auszugehen, so wird geschätzt, dass nur 50 % der Jugendlichen überhaupt von erlebten sexuellen Übergriffen berichten und nur 6 % der erlebten Taten gegenüber Behörden gemeldet werden; siehe Allroggen/Spröber/Rau/Fegert, aaO, S. 10, www.stmas.bayern.de/jugend/gewalt/paedagogik.
- 25 Siehe Grimm in Medien – Ethik – Gewalt, S. 21f.
- 26 Siehe Grimm sowie Volpers in Medien – Ethik – Gewalt, S. 21 f. bzw. S. 75; ferner Allroggen/Spröber/Rau/Fegert, Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen, Ursachen und Folgen, Expertise des Universitätsklinikums Ulm im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, S. 29 ff., 33.
- 27 Siehe Allroggen/Spröber/Rau/Fegert, Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen, Ursachen und Folgen, Expertise des Universitätsklinikums Ulm im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, S. 29 ff., 33; ferner Grimm sowie Volpers in Medien – Ethik – Gewalt, S. 21f. bzw. S. 75.

- 28 Siehe hierzu Deegener/Körner, aaO, S.19 ff.; ferner BMFSFJ, 13. Kinder- und Jugendbericht, 2009, S. 63 ff. sowie Wolff, Schone sowie Ziegenhain in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung; S. 45 ff., S. 52 ff. sowie S. 120 f.
- 29 Deegener/Körner, aaO, S. 24 ff.; weitere Beispiele siehe dort; ferner Fegert in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 198 f.
- 30 Siehe insbesondere Deegener/Körner, aaO, S. 25 f., 30 sowie Fegert in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 198 f.
- 31 Schone in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 52 ff., 54.
- 32 Siehe insbesondere Deegener/Körner, aaO, S. 30 ff., dort mit weiteren Beispielen.
- 33 Neue Medien wie Computer, Handy, Internet, virtuelle Netzwerke etc. sind längst alltägliche Realität, mit denen Kinder und Jugendliche ganz selbstverständlich aufwachsen. Die aktuellen repräsentativen Studien des Medienpädagogischen Forschungsverbundes – JIM-Studie 2011 sowie KIM-Studie 2010 zeigen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland in ihrem Haushalt Zugang zu den Neuen Medien haben (unter anderem mittlerweile nahezu flächendeckende Ausstattung mit Handys sowie Zugang zum Internet).
- 34 So gaben in einer deutschen Studie 38 % der befragten Jugendlichen (N = 1700; Altersspanne: 10 – 19 Jahre) an, dass sie im Internet gegen ihren Willen nach sexuellen Themen gefragt wurden, 25 % wurden nach dem eigenen Aussehen bzw. nach eigenen sexuellen Erfahrungen gefragt, 11 % wurden um Nacktfotos gebeten, 5 % erhielten Pornofilme zugeschickt und 8 % wurden vor der Webcam zu sexuellen Handlungen aufgefordert. Siehe hierzu Allroggen/Spröber/Rau/Fegert, Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen, Ursachen und Folgen, Expertise des Universitätsklinikums Ulm im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, S. 30.
- 35 Siehe auch Volpers in Medien – Ethik – Gewalt, 72 f.
- 36 Grimm in Medien – Ethik – Gewalt, S. 16
- 37 Grimm in Medien – Ethik – Gewalt, S. 19 ff., 21 f.
- 38 DJI, Thema 2007/08: Tatort Internet – Sexuelle Gewalt in den neuen Medien, www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=752&Jump1=LINKS&Jump2=40. Ausführliche Informationen zur Thematik und dem richtigen Umgang hiermit gibt die Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V., siehe hierzu www.bayern.jugendschutz.de sowie insbesondere www.bayern.jugendschutz.de/kinderundinternet/detail.aspx?a=Risiko-Web-2.0&rid=71&ID=3858.
- 39 Zu den Begrifflichkeiten siehe Fn. 22. Cyber-Mobbing und Cyber-Bullying werden im Leitfaden als synonyme Begriffe verwendet.
- 40 Siehe hierzu sowie weitere Informationen: www.klicksafe.de/themen/kommunizieren/cyber-mobbing; ferner JIM-Studie 2011, S. 39 und 60 ff. sowie Hassemer/Höhler in proJugend der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V., „Generation Web 2.0 – Herausforderungen für den Jugendschutz“, Nr. 2/2009, S. 16 ff.
- 41 Grimm sowie Kolodej in Medien – Ethik – Gewalt, S. 27 bzw. S. 95 ff.
- 42 Siehe hierzu www.klicksafe.de/themen/kommunizieren/cyber-mobbing/cyber-mobbing-was-ist-das sowie Knierim in proJugend der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V.; Ausgabe Nr. 4/2010 „Da hat sich was verändert... Jugend, Medien, Pornografie“; S. 9 ff., ferner jugendschutz.net, Broschüre „Chatten ohne Risiko“, S. 8 ff. sowie unter www.jugendschutz.net.



2. Erkennen und Handeln – Kinderschutz braucht starke Netze

Isabella Gold

Die optimale Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sowie die Gewährleistung eines effektiven Kinderschutzes können nur in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung gelingen. Alle Professionen und Fachkräfte, die unmittelbar mit Kindern, Jugendlichen und Familien zu tun haben, sowie jeder Einzelne sind gefragt, Signale familiärer Überforderungssituationen bzw. Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu handeln. Ziel des Leitfadens ist es, speziell für Ärztinnen und Ärzte konkrete Hilfestellungen hierfür zu geben.

Zielsetzung des Leitfadens

2.1. Elementare Handlungsgrundsätze

Die elementaren Handlungsgrundsätze zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes sind in Art. 6 Grundgesetz (GG) verfassungsrechtlich verankert: „Pflege und Erziehung von Kindern sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“ (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG, staatliches Wächteramt). Daraus ergeben sich folgende elementare Handlungsgrundsätze, die auch in zahlreichen gesetzlichen Regelungen fixiert sind (z. B. §§ 1, 8a SGB VIII; § 1666 BGB, Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG):

Spannungsverhältnis Elternrecht – Kinderrecht

Die grundsätzlich vorrangige elterliche Verantwortung bei der Erziehung ihrer Kinder ist zu beachten. Das Elternrecht ist im Wesentlichen ein Recht im Interesse des Kindes und soll dem Wohl des Kindes dienen. Eltern müssen dabei unterstützt werden, dieser Verantwortung gerade auch in Belastungssituationen gerecht zu werden. Durch möglichst frühzeitige Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen wird eine positive, gesunde Entwicklung der Kinder und deren Wohl am nachhaltigsten sichergestellt (zum Präventiven Kinderschutz siehe Ziffer 2.4.2.).

Stärkung elterlicher Kompetenzen

Das Elternrecht endet dort, wo diese das Kindeswohl gefährden oder nicht in der Lage sind, das Kindeswohl sicherzustellen. Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen bedarf es deshalb zugleich der effektiven Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes. Ist zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung Hilfe erforderlich und können oder wollen Eltern dabei nicht ausreichend mitwirken, ist konsequentes Handeln, gegebenenfalls auch gegen den Willen der Eltern, erforderlich (siehe auch § 1666 BGB, sowie insbesondere Ziffern 2.3.4. und 2.4.3.).

Staatliches Wächteramt



Wichtige Rechtsgrundlagen zum Kinderschutz (unter anderem Grundgesetz, Bayerische Verfassung, UN-Kinderrechtskonvention, BGB, KKG, SGB VIII, GDVG, StGB) sind auf der Internetversion zusammengestellt (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/29.php).

2.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Rahmenbedingungen

Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit

Die Unterstützung von Familien sowie die Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes gehört zum originären Aufgabenbereich der Jugendämter (örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe), diese werden dabei maßgeblich durch die Angebote und Leistungen der Träger der freien Jugendhilfe unterstützt (zu den Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe siehe Ziffer 2.4.). Zur Sicherstellung der bestmöglichen Unterstützung junger Menschen und ihrer Familien sowie eines effektiven Kinderschutzes sind die Jugendämter sowie die Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe auf eine gelingende und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Hilfesystemen und Fachdisziplinen, vor allem dem Gesundheitsbereich, der Schule, der Polizei und der Justiz angewiesen.

Schlüsselfunktion der Gesundheitsberufe

Berufe aus dem Gesundheitsbereich (Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger etc.) sowie die Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen haben üblicherweise vor allen anderen Institutionen und Professionen Kontakt zu Eltern und ihren Kindern. Diesen Zugang gilt es frühzeitig zur bestmöglichen Förderung einer guten und gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sowie zur rechtzeitigen Beseitigung etwaiger Gefährdungslagen zu nutzen (zur Aufgabenstellung des Gesundheitsbereichs siehe insbesondere Ziffer 2.3.).

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Zusammenarbeit im Spannungsfeld von Prävention und Intervention aufgezeigt und Empfehlungen für ein gelingendes Miteinander der unterschiedlichen Fachdisziplinen zum Wohle von Kindern und Jugendlichen gegeben. Empfehlungen, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit in der jeweiligen Arztpraxis bzw. Klinik vor Ort konkret verankert werden kann, enthält insbesondere Kapitel 4.

HINWEIS:

- Die Ausführungen im Leitfaden befassen sich im Wesentlichen mit der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit den Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere dem Jugendamt) sowie mit Polizei und Justiz. Einen Gesamtüberblick zu den Aufgaben- und Kooperationsfeldern von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsbereich, Schule, Polizei und Justiz gibt insbesondere die Handreichung des StMAS „Kinderschutz braucht starke Netze“, abrufbar unter www.kinderschutz.bayern.de. Auf dieser Seite ist auch ein Gesamtüberblick mit ausführlichen Informationen zum Kinderschutz in Bayern zu finden.

Handreichungen, Bekanntmachungen und Empfehlungen

Zur Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Etablierung nachhaltiger Netzwerkstrukturen vor Ort, insbesondere von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsbereich, Schule, Polizei und Justiz, gibt es in Bayern zahlreiche Handreichungen, Bekanntmachungen und Empfehlungen, die fortlaufend den jeweiligen aktuellen Handlungserfordernissen angepasst werden.



Vertiefende Informationen sowie ein Überblick zu Handreichungen, Bekanntmachungen, Richtlinien und Empfehlungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/30.php).

Weiterführende Informationen und Empfehlungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Vernetzung geben unter anderem:

- Handreichung des StMAS „Kinderschutz braucht starke Netze“ (bestellbar sowie abrufbar unter www.kinderschutz.bayern.de).
- Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben, Werkbuch Vernetzung, Ziegenhain/Schöllhorn/Künster/Hofer/König/Fegert; Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm in Zusammenarbeit mit den beteiligten Ländern BW, BY, RP und TH sowie BMFSFJ; Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2010 (bestellbar sowie abrufbar unter www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/werkbuch-vernetzung).
- Best practice-Beispiel für gelingende Zusammenarbeit zwischen Polizei, Jugendhilfe und Schule samt Empfehlungen: siehe inzwischen verstetigtes Modellprojekt Kooperation Polizei-Jugendhilfe-Sozialarbeit-Schule (PJS) in Nürnberg. Weitere Informationen hierzu sind unter www.sicherheitspakt.nuernberg.de/pjs.htm abrufbar.

2.2.1. Zusammenarbeit im Spannungsverhältnis von Prävention und Intervention

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich des Kinderschutzes findet in einem sensiblen Spannungsverhältnis von Prävention und Intervention¹ statt. Die unter Ziffer 2.1. beschriebenen elementaren Handlungsgrundsätze sind oberster Maßstab und Leitlinie jeglichen Handelns.

Verantwortung darf nicht lediglich abgegeben, sondern muss gemeinsam getragen und auch gemeinsam „ausgehalten“ werden. Das größte Potenzial, Kindeswohlgefährdungen zu verhindern, liegt im Bereich des Präventiven Kinderschutzes (siehe hierzu Ziffer 2.4.2.). Besonders wichtig ist hier die Phase der frühen Kindheit. Familiäre Belastungssituationen und Unterstützungsbedarfe müssen frühzeitig erkannt und elterliche Kompetenzen gestärkt werden. Dies erfordert Mut, hinzusehen und Gespräche mit den Personensorgeberechtigten auch über sensible und schwierige Themen zu führen. Hemmschwellen zu Angeboten anderer Hilfesysteme, insbesondere zur Kinder- und Jugendhilfe, müssen weiter abgebaut und die Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfeangeboten gesteigert werden. Insgesamt ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deutlich zu machen, dass es in der heutigen Zeit aufgrund steigender Anforderungen an die Erziehungskompetenz von Eltern, familiärer und sozialer Konfliktlagen, psychischer Probleme, des Drucks aus dem Arbeitsalltag etc. bei gleichzeitigem Rückgang familiärer Netze (z. B. Großfamilie) kein Versagen, sondern etwas Selbstverständliches darstellt, wenn Hilfe von professionellen Fachkräften (wie z. B. in Jugendämtern oder Erziehungsberatungsstellen) angenommen wird. Auch die Medien haben hierbei eine hohe Verantwortung, den Wert sozialer Arbeit im öffentlichen Bewusstsein zu verankern.

Herausforderungen

! HINWEIS:

- Um zur Wertschätzung für soziale Berufe beizutragen und unter anderem über die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe zu informieren, hat das StMAS die „Herzwerkerkampagne“ ins Leben gerufen. Näheres hierzu siehe www.herzwerker.de.

Werben um Inanspruchnahme von Hilfeleistungen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet vor allem, bei den Eltern bedarfsgerecht um die Inanspruchnahme von Hilfen anderer Professionen und Institutionen zu werben, etwaige Hemmschwellen abzubauen und rechtzeitig Brücken dorthin zu bauen. Die „Entstigmatisierung“ der Inanspruchnahme von Hilfen (insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe) und die damit verbundene Vermittlung von Wertschätzung der Leistung anderer Hilfesysteme und Professionen ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Kernaufgabe interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Konsequentes Handeln bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen

Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen kann nicht immer abgewartet werden, bis Eltern notwendige Hilfen annehmen. Dringlichkeit (z. B. eskalierende Krisensituationen) oder mangelnde Kooperationsbereitschaft von Eltern trotz festgestellter Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung können es erforderlich machen, auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten das Jugendamt oder andere Stellen (z. B. Polizei) über die Wahrnehmungen zu informieren und einzubinden. In Situationen, in denen eine akute, schwerwiegende Kindeswohlgefährdung ein sofortiges Tätigwerden zur Abwendung der Gefährdungslage erfordert, sind abgestimmte Interventionen besonders wichtig (siehe hierzu Ziffern 2.3.4. und 2.4.3.).

Grundlegende Voraussetzungen

2.2.2. Voraussetzungen für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit

Grundlage für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist zunächst die gegenseitige Kenntnis, Akzeptanz und Wertschätzung der jeweiligen Zuständigkeiten und Aufgaben, Strukturen und Arbeitsweisen sowie der jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und Handlungsgrenzen. Angesichts knapper Ressourcen ist auch das Bewusstsein des Mehrwerts gelingender Zusammenarbeit für die eigene Arbeit sehr wichtig. Hierzu trägt die Kenntnis der relevanten Ansprechpartner vor Ort sowie ein vertrauensvolles Miteinander, das insbesondere auch die Einbeziehung der Eltern umfasst, maßgeblich bei. Die Steuerungsfunktion seitens des Jugendamtes gilt es dabei in jedem Fall zu respektieren.

HINWEIS:

- Die Planungs-, Steuerungs- und Gesamtverantwortung für die Kinder- und Jugendhilfe liegt bei den 96 bayerischen Jugendämtern. Näheres zu Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten sowie den relevanten Ansprechpartnern und Erreichbarkeiten siehe Ziffern 2.4.1. – 2.4.3.

Besonders wichtig sind ferner gemeinsame Vereinbarungen, die vor allem verbindliche Kooperationsstrukturen und Verfahrensabläufe an den Schnittstellen festlegen. Dazu gehören auch die Klärung von Begrifflichkeiten und die Festlegung gemeinsamer Sprachregelungen und Standards (z. B. zur Gefährdungseinschätzung, Kindeswohlgefährdung, Qualitätssicherung). Nur so kann sichergestellt werden, dass die reibungslose Verständigung zwischen den Netzwerkpartnern zum effektiven Kinderschutz nachhaltig strukturell und institutionell etabliert wird und nicht von einzelnen engagierten Personen oder von Zufällen abhängt. Die Unterstützung auf der jeweiligen Leitungsebene ist hierfür eine grundlegende Voraussetzung.

Wichtige Erfolgsfaktoren für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit:

Erfolgsfaktoren

- **Gemeinsamer Wille und positive Haltung zur Zusammenarbeit:** Die Zusammenarbeit muss von allen Kooperationspartnern auf allen Ebenen als wertvoll und unverzichtbar für die optimale Förderung und den Schutz junger Menschen angesehen werden. Dazu gehören auch die gegenseitige Wertschätzung sowie das Bewusstsein des Nutzens und des Mehrwerts gelingender Zusammenarbeit für die eigene Arbeit.
- **Kenntnis und Akzeptanz der jeweiligen Zuständigkeiten und Aufgaben, Arbeitsaufträge und Arbeitsweise, Handlungsmöglichkeiten und Handlungsgrenzen sowie gesetzlichen Rahmenbedingungen:** Besonders wichtig sind die Klärung von gegenseitigen Erwartungen, Sichtweisen sowie die Wissensvermittlung, was von den anderen Kooperationspartnern an Angeboten und Aktivitäten erwartet werden kann. Wichtig ist dabei auch die Kenntnis über relevante Angebote und Ansprechpartner vor Ort. Zu empfehlen ist hierfür unter anderem die Verteilung bzw. Bereitstellung von Informationsmaterial über relevante und zuständige Ansprechpartner, Angebote und Dienste etc. sowie eine transparente Veröffentlichung regional vorhandener Unterstützungsangebote (z. B. im Internet).
- **Festlegung eines Verantwortlichen für Aufbau und Pflege von Kooperationsbeziehungen sowie Nennung von Ansprechpartnern:** Aufbau und Pflege interdisziplinärer Kooperationsstrukturen liegen im Kinderschutz vor allem im Verantwortungsbereich der Jugendämter und gehören im Bereich des Präventiven Kinderschutzes zu den Kernaufgaben der Koordinierenden Kinderschutzstellen (siehe Ziffer 2.4.2.). Diese haben dabei unter anderem die Aufgabe, regionale Kinderschutzkonzeptionen gemeinsam mit den Netzwerkpartnern zu erstellen. Ein wesentlicher Inhalt sind dabei regionale Bestandsverzeichnisse aller relevanten Angebote und Dienste, die laufend zu aktualisieren und transparent zu veröffentlichen sind. Zur strukturellen Verankerung nachhaltiger interdisziplinärer Kooperationsbeziehungen ist von ärztlicher Seite eine aktive Unterstützung dieser Netzwerke wichtig. Um verlässliche Kooperationsbeziehungen nachhaltig sicherzustellen, ist vor allem auch die Benennung von Ansprechpartnern der jeweils beteiligten Systeme und Professionen und das Wissen darüber, wer wann und wo erreichbar ist, äußerst wichtig.
- **Festlegung von Erreichbarkeiten:** Die Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen ist ein äußerst wichtiger Faktor für gelingende Zusammenarbeit (siehe auch Ziffer 2.4.1.). Besonders zu empfehlen ist die gegenseitige Bereitstellung von Zuständigkeitsverzeichnissen und Organigrammen (z. B. Personenlisten mit Telefonnummern zuständiger Ansprechpartner), Vereinbarungen zu Erreichbarkeiten außerhalb der üblichen Dienstzeiten (z. B. Austausch von Handynummern für den Ernstfall) etc. In größeren Städten und Landkreisen sollte neben der Jugendamtsleitung auch die für die entsprechende Sozialregion zuständige Fachkraft der Bezirkssozialarbeit bzw. des Allgemeinen Sozialdienstes bekannt sein. Sinnvoll wäre insgesamt eine zusammenfassende Übersicht aller relevanter Kooperations- und Ansprechpartner für Krisenfälle in der Region (sollte auch in der vom Jugendamt zu erstellenden Kinderschutzkonzeption enthalten sein).
- **Verbindliche Kooperations- und Verfahrensabsprachen zur Schaffung von Handlungssicherheit und Nachhaltigkeit:** Dazu gehören z. B. die Klärung von Begrifflichkeiten, die Festlegung gemeinsamer interdisziplinärer Standards und abgestimmter Vorgehensweisen bei Gefährdungseinschätzung, Kindeswohlgefährdung,

Qualitätssicherung etc. Klare und verbindliche Kooperations- und Verfahrensabsprachen sowie verabredete kurze Kommunikationswege sind insbesondere in Krisensituationen entscheidend (z. B. konkrete Absprachen, an wen Mitteilungen von möglichen Kindeswohlgefährdungen zu adressieren sind, z. B. Festlegung einer bestimmten Faxadresse etc.). Gelingende Kooperation basiert auf Verbindlichkeit und darf deshalb nicht in das persönliche Ermessen einzelner Mitarbeiter gestellt werden.

- **Sicherung und Weiterentwicklung interdisziplinärer Qualitätsstandards durch regelmäßigen interdisziplinären Austausch und gemeinsame Veranstaltungen:** Um die ausgetauschten Informationen sowie die konkreten Absprachen und Vereinbarungen zu verstetigen und laufend aktuellen Anforderungen anzupassen, sollten die wichtigsten Inhalte und Absprachen schriftlich festgehalten und laufend fortgeschrieben werden. Deren Implementierung, Fortschreibung und Weiterentwicklung sollte vor allem auch zum festen Bestandteil interdisziplinärer Informations- und Fortbildungsveranstaltungen gehören (siehe hierzu auch Ziffer 2.2.4.).

2.2.3. Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen

Datenschutz und Kinderschutz: kein Widerspruch

Kooperation braucht Kommunikation. Bei der konkreten Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen und Professionen besteht in der Praxis oft hohe Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der praktischen Gestaltung der Kommunikation. Die folgenden Ausführungen sollen zu mehr Handlungssicherheit in diesem Bereich beitragen. Zunächst ist festzuhalten: Datenschutz und Kinderschutz stehen sich nicht entgegen. Der funktionale Schutz der Vertrauensbeziehung ist wichtig für den Aufbau und den Erhalt von Hilfebeziehungen. Dies gilt neben dem Gesundheitsbereich in gleicher Weise vor allem auch für die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe.

Elementare Grundsätze

Elementare Grundsätze für den Umgang mit persönlichen Daten sind das Transparenzgebot, das Bestimmtheitsgebot sowie der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Diese beinhalten Folgendes:²

- **Transparenzgebot:** Aufklärung über Art und Umfang der Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung, insbesondere Datenspeicherung und Datenweitergabe. Betroffene sollen möglichst zu jeder Zeit nachvollziehen können, was mit den von ihnen preisgegebenen oder über sie gespeicherten Informationen geschehen soll oder bereits geschehen ist.
- **Bestimmtheitsgebot:** Strenge Zweckbindung der personenbezogenen Daten. Erhebungs- und Verwendungszweck sind klar und präzise zu bestimmen.
- **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz:** Die Datenerhebung/-verarbeitung/-nutzung muss zur Erreichung des angestrebten Zwecks geeignet, erforderlich (kein gleich geeignetes milderes Mittel vorhanden) und angemessen (Interessenabwägung) sein.

Schweigepflicht nach § 203 StGB

§ 203 StGB, der den Bruch der Schweigepflicht, das heißt die unbefugte Weitergabe von im Rahmen der Berufsausübung erlangten Geheimnissen, unter Strafe stellt, gilt sowohl für Angehörige des Gesundheitsbereichs als auch für Akteure der Kinder- und Jugendhilfe (sowie für die anderen dort genannten Berufsgruppen). Die Schweigepflicht darf nur dann

durchbrochen werden, wenn die Weitergabe ausdrücklich gesetzlich geregelt ist oder durch überwiegenden Schutz anderer Rechtsgüter gerechtfertigt erfolgt (insbesondere Schutz des Kindeswohls). Die Befugnis zur Offenbarung kann sich einerseits aus der Einwilligung der Betroffenen, andererseits aus gesetzlichen Offenbarungspflichten und -befugnissen ergeben. Für die verschiedenen Hilfesysteme und Professionen gelten unterschiedliche spezifische Datenschutzvorschriften. Im Folgenden erfolgt eine Auswahl der wichtigsten Ausnahmen von der Schweigepflicht, die für alle Berufsgruppen, die unter die Schweigepflicht nach § 203 StGB fallen, gelten.

Weitergabe personenbezogener Daten ist v. a. in folgenden Fällen zulässig:

- **Weitergabe mit Einwilligung:**

Mit Kenntnis und Einwilligung der Betroffenen ist eine Weitergabe personenbezogener Daten datenschutzrechtlich zulässig. Ist aus ärztlicher Sicht ein Hilfebedarf vorhanden und wird eine Datenweitergabe z. B. an das Jugendamt für hilfreich bzw. nötig erachtet, um beispielsweise weitergehende Hilfen zu ermöglichen, ist das Gespräch mit den Eltern darüber zu führen und um ihr Einverständnis für eine Datenweitergabe an das Jugendamt zu werben. Als Verfügungsberechtigte über ihre Geheimnisse bzw. die ihres Kindes können die Personensorgeberechtigten die jeweiligen Geheimnisträger von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit entbinden. Auf diesem Weg kann möglicherweise die Gelegenheit genutzt werden, mit den Eltern darüber ins Gespräch zu kommen, dass gegebenenfalls schon bald die Grenzen der eigenen Kompetenzen und Hilfemöglichkeiten erreicht sein werden und andere Professionen und Institutionen mit ihren Hilfeangeboten hinzugezogen werden sollten bzw. sogar hinzugezogen werden müssen.³

Weitergabe mit Einwilligung

HINWEIS:

• **Form und Inhalt der Einwilligung:** Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist (vergleiche Art. 15 Abs. 3 Satz 1 Bayerisches Datenschutzgesetz, § 4a Abs. 1 Satz 3 Bundesdatenschutzgesetz). Der Betroffene ist auf den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung bzw. der Weitergabe sowie, soweit nach den Umständen des Einzelfalles erforderlich oder auf Verlangen, auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen (vergleiche Art. 15 Abs. 2 Bayerisches Datenschutzgesetz, § 4a Abs. 1 Satz 2 Bundesdatenschutzgesetz). Eine pauschale Einwilligung („Blankoermächtigung“) ist nicht wirksam.



Ein Musterformular zur Einwilligungserklärung steht bei den Dokumentationshilfen in Kapitel 7 sowie auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/35.php).

- **Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB):**

Droht einem Kind oder Jugendlichen eine akute Gefahr, hat der Schweigepflichtige aufgrund des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) die Möglichkeit, sein Wissen notfalls auch gegen den Willen des Patienten bzw. der Personensorgeberechtigten weiterzugeben, wenn er die Gefahr nicht anders beseitigen kann. Die einzelnen Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes sind dabei sorgfältig zu prüfen und zu dokumentieren. Bei der notwendigen Rechtsgüterabwägung überwiegt dabei regelmäßig das Kindeswohl (vor allem Leib und Leben) wesentlich. Wenn sich

Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)

trotz gewichtiger Anhaltspunkte später herausstellen sollte, dass eine Gefährdung des Kindeswohls tatsächlich nicht vorlag, besteht dennoch Straffreiheit (sogenannter Erlaubnistatbestandsirrtum). Entscheidend ist der Kenntnishorizont zum Entscheidungszeitpunkt (Ex-ante-Beurteilung) und nicht die wissende Sicht im Nachhinein (Ex-post-Beurteilung). Die „Anforderungen an die Prognose hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Kindeswohlgefährdung“ sind „umso geringer, je gewichtiger die Anhaltspunkte und insofern die Risiken [insbesondere je gravierender der zu erwartende Schaden] für das betroffene Kind bzw. des Jugendlichen sind.“⁴ In jedem Fall ist eine fachliche Entscheidung für den jeweiligen Einzelfall erforderlich.

Fazit

Kommen Ärztinnen bzw. Ärzte zur Auffassung, dass

- ✓ eine **ernsthafte Gefahr für das Kind bzw. den Jugendlichen besteht** (ohne Abwehrmaßnahmen erhebliche Schädigung ziemlich sicher zu erwarten),
- ✓ die **eigenen fachlichen Mittel zur Abwehr der Gefahr nicht ausreichen und**
- ✓ **nur durch Einbindung einer anderen Stelle das Kindeswohl gesichert werden kann** (freiwillige Inanspruchnahme benötigter weitergehender Hilfe auch nicht durch Werben zu erreichen bzw. akuter Handlungsbedarf insbesondere bei Gefährdung von Leib oder Leben des Kindes oder Jugendlichen),

ist eine **Weitergabe der Daten auch ohne Einwilligung der Eltern zulässig und im Einzelfall in der Regel sogar geboten.**

Wenn sofortiges Handeln zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich ist, darf und muss sofort gehandelt werden (siehe hierzu ausführlich Ziffer 2.3.4.). Bezüglich der Datenübermittlung an das Jugendamt ist zu betonen, dass dieses die gesetzliche Aufgabe hat, das Vorliegen von Gefährdungssituationen abzuklären und darauf adäquat zu reagieren. Hierzu sind die Jugendämter mit einem differenzierten und qualifizierten Handlungsinstrumentarium ausgestattet (siehe Ziffern 2.4.1. und 2.4.3.)⁵.

Auch hier gilt bei der Datenweitergabe das Transparenzgebot, das heißt, die Datenweitergabe soll grundsätzlich mit Wissen der Betroffenen erfolgen, soweit der Schutz des Kindes oder Jugendlichen dadurch nicht gefährdet wird.

! HINWEIS: Prüfschema § 34 StGB⁶

- ✓ **Gegenwärtige Gefahr für das Kindeswohl**
 - » Kindeswohlgefährdung: Konkretisierung des Begriffs durch Rechtsprechung des BGH als: „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“
 - » Gegenwärtig ist die Gefahr, „wenn nach menschlicher Erfahrung und natürlicher Weiterentwicklung der vorliegenden Sachlage der Eintritt des Schadens sicher oder doch höchstwahrscheinlich ist, falls nicht alsbald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden.“
- ✓ **Datenweitergabe als mildestes Mittel:** dann gegeben, wenn die sonstigen eigenen Hilfe- und Motivationsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.
- ✓ **Interessenabwägung:** Schutz des Kindeswohls (insbesondere Leben und Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen) – Schutz der Vertraulichkeit der anvertrauten Daten.

- **Art. 14 Abs. 3 und Abs. 6 GDVG:**

Um insbesondere für Gesundheitsämter, Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger mehr Handlungs- und Rechtssicherheit zu schaffen, wurde in Bayern im Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) ein zusätzlicher Rechtfertigungsgrund in Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG normiert (Näheres hierzu siehe Ziffer 2.3.4.).

**Art. 14 Abs. 3 und
Abs. 6 GDVG**

- **Bundeskinderschutzgesetz: § 4 Abs. 3 KKG:**

Im Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG), das zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, werden in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz - KKG ebenfalls Regelungen zur Beratung und Übermittlung von Information durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdungen getroffen. In § 4 Abs. 3 KKG ist dabei auch eine Befugnisnorm zur Information des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung enthalten (Näheres hierzu siehe Ziffer 2.3.4.).

**BKiSchG:
§ 4 Abs. 3 KKG**

Bei Unsicherheiten besteht vor allem die Möglichkeit der anonymisierten Beratung (siehe hierzu Ziffer 2.3.5.). Hilfestellung bei der Einschätzung der Gefährdungslage, insbesondere beim Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und den richtigen Umgang damit gibt ferner die mit Förderung des StMAS als bayernweite Anlaufstelle eingerichtete Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München (siehe hierzu Ziffer 2.3.6.).

**Was tun bei
Unsicherheiten?**

Um für die handelnden Akteure nachhaltig Handlungssicherheit zu schaffen, sollten insbesondere zu dieser Fragestellung die interdisziplinären Kinderschutznetzwerke vor Ort generelle Verfahrensabsprachen zum Umgang mit und zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen treffen. Sinnvoll sind ferner gemeinsame interdisziplinäre Veranstaltungen hierzu (Näheres hierzu siehe auch Ziffern 2.2.2. und 2.2.4.).



Vertiefende Informationen zum Thema Datenschutz stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/37.php).

2.2.4. Interdisziplinäre Veranstaltungen und Qualifizierungsangebote

Sicherheit im Umgang mit den sensiblen und anspruchsvollen Handlungsfeldern im Kinderschutz gewinnt man vor allem durch Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung). Wichtig ist neben einer breiten Sensibilisierung und fachlichen Qualifizierung vor allem auch das erforderliche Know-how zur strukturellen interdisziplinären Zusammenarbeit und zum Fallmanagement (im Einzelnen siehe hierzu insbesondere Ziffer 2.2.2. sowie Kapitel 4). Zu empfehlen sind insbesondere interdisziplinäre Veranstaltungen (z. B. gemeinsame Fachtagungen, interdisziplinäre Kooperationstreffen und Arbeitskreise, gemeinsame Angebote zur Fort- und Weiterbildung etc.). Im Austausch mit anderen Professionen und Hilfesystemen können gemeinsames Grundlagenwissen über die jeweiligen Aufgabenbereiche, gemeinsame Verfahrens- und Kooperationsabsprachen sowie interdisziplinäre Standards etc. erarbeitet, verstetigt und bei Bedarf weiterentwickelt werden. Gerade die erforderliche Handlungssicherheit für Gefährdungseinschätzungen sowie zu Fragen des Fallmanagements etc. kann im Austausch mit den Kooperationspartnern vor Ort besonders gut gewonnen und nachhaltig implementiert werden.

**Interdisziplinärer
Fachaustausch und
Qualifizierung**

HINWEIS:

- Informationen zum Thema Qualifizierung und insbesondere zu interdisziplinären Veranstaltungen sind unter anderem abrufbar bei:
 - **Ärztliche Kreis- und Bezirksverbände:** Im Einzelnen siehe Online-Fortbildungskalender der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) unter www.blaek.de.
 - **StMAS:** Um einen bayernweiten Austausch sicherzustellen und die nachhaltige Etablierung und Weiterentwicklung bayernweiter interdisziplinärer Qualitätsstandards im Kinderschutz zu fördern, finden regelmäßige interdisziplinäre Veranstaltungen statt (vertiefende Informationen hierzu sind auf der Internetversion sowie unter www.kinderschutz.bayern.de enthalten).
 - **Kinderschutzambulanz:** Die Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München (siehe Ziffer 2.3.6.) unterstützt das StMAS und die relevanten Partner auf Landesebene bei der Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Bayern und leistet ferner mit konkreten Fortbildungsveranstaltungen wichtige Beiträge zur Etablierung bayernweiter interdisziplinärer Qualitätsstandards im Kinderschutz (im Einzelnen siehe www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/kinderschutzambulanz).
 - **Bayerisches Landesjugendamt:** Die Qualifizierung der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz ist ein Dauerschwerpunkt im Regelfortbildungsprogramm des Bayerischen Landesjugendamtes (Näheres siehe www.blja.bayern.de).

**Erwerb von
Fortbildungspunkten**

Bei der Teilnahme an (interdisziplinären) Veranstaltungen in Bayern besteht für Ärztinnen und Ärzte sowie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit, Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) zu erwerben. Der Erwerb von Fortbildungspunkten setzt die vorherige Anerkennung der Veranstaltung durch die BLÄK voraus.

HINWEIS für Veranstalter:

- Um eine Zuerkennung von Fortbildungspunkten zu erhalten, muss unter anderem ein fachlich-medizinischer Inhalt erkennbar sein. Für die Veranstaltung muss zudem ein ärztlicher Kursleiter bzw. eine ärztliche Kursleiterin bestellt werden und anwesend sein. Die Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen zur Vergabe von Fortbildungspunkten der BLÄK erfolgt online unter www.blaek.de unter der Rubrik Fortbildung/Veranstalterinformationen. Der Antrag muss dort spätestens drei Werktage vor Beginn der Veranstaltung mit entsprechendem Programm gestellt werden. Auf dieser Internetseite finden sich ferner alle wichtigen Fragen und Antworten rund um das Thema Fortbildungspunkte. Darüber hinaus steht unter der Rufnummer 089/ 4147-123 eine telefonische Beratung der BLÄK zur Verfügung. Ein entsprechendes Verfahren erfolgt für die nichtärztlichen (psychologischen) Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die dortige Kammer (www.ptk-bayern.de).



Vertiefende Informationen zum Thema Qualifizierung und insbesondere zu interdisziplinären Veranstaltungen im Kinderschutz stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/ut/38.php).

2.3. Gesundheitswesen

2.3.1. Aufgabenstellung im Bereich Kinderschutz

Auch wenn ihre Hauptaufgabe in der medizinischen Versorgung ihrer Patienten liegt, können Ärztinnen und Ärzte durch frühzeitiges Erkennen von elterlichen Überforderungssituationen sowie von Anzeichen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche maßgebliche Beiträge zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen und zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes durch vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit mit den relevanten Kooperationspartnern leisten (Schlüsselfunktion insbesondere zur Kinder- und Jugendhilfe).

Schlüsselfunktion

Erkennen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Tätigkeit familiäre Belastungssituationen und Unterstützungsbedarfe, geht es in erster Linie darum, mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern über die möglichen Leistungsangebote anderer Institutionen, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe zu sprechen und für eine Inanspruchnahme zu werben. Besonders wichtig ist die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, wenn der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht (im Einzelnen siehe Ziffern 2.3.3. und 2.3.4.).

Erkennen und Handeln

Aus den Erfahrungen aus zahlreichen interdisziplinären Veranstaltungen konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf häufig gestellte Fragen aus der Praxis des Gesundheitsbereichs. Zentrale Fragen waren insbesondere:

Was ist zu tun?

Häufig gestellte Fragen

- **Datenschutzrechtlicher Rahmen zur Kommunikation und Kooperation** (siehe hierzu Ziffer 2.2.3.).
- **Funktion der Früherkennungsuntersuchungen nach den „Kinder-Richtlinien“** (siehe hierzu Ziffer 2.3.2.).
- **Konkrete Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Kooperationspartner**, vor allem der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe (siehe hierzu Ziffer 2.4.) sowie von Polizei und Justiz (siehe hierzu Ziffer 2.5.).
- **Empfehlungen zum Vorgehen, wenn noch keine Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung vorhanden sind, aber dennoch Unterstützungsbedarf gesehen wird** (siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.3. und 2.4.2. sowie Kapitel 3 und 4).
- **Empfehlungen zum Vorgehen bei Verdachtsklärung und insbesondere bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung** (siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.3., 2.3.4. und 2.4.3. sowie Kapitel 3 und 4).
- **Was tun bei Unsicherheiten?** (Siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.5. und 2.3.6.)

HINWEIS:

• **Wichtige Impulse zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Bayern haben die 2008 in allen Regierungsbezirken stattgefundenen zehn interdisziplinären Kinderschutzkonferenzen gegeben. Ziel der Kinderschutzkonferenzen war es, die interdisziplinäre Kooperation im Kinderschutz zu intensivieren, Verfahrensabläufe bei Kindeswohlgefährdungen abzustimmen und zu sichern und nachhaltige sowie verbindliche Kooperationsstrukturen zu schaffen. Teilnehmer waren unter anderem Vertreter der öffentlichen und freien Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, von Schule, Polizei und Justiz. Die Konferenzen zeigten die Bedeutung und das Potenzial interdisziplinärer Zusammenarbeit auf. Festzustellen waren teilweise aber auch große Unsicherheiten der unterschiedlichen Hilfesysteme im konkreten Umgang miteinander. Zahlreiche praktische Anregungen aus diesen Konferenzen sowie aus vielen weiteren interdisziplinären Veranstaltungen in Bayern zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit sind in diesen Leitfaden eingeflossen (siehe hierzu auch Ziffer 2.2.4. sowie www.kinderschutz.bayern.de/konferenz).**

Die in Ziffer 2.1. beschriebenen elementaren Handlungsgrundsätze sind Richtschnur jeglichen Handelns zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes. Zur Frage der Rahmenbedingungen interdisziplinärer Zusammenarbeit wird auf die Ausführungen unter Ziffer 2.2. verwiesen. Kapitel 3 setzt sich mit den verschiedenen Gewaltformen auseinander und gibt hierbei jeweils spezielle Hinweise zum Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und den richtigen Umgang damit (siehe auch Fallbeispiele am Ende jedes Abschnitts). Konkrete Empfehlungen für die Arztpraxis bzw. Klinik vor Ort enthält ferner Kapitel 4.

2.3.2. Funktion der Früherkennungsuntersuchungen nach den „Kinder-Richtlinien“

Früherkennungsuntersuchungen nach den „Kinder-Richtlinien“ des G-BA

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁷ insgesamt zehn Untersuchungen gemäß den im Untersuchungsheft für Kinder gegebenen Hinweisen. Diese können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

UNTERSUCHUNGSSTUFE		TOLERANZGRENZE	
U 1	nach der Geburt (Neugeborenen-Erstuntersuchung)		
U 2	3. – 10. Lebenstag	U 2	3. – 14. Lebenstag
U 3	4. – 5. Lebenswoche	U 3	3. – 8. Lebenswoche
U 4	3. – 4. Lebensmonat	U 4	2. – 4 ½ . Lebensmonat
U 5	6. – 7. Lebensmonat	U 5	5. – 8. Lebensmonat
U 6	10. – 12. Lebensmonat	U 6	9. – 14. Lebensmonat
U 7	21. – 24. Lebensmonat	U 7	20. – 27. Lebensmonat
U 7a	34. – 36. Lebensmonat	U 7a	33. – 38. Lebensmonat
U 8	46. – 48. Lebensmonat	U 8	43. – 50. Lebensmonat
U 9	60. – 64. Lebensmonat	U 9	58. – 66. Lebensmonat

Quelle: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, in Kraft getreten am 12. März 2011; <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15>

! HINWEIS:

• Verpassen Eltern diese Toleranzgrenzen, so übernimmt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten für die Untersuchungen nicht. Fehlen bei einem Kind etliche U-Untersuchungen, werden die Termine immer wieder verschoben oder die Ärzte ohne erkennbaren Grund häufig gewechselt, so sollte dieses Kind besonders gründlich, insbesondere auch auf Hinweise auf Vernachlässigung untersucht werden.

Beschlusslage des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

Der G-BA hat aufgrund der Diskussionen in 2007 zu wirksamen Strategien zur Verhinderung von Kindesmisshandlung überprüft, ob einheitliche und verlässliche Tests vorhanden sind, mit denen alle Kinder bis zum sechsten Lebensjahr untersucht werden können, um Kindesmisshandlung aufzudecken bzw. zu vermeiden. Nach einer Auswertung der hierzu verfügbaren nationalen und internationalen wissenschaftlichen Literatur kam der G-BA zum Ergebnis, dass aufgrund derzeit fehlender erprobter und wirksamer Erfassungsmethoden zur Früherkennung und Vermeidung von Kindesmisshandlung im Rahmen der U-Untersuchungen keine diesbezüglichen Regelungen in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinie“) aufgenommen werden können.⁸

Kein spezielles Screening auf Kindesmisshandlung

Die Früherkennungsuntersuchungen bieten nach Ansicht des G-BA allerdings die Möglichkeit, verdächtige Befunde festzustellen. In diesen Fällen müssen ärztlicherseits die notwendigen Maßnahmen veranlasst und beispielsweise das Jugendamt eingeschaltet werden. Mit Beschluss vom 21. Februar 2008 hat der G-BA ausdrücklich festgelegt, dass bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten hat und die Kinder-Richtlinien (Screening auf Misshandlung) entsprechend konkretisiert (siehe hierzu auch Ziffer 2.3.4.).⁹

Handlungspflicht bei erkennbaren Zeichen einer Misshandlung

Die frühzeitige Erkennung familiärer Risikofaktoren zur Verhinderung von Kindesmisshandlung ist entscheidend. Der G-BA sprach sich deshalb auch dafür aus, die vielversprechenden aufsuchenden Ansätze in der Kinder- und Jugendhilfe zur gezielten Unterstützung von belasteten Familien zu stärken und flächendeckend auszubauen (in Bayern gibt es hierfür seit 2009 flächendeckend KoKi-Netzwerke frühe Kindheit, siehe Ziffer 2.4.2.).

Frühzeitige Erkennung familiärer Risikofaktoren

Funktion der Früherkennungsuntersuchungen im Bayerischen Gesamtkonzept zum Kinderschutz:

Da ein bevölkerungswides Screening zur Verhinderung von Kindesmisshandlung derzeit nach Auffassung des G-BA nicht möglich und eine kausale Verknüpfung zwischen Nichtanspruchnahme von U-Untersuchungen und Kindeswohlgefährdung nicht zu begründen ist, hat sich die Bayerische Staatsregierung 2007 bewusst gegen die Einführung eines umfassenden verbindlichen Einlade- und Meldewesens hinsichtlich der Früherkennungsuntersuchungen (sog. Tracking-Verfahren) entschieden. Zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen sind das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren sowie zielgerichtete Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere aufsuchende Hilfen und die gezielte Förderung von Familien in belasteten Lebenssituationen besser geeignet.

Frühzeitiges Erkennen von Risikofaktoren und zielgerichtete Unterstützung

Deshalb fasste die Bayerische Staatsregierung bereits am 12. Februar 2008 den Beschluss, mit einem neuen Regelförderprogramm die bayerischen Jugendämter sowohl finanziell wie fachlich bei der Schaffung und Pflege von Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKis) nachhaltig zu unterstützen. Diese sind seit 2009 flächendeckend in Bayern etabliert und sollen vor Ort Frühe Hilfen für Familien in belasteten Lebenssituationen systematisch vernetzen (zu den KoKi-Netzwerken frühe Kindheit im Einzelnen siehe Ziffer 2.4.2.).

Grundsatzbeschluss 12.02.2008: KoKi-Regelförderprogramm

Art. 14 GDVG

Mit dem Ziel, eine umfassende gesundheitliche Vorsorge für alle Kinder zu gewährleisten, wurden 2008 in Bayern ferner die Personensorgeberechtigten verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen. Zur Verbesserung des Kinderschutzes wurde die Zusammenarbeit von öffentlichem Gesundheitsdienst, Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen und Entbindungspflegern mit den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe verbindlich geregelt und an die Vorschriften im Achten Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII (§§ 8a, 81 SGB VIII) angepasst (siehe hierzu insbesondere Ziffer 2.3.4.).

HINWEIS:

• Entsprechende Gesetzesänderungen sind am 16. Mai 2008 in Kraft getreten. Diese beinhalten sowohl Änderungen im Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) als auch im Bayerischen Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG). Im GDVG wurde ein neuer Art. 14 GDVG (Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) geschaffen und in Art. 80 BayEUG (Schulgesundheit) die Schuleingangsuntersuchung verpflichtend geregelt (siehe hierzu LT-Drs. 15/9366 sowie www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/gesetz).

Verpflichtende Früherkennungsuntersuchungen in Bayern

Aus Gründen der Gesundheitsvorsorge sind gemäß Art. 14 Abs. 1 GDVG in Bayern Personensorgeberechtigte verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 26 Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sicherzustellen. Diese Untersuchungen sind ein bewährtes und wirksames Instrument der gesundheitlichen Prävention. Sie eröffnen im frühen Kindesalter die Möglichkeit, Defizite in der altersgemäßen gesundheitlichen Entwicklung zu erkennen, um so bereits in frühen Stadien fördern bzw. therapieren zu können. Sie bieten zusätzlich die Möglichkeit, bei der Wahrnehmung des Entwicklungsstandes auch Gefährdungen zu identifizieren. Auf die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen soll in besonders wichtigen Phasen der Kindesentwicklung gezielt hingewirkt werden. So können Hilfebedarfe aufgedeckt und geeignete, insbesondere auch aufsuchende Hilfen angeboten werden.¹⁰

Konsequente Einforderung der Pflicht zur Teilnahme

Die **Einhaltung der Pflicht zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen** wird in Bayern in **besonders sensiblen Lebensphasen eines Kindes konsequent eingefordert:**

- **Erhalt des Landeserziehungsgeldes ist abhängig vom Nachweis der Durchführung der U 6 bzw. U 7** (Art. 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BayLErzGG).
- **Vorlage des Durchführungsnachweises der zuletzt fälligen Früherkennungsuntersuchung bei der Anmeldung eines Kindes in einer Kindertageseinrichtung.** Bei Nichtvorlage beraten die pädagogischen Fachkräfte die Eltern hinsichtlich der Pflicht zur Teilnahme und wirken auf eine Inanspruchnahme hin. Auf den Besuch der Kindertageseinrichtung hat die Nichtvorlage hingegen keinen Einfluss. Je nach Einzelfall kann auch die Einschaltung weiterer Stellen durch die Kindertagesstätte erforderlich sein (z. B. Einbindung des Jugendamtes nach § 8a SGB VIII, wenn ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt).
- **Die Schuleingangsuntersuchung ist in Bayern nach Art. 80 BayEUG für alle Kinder im Jahr vor Aufnahme in die erste Jahrgangsstufe verpflichtend.** Im Rahmen eines sogenannten Schuleingangsscreenings werden alle Kinder von einer Sozialmedizinischen Assistentin gesehen, die Vollständigkeit der durchgeführten U-Früherkennungsuntersuchungen und der Impfstatus werden überprüft, das Seh- und Hörvermögen sowie die sprachliche und feinmotorische Entwicklung werden mit standardisierten

Verfahren getestet. Liegt kein Nachweis über die durchgeführte U9 vor, so muss das Kind nach Art. 14 Abs. 5 GDVG schulärztlich untersucht werden. Die ärztliche Untersuchung vor der Einschulung erfolgt bei fehlender U9 nach einem standardisierten Schema, das den Richtlinien für die U9 entspricht. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden, und soll Entwicklungsauffälligkeiten erfassen, die Relevanz für die weitere Entwicklung des Kindes bzw. die anstehende Einschulung haben oder Hinweise auf eine Vernachlässigung bzw. Misshandlung geben. Stellen die Eltern das Kind der Schulärztin bzw. dem Schularzt auch nach Mahnung nicht vor oder wird diese Untersuchung verweigert, erfolgt eine Mitteilung an das zuständige Jugendamt, das gemäß seinem Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII zu prüfen hat, ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen.



Vertiefende Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen sowie zum Bayerischen Gesamtkonzept zum Kinderschutz stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/43.php).

Weiterführende Informationen hierzu sind ferner abrufbar unter:

- www.kinderschutz.bayern.de: Dort auch weiterführende Informationen insgesamt zum Kinderschutz in Bayern.
- Zur Bedeutung der U-Untersuchung als wichtiges Instrument zur gesundheitlichen Vorsorge siehe auch www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/gesundheitsrisikenvb/frueherkennung-und-vorsorge-im-kindesalter/u1-bis-u9-das-frueherkennungsprogramm-fuer-kinder-bis-zum-schulalter.
- Ausführliche Informationen zur Schuleingangsuntersuchung: www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/schuleingangsuntersuchung.

§ Art. 14 GDVG: Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

(1) Die Personensorgeberechtigten sind verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen im Sinn der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 26 in Verbindung mit § 25 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sicherzustellen.

(2) Sämtliche Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

(3) Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz arbeiten im Rahmen ihrer Aufgaben nach dieser Bestimmung mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, insbesondere mit Schulen und Stellen der Schulverwaltung sowie mit Einrichtungen und Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe zusammen. Werden ihnen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, schalten sie unverzüglich das zuständige Jugendamt ein.

(4) Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz bieten gesundheitliche Beratung und Untersuchung im Kindes- und Jugendalter, insbesondere im Rahmen der Schulgesundheitspflege. Sie beraten über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen anbieten und gewähren können. Sie weisen dabei auch auf die gemäß Abs. 1 bestehende Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche hin.

(5) Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz nehmen in Zusammenarbeit mit der Schule und den Personensorgeberechtigten die Schulgesundheitspflege wahr. Diese hat das Ziel, gesundheitlichen Störungen vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege für deren Behebung aufzuzeigen. Soweit auf Grund der gesundheitlichen Situation des Kindes Folgerungen für die Unterrichtsgestaltung zu ziehen sind, geben die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz die notwendigen Hinweise an die Schulleitung. Im Rahmen der nach Art. 80 Satz 1 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen von den unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz durchzuführenden Schuleingangsuntersuchung haben die Personensorgeberechtigten den Nachweis über die nach Abs. 1 vorgeschriebene Teilnahme an der U9-Früherkennungsuntersuchung vorzulegen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, haben die betroffenen Kinder an einer schulärztlichen Untersuchung teilzunehmen. Wird auch die schulärztliche Untersuchung verweigert, erfolgt eine Mitteilung an das zuständige Jugendamt. Die Jugendämter haben unter Heranziehung der Personensorgeberechtigten oder der Erziehungsberechtigten festzustellen, ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung im Sinn des § 8a des Achten Buches Sozialgesetzbuch bestehen. Einzelheiten werden in einer Rechtsverordnung der beteiligten Staatsministerien nach Art. 34 Abs. 1 Nr. 11 geregelt.

(6) Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.

2.3.3. Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe

Zu den Voraussetzungen gelingender Zusammenarbeit siehe Ziffer 2.2.2., zu den Aufgaben, Befugnissen und Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe siehe Ziffer 2.4.

Sowohl bei Fragen zur Stärkung elterlicher Kompetenzen als auch bei Fragen zum adäquaten Vorgehen bei Vorliegen bzw. dem Verdacht auf das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung ist das Jugendamt als Steuerungsverantwortlicher im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe zentraler Ansprechpartner (Näheres siehe Ziffer 2.4.1.). Wichtig ist, das Kind bzw. den Jugendlichen sowie die Eltern auf die Rolle des Jugendamtes und seine unterstützenden Möglichkeiten und gegebenenfalls auch auf seine Rolle bei der Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes hinzuweisen. Wichtig ist dabei auch die Information, dass die Einbindung des Jugendamtes nichts mit einer Strafanzeige zu tun hat und dieses grundsätzlich auch nicht zu einer Strafanzeige verpflichtet ist (Ausnahme: allgemeine Anzeigepflicht geplanter Straftaten nach § 138 StGB, die für jedermann gilt)¹¹.

Eine Einbindung des Jugendamtes oder anderer Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe gegen den Willen der Personensorgeberechtigten ist ohne Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung nicht zulässig (siehe auch Ziffer 2.2.3.).

Ist aus ärztlicher Sicht ein unterstützendes Angebot für die weitere Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen zwar förderlich, die Schwelle zur Kindeswohlgefährdung aber noch nicht erreicht (das heißt, liegen aus subjektiver Sicht noch keine Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor), geht es ausschließlich darum, das Kind bzw. den Jugendlichen und seine Eltern freiwillig für die Inanspruchnahme von Angeboten und Maßnahmen insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe zu gewinnen (z. B. Unterstützung einer Erziehungsberatungsstelle, Sozialpädagogische Familienhilfe). Dabei sollte insbesondere das Jugendamt als Ansprechpartner empfohlen werden (z. B. die Fachkraft des KoKi-Netzwerkes). Zu den Angeboten und Ansprechpartnern im Bereich Früher Hilfen siehe Ziffern 2.4.1. und 2.4.2.

Der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ markiert die Interventionsschwelle des Staates in das Elternrecht, wo Interventionen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen notfalls auch ohne Zustimmung der Personensorgeberechtigten erforderlich sind (siehe auch § 1666 BGB). Das Elternrecht endet dort, wo Eltern das Kindeswohl gefährden oder nicht in der Lage sind, dieses sicherzustellen (siehe auch elementare Handlungsgrundsätze unter Ziffer 2.1.).¹² Eine Kindeswohlgefährdung liegt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu § 1666 BGB dann vor, wenn eine „gegenwärtige oder zumindest unmittelbar bevorstehende Gefahr für die Kindesentwicklung abzusehen ist, die bei ihrer Fortdauer eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes [bzw. des Jugendlichen] mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“.¹³

Eine zum Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen zwingend erforderliche (verpflichtende) Einbindung des Jugendamtes hängt im Wesentlichen davon ab, wie vage oder konkret, wie manifest oder verdeckt Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung sind. Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung haben Ärztinnen und Ärzte einen Anspruch auf qualifizierte Beratung, dabei besteht insbesondere auch die Möglichkeit auf anonymisierte Beratung und Klärung von Fragen (siehe Ziffer 2.3.5.).

Jugendamt als zentraler Ansprechpartner

Keine Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung

Werben um freiwillige Inanspruchnahme von Hilfen

Kindeswohlgefährdung: Interventionsschwelle für Maßnahmen ggf. auch gegen den Willen der Eltern

Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung; Einbindung Jugendamt

HINWEIS:

• Nach dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG), das zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, haben Ärztinnen und Ärzte zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung gegenüber dem zuständigen Jugendamt einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln. Vor einer Übermittlung sind diese Daten zu pseudonymisieren (siehe § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG). Pseudonymisieren bedeutet, dass ein Rückbezug auf die Patienten, deren Daten geschützt werden sollen, auszuschließen ist.

Gewichtige Anhaltspunkte

Werden Ärztinnen und Ärzten **gewichtige Anhaltspunkte**, die das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährden, bekannt, ist die **Einbindung des Jugendamtes zur Sicherstellung des Kindeswohls von entscheidender Bedeutung und im Regelfall dringend geboten** (zum Vorgehen im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.4.). Das Jugendamt hat bei gewichtigen Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII das Gefährdungsrisiko einzuschätzen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen zur Sicherstellung des Kindeswohls zu veranlassen (im Einzelnen siehe Ziffer 2.4.3.).

2.3.4. Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

G-BA: Handlungspflicht bei erkennbaren Zeichen einer Misshandlung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 21. Februar 2008 festgelegt, dass **bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten hat** und die Kinder-Richtlinien (Screening auf Misshandlung) entsprechend konkretisiert (siehe auch Ziffer 2.3.2.).¹⁴

Im Folgenden werden im Leitfaden konkrete Hilfestellungen und Empfehlungen gegeben, wann und welche Schritte ärztlicherseits erforderlich und einzuleiten sind. Die Handlungspflicht für Ärztinnen und Ärzte näher zu konkretisieren war ferner gesetzgeberisches Ziel bei der Schaffung des Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG.



Der oben genannte Beschluss des G-BA sowie weiterführende Informationen hierzu stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/ut/46.php).

Schutzauftrag des Jugendamtes nach § 8a SGB VIII

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind Auslöser für die Wahrnehmung des Schutzauftrages des Jugendamtes nach § 8a SGB VIII. Dieses hat die gesetzliche Aufgabe (staatliches Wächteramt), allen Hinweisen nachzugehen, die eine Kindeswohlgefährdung wahrscheinlich erscheinen lassen, und auf Gefährdungssituationen angemessen zu reagieren (zum Vorgehen des Jugendamtes und den Interventionsstufen siehe Ziffer 2.4.3.). Das Jugendamt hat dabei zunächst zu klären, ob eine Kindeswohlgefährdung tatsächlich gegeben ist, und bei Vorliegen einer solchen, wie diese sowie (weiterer) Schaden vom Kind bzw. Jugendlichen abgewendet werden können. Dazu ist es mit einem differenzierten und qualifizierten Handlungsinstrumentarium ausgestattet. Im Mittelpunkt steht, wie für Ärztinnen und Ärzte, auch für das Jugendamt das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen. Eine Pflicht zur Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden besteht ebenfalls grundsätzlich nicht¹⁵.

Handlungspflicht zur Einbindung des Jugendamtes oder anderer Stellen, wenn dies zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich ist:

Kommen Ärztinnen und Ärzte zur **Einschätzung, dass das Kindeswohl gefährdet ist und aus ihrer Sicht die Einbindung des Jugendamtes zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich ist, so müssen sie das Jugendamt auch einbeziehen** (notfalls auch ohne oder gegen den Willen der Eltern, wenn diese zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung nicht ausreichend mitwirken wollen oder können).

Dies wird sich in der Regel bereits aus einer Beschützergarantenstellung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber ihren minderjährigen Patientinnen und Patienten ergeben. Soweit möglich und hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, sollen die Eltern (bzw. Personensorgeberechtigte) von der Notwendigkeit der Einbindung möglichst auch überzeugt bzw. zumindest aufgeklärt werden (z. B. Vereinbarung eines gemeinsamen Gesprächs mit dem Jugendamt).

Wenn aus ärztlicher Sicht zur Sicherstellung des Kindeswohls die Unterstützung der Polizei erforderlich ist (insbesondere bei eskalierenden Situationen), ist auch diese unter den oben genannten Bedingungen einzuschalten (zum Aufgabenbereich der Polizei siehe Ziffer 2.5.).

HINWEIS:

• Ärztinnen und Ärzte sind regelmäßig durch die aus Behandlungsvertrag oder tatsächlicher Gewährübernahme begründete Beschützergarantenstellung dazu verpflichtet, Schaden für das Wohl des behandelten Kindes bzw. Jugendlichen abzuwenden. Dies beinhaltet auch die Information und Einbindung geeigneter Stellen (Jugendamt, Polizei), wenn der Eintritt des Schadens nicht mit anderen Mitteln verhindert werden kann und insbesondere die Personensorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, zur Abwendung der Gefährdung mitzuwirken (Handlungspflicht). Zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes und insbesondere zur Schaffung von Handlungsklarheit in Bezug auf diese Handlungspflicht wurde eine solche Pflicht näher in Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG konkretisiert. Eine Handlungspflicht zur Einbindung des Jugendamtes ergibt sich ebenfalls aus § 4 Abs. 3 KKG. In Fällen, in denen eine Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht nur durch Einbindung des Jugendamtes abgewendet werden kann, verdichtet sich die dort normierte Befugnisnorm ebenfalls zu einer Handlungspflicht zur Einbindung des Jugendamtes. Näheres dazu siehe Ausführungen im Folgenden.

Um Rechts- und Handlungssicherheit für die Praxis in oben genannten Fällen zu schaffen, in denen zur Sicherstellung des Kindeswohls die Einbindung des Jugendamtes als die hierfür fachlich zuständige Stelle zwingend erforderlich ist, wurden 2008 in Bayern entsprechende Handlungspflichten in Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG konkretisiert.

§

Art. 14 Abs. 3 GDVG:

Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz arbeiten im Rahmen ihrer Aufgaben nach dieser Bestimmung mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, insbesondere mit Schulen und Stellen der Schulverwaltung sowie mit Einrichtungen und Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe zusammen. Werden ihnen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, schalten sie unverzüglich das zuständige Jugendamt ein.

Handlungspflicht:
Einbindung Jugendamt,
wenn zur Sicherstellung
des Kindeswohls
erforderlich

Garantenstellung

**Art. 14 Abs. 3 und
Abs. 6 GDVG**

§ Art. 14 Abs. 6 GDVG:

Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.

Art. 14 Abs. 6 GDVG schafft für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger die zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes erforderliche Handlungsklarheit zur Einbindung des Jugendamtes, wenn Kindeswohlgefährdende Rechtsgutsverletzungen im Rahmen der Berufsausübung bekannt werden. Insbesondere wird dadurch neben dem rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB ein zusätzlicher Tatbestand normiert, der die in Art. 14 Abs. 6 GDVG genannten Berufsgruppen von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB entbindet und gleichzeitig bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindesmisshandlung zur Einbindung des Jugendamtes verpflichtet (siehe hierzu auch Ziffer 2.2.3.). Dieses hat dann die Aufgabe, nach § 8a SGB VIII zu klären, ob eine Kindeswohlgefährdung tatsächlich gegeben ist, und bei Vorliegen einer solchen wie diese sowie (weiterer) Schaden vom Kind bzw. Jugendlichen abgewendet werden können (siehe oben sowie Ziffer 2.4.3.). Die Einbindung des Jugendamtes hat unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, zu erfolgen.

Eine Einbindung des Jugendamtes kann in diesen Fällen zum Schutz von Kindern oder Jugendlichen auch gegen den Willen der Eltern erfolgen. Um das Vertrauensverhältnis zu den Eltern nicht unnötig zu belasten, sollte die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt jedoch in der Regel nicht ohne deren Wissen erfolgen. Soweit hierdurch der wirksame Schutz der Kinder oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, sollte vorher ein Aufklärungs- und Informationsgespräch geführt werden und die Eltern möglichst für die notwendige Hinzuziehung des Jugendamtes gewonnen werden.

! HINWEIS:

• Sinn und Zweck der Regelungen in Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG ist die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbereich und Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere die Schaffung von Handlungs- und Rechtssicherheit zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes.¹⁶ Es handelt sich nicht um zusätzliche Regelungen zur Abklärung von Kindeswohlgefährdungen. Art. 14 Abs. 3 und insbesondere Abs. 6 GDVG beschreiben, aufbauend auf den bestehenden gesetzlich geregelten Zuständigkeiten (siehe hierzu insbesondere Ziffer 2.4.3. sowie § 8a SGB VIII) allein die Schwelle, ab der eine Mitteilungspflicht ausgelöst wird und das Jugendamt zur Abklärung und Beseitigung von Kindeswohlgefährdungen eingebunden werden muss. Die in Art. 6 GG, § 8a SGB VIII und § 1666 BGB verankerten Wertungen waren Leitlinien der Gesetzgebung: Dort, wo Eltern nicht mehr ausreichend für das Wohl ihrer Kinder sorgen und das Kindeswohl gefährdet ist, muss die Gemeinschaft ihr staatliches Wächteramt (ausgeführt durch das Jugendamt) konsequent ausüben (siehe auch elementare Handlungsgrundsätze unter Ziffer 2.1.).

Konsequenzen der Nichtbeachtung der Mitteilungspflicht

Die Nichtbeachtung der gesetzlichen Mitteilungspflicht nach Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG für sich allein ist nicht strafbewehrt. Das Unterlassen der Einbindung des Jugendamtes trotz gewichtiger Anhaltspunkte für eine gravierende Kindeswohlgefährdung kann allerdings dann strafrechtliche Ermittlungen nach sich ziehen, wenn das Kind oder der Jugendliche aufgrund einer anhaltenden Kindeswohlgefährdung zu Schaden kommt (gegebenenfalls ist Unterlassungsdelikt zu prüfen). Dies gilt unabhängig vom Bestehen des Art. 14 Abs. 3 und 6 GDVG, sondern vielmehr aufgrund einer in diesen Fällen in der Regel vorliegenden Garantenstellung (insbesondere Beschützergarantenstellung) und daraus folgender Handlungspflicht (siehe oben).

HINWEIS:

• Eine strafrechtliche Bewertung der Garantenstellung ist damit nicht verbunden. Eine Strafbarkeit aus Unterlassen hat neben dem Vorliegen einer Garantenstellung weitere Voraussetzungen, unter anderem den Eintritt des Erfolgs eines Strafgesetzes, die strafrechtliche Kausalität sowie die strafrechtliche Vorwerfbarkeit des Unterlassens.

Im Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG), das zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, werden in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz - KKG nunmehr ebenfalls Regelungen zur Beratung und Übermittlung von Information durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdungen getroffen. In § 4 Abs. 3 KKG ist dabei auch eine Befugnisnorm zur Information des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung enthalten. An dieser Stelle ist zu betonen, dass **angesichts der in § 4 Abs. 3 KKG beschriebenen akuten Gefährdungslage des Kindeswohls** (Gefährdungslage ist bekannt, Abwendung der Gefährdungslage durch Beratung und Motivation der Personensorgeberechtigten zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen scheidet aus bzw. ist erfolglos und aus Sicht des Berufsgeheimnisträgers ist zur Abwendung der Gefährdungslage ein Tätigwerden des Jugendamtes erforderlich!) **nicht nur eine Befugnis, sondern im Regelfall eine Pflicht zur Einbindung des Jugendamtes** besteht. Ansonsten würde eine mit ziemlicher Sicherheit eintretende erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes bzw. Jugendlichen in Kauf genommen. Ärztinnen und Ärzte sind in diesen Fällen, wie oben dargestellt, in der Regel durch die aus Behandlungsvertrag oder tatsächlicher Gewährübernahme begründete Beschützergarantenstellung dazu verpflichtet, Schaden für das Wohl des behandelten Kindes bzw. Jugendlichen abzuwenden. Dies beinhaltet zwingend auch die Information gegenüber geeigneten Stellen (Jugendamt, Polizei), wenn der Eintritt des Schadens nicht mit anderen Mitteln verhindert werden kann. **Der durch die „Kann-Formulierung“ scheinbar vorliegende Entscheidungsspielraum verdichtet sich in solchen Fällen zugunsten der erforderlichen Sicherstellung des Kindeswohls auf eine Handlungspflicht zur unverzüglichen Einbindung des Jugendamtes, wenn dies aus ärztlicher Sicht zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung erforderlich ist.**

HINWEIS:

• Leider wurde in § 4 Abs. 3 KKG eine entsprechende Handlungspflicht zur Einbindung des Jugendamtes bei der dort genannten Gefährdungslage nicht ausdrücklich und damit eindeutig und klar geregelt. Das Ziel der Schaffung von Handlungssicherheit und Rechtsklarheit wurde somit nicht vollumfänglich erreicht. Die Bayerische Staatsregierung hatte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens eine entsprechende Klarstellung in § 4 Abs. 3 KKG gefordert (siehe Plenarantrag des Freistaates Bayern, BR-Drs. 202/2/11, der auf der Internetversion nachlesbar ist). Wichtiges Ziel des Leitfadens ist es, Sicherheit beim Erkennen und im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen zu schaffen und insbesondere die grundsätzlich bestehende Handlungspflicht zur Einbindung des Jugendamtes mit Empfehlungen und Fallbeispielen näher zu konkretisieren (vergleiche hierzu auch Art. 14 Abs. 6 GDVG).

Auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) haben in ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum Referentenentwurf des BKiSchG betont, dass bei **gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt verpflichtet sind, das Jugendamt oder gegebenenfalls auch die Polizei einzuschalten, und verweisen auf den entsprechenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses aus 2008** (siehe oben sowie Ziffer 2.3.2.) So auch die Haltung der in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) zusammengeschlossenen Verbände.¹⁷

**BKiSchG:
§ 4 Abs. 3 KKG**

Ebenfalls Handlungspflicht: Einbindung Jugendamt, wenn zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich

**BVKJ und BVÖGD
sowie DAKJ**

Rückinformation des Jugendamtes

Eine vielfach in der Praxis gestellte Frage und ein großes Anliegen aus der ärztlichen Praxis ist die Rückinformation (Feedback) des Jugendamtes über den weiteren Hilfeverlauf. Festzuhalten ist dabei, dass auch die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe der Schweigepflicht unterliegen und konkrete Informationen über den weiteren Hilfeverlauf deshalb grundsätzlich nur mit Einwilligung der Betroffenen erfolgen dürfen (siehe Ziffer 2.2.3.). Ebenso wie auf Seiten der Gesundheitsberufe eine möglichst transparente Einbindung des Jugendamtes gewährleistet werden soll, soll auch seitens der Fachkräfte des Jugendamtes nachdrücklich bei den Betroffenen dafür geworben werden, dass möglichst alle relevanten Kooperationspartner im Hilfeprozess einbezogen bleiben und insbesondere eine Rückinformation zum Hilfeverlauf an die das Jugendamt einbindenden Ärztinnen und Ärzte gestattet wird.

HINWEIS:

● Im Einzelfall kann es unter Umständen auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten für die jeweilige Hilfe wichtig und fachlich erforderlich sein, Informationen mit der einbindenden Ärztin bzw. mit dem einbindenden Arzt auszutauschen, insbesondere wenn dies zur Abwehr einer Kindeswohlgefährdung erforderlich ist (siehe auch § 8a Abs. 4 SGB VIII). Auch hier ist eine transparente Vorgehensweise mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern zu empfehlen.¹⁸

Empfehlung: Anonymisierter genereller Austausch und Diskussion von Fallbeispielen ohne konkrete Namensnennung, ob ärztliche Einschätzungen zu gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bei der Einbindung des Jugendamtes eher zutreffen oder nicht (z. B. bei interdisziplinären Arbeitskreisen).

Fallbeispiele und weitere Empfehlungen in Kapitel 3

Zur Unterstützung der Praxis werden in Kapitel 3 zu den unterschiedlichen Formen von Gewalt spezifische Erläuterungen und Fallbeispiele gegeben, die insbesondere auch die bestehenden Einbindungspflichten des Jugendamtes zur Sicherstellung des Kindeswohls weiter konkretisieren sollen. Dabei werden unter anderem Fallkonstellationen beschrieben, in denen z. B. allein aus einer Verletzung für sich allein noch keine gewichtigen Anhaltspunkte z. B. für eine körperliche Misshandlung im Sinne des Art. 14 Abs. 6 GDVG ersichtlich sind, bei denen aber weitere Umstände hinzukommen (z. B. widersprüchliches Verhalten der Personensorgeberechtigten zu den Ursachen etc.) und sich dadurch die vorliegenden Anhaltspunkte in der Gesamtschau zu gewichtigen Anhaltspunkten für eine Misshandlung verdichten, mit der Folge, dass das Jugendamt zur Sicherstellung des Kinderschutzes zwingend einzubinden ist.



Vertiefende Informationen stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/50.php).

2.3.5. Anonymisierte bzw. pseudonymisierte Beratung und Klärung von Fragen

Möglichkeit der anonymisierten bzw. pseudonymisierten Beratung

Bei Unsicherheiten z. B. hinsichtlich des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung oder bei Fragen, welche Unterstützungsangebote vor Ort vorhanden sind, besteht die Möglichkeit, sich zunächst beraten zu lassen, ohne die persönlichen Daten des Kindes bzw. des Jugendlichen zu offenbaren. Ansprechpartner sollte in erster Linie das Jugendamt sein, dann kann z. B. auch weiterer Hilfebedarf oder das Leistungsangebot einer anderen Stelle für den konkreten Fall abgeklärt werden, ohne dass Dritte erfahren, für wen die Erkundigungen eingeholt werden. Über den Fall kann in anonymisierter oder pseudonymisierter Form gesprochen werden. Sicherzustellen ist dabei, dass kein Rückbezug auf die Patientinnen und Patienten, deren Daten geschützt werden sollen, möglich ist.

Hilfestellung gibt ferner die am Institut für Rechtsmedizin der LMU eingerichtete Kinderschutzambulanz als bayernweite Anlaufstelle, siehe hierzu Ziffer 2.3.6.

Kinderschutzambulanz

Sicherheit kann bei diesen Fragen vor allem auch bei interdisziplinären Veranstaltungen (z. B. Fort- und Weiterbildungsangebote, Austausch bei gemeinsamen Arbeitskreisen etc.) gewonnen werden (siehe hierzu auch Ziffer 2.2.4.).

Interdisziplinäre Veranstaltungen und Qualifizierungsangebote

HINWEIS:

• Nach dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG), das zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, haben Ärztinnen und Ärzte zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung gegenüber dem zuständigen Jugendamt einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln. Vor einer Übermittlung sind diese Daten zu pseudonymisieren (siehe § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG). Pseudonymisieren bedeutet, dass ein Rückbezug auf die Patienten, deren Daten geschützt werden sollen, auszuschließen ist.

2.3.6. Kinderschutzambulanz

Die Rechtsmedizin ist ein wichtiger Partner, wenn es um das Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und auch die Ausräumung unbegründeter Verdachtsmomente geht. Als bayernweite Anlaufstelle ist mit Unterstützung des StMAS seit April 2011 am Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Kinderschutzambulanz eingerichtet. Diese ist Ansprechpartner insbesondere für Ärztinnen und Ärzte und andere Fachkräfte der Gesundheitsberufe sowie für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, Lehrkräfte, aber auch Personensorgeberechtigte bei Fragen zum Erkennen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Kinder und Jugendliche werden schnell, umfassend und kostenlos untersucht, Verletzungen dokumentiert und Beweismittel und Spuren einer Misshandlung gesichert. Die Kinderschutzambulanz bietet ferner kompetente Beratung bei Unsicherheiten im Umgang mit möglichen Kindeswohlgefährdungen und der Frage der Einbindung von Jugendämtern an. Im Einzelfall wird dabei bei darüber hinausgehenden konkreten weiteren Fragen an den zuständigen Ansprechpartner im jeweiligen Jugendamt verwiesen. Zu aktuellen Zahlen der Kinderschutzambulanz siehe Ziffer 3.1.1.

Kinderschutzambulanz

Mit interdisziplinären Qualifizierungs- und Fortbildungsveranstaltungen leistet die Kinderschutzambulanz ferner einen wichtigen Beitrag zur Setzung bayernweiter interdisziplinärer Qualitätsstandards im Kinderschutz (siehe auch Ziffer 2.2.4.). Darüber hinaus werden die Gewaltopfer und deren Angehörige, aber auch Ärztinnen und Ärzte, die Gewaltopfer behandeln, beraten.

Remed-online ist ein konsiliarischer Online-Dienst der Kinderschutzambulanz. Auf dem geschützten Portal: www.remed-online.de können Ärztinnen und Ärzte kostenlos und gegebenenfalls auch anonym Beratung und Informationen über das Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, die Dokumentation und Spurensicherung, aber auch zu arztrechtlichen Aspekten einholen. Die Schilderung eines Falles kann auch durch fotografische Aufnahmen von Verletzungen, gegebenenfalls auch durch Übermittlung von Röntgenaufnahmen, ergänzt werden.

Remed-online

HINWEIS:

• Weitere Informationen zur Kinderschutzambulanz sind abrufbar unter www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/ambulanz und www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/kinderschutzambulanz.

2.4. Kinder- und Jugendhilfe

2.4.1. Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

Jugendämter haben Gesamtverantwortung

Die Gesamtverantwortung einschließlich der Planungs- und Steuerungsverantwortung in der Kinder- und Jugendhilfe liegt bei den Jugendämtern. Zu ihren Aufgaben gehören insbesondere die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Infrastruktur, die Gewährung von Leistungen für Familien und junge Menschen sowie die Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes und des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung (§§ 1 ff., 8a, 36, 36a, 80 SGB VIII). Maßgeblich unterstützt werden die Jugendämter bei der Aufgabenerfüllung und Leistungserbringung durch die Dienste und Einrichtungen der freien Jugendhilfe.

HINWEIS:

- Die Adressen aller 96 Jugendämter in Bayern sind zu finden unter www.stmas.bayern.de/familie/beratung/jugendamt sowie unter www.blja.bayern.de/adressen/jugendaemter.

Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind vor allem beratende, unterstützende und fördernde Angebote für junge Menschen und ihre Familien. Die Entscheidung, ob Angebote und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe angenommen werden, ist grundsätzlich freiwillig. Die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere die Jugendämter haben aber auch die Aufgabe der Gewährleistung eines starken Staates für Kinder in Not (Art. 6 Abs. 2 GG sowie Art. 125, 126 BV: staatliches Wächteramt, siehe insbesondere Ziffer 2.4.3.). Sind Eltern zur Mitwirkung bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos bzw. Abwendung einer Gefährdung nicht bereit oder in der Lage, sind erforderliche Maßnahmen auch gegen den Willen der Eltern zu veranlassen (zu den Interventionen im Einzelnen siehe Ziffer 2.4.3.). Bei allen Entscheidungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe stehen nach dem SGB VIII das Kind bzw. der Jugendliche und deren Wohl im Vordergrund (zu den elementaren Handlungsgrundsätzen siehe Ziffer 2.1.). Im Einzelfall sind schwierige und sensible Abwägungsprozesse im Spannungsfeld von Prävention und Intervention nötig.

HINWEIS:

- Hilfeformen der Kinder- und Jugendhilfe reichen von Beratung und ambulanten Hilfen für Familien (z. B. Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft) und Angeboten in Kindertageseinrichtungen über familienergänzende Angebote (z. B. Tagesgruppen) bis hin zu familienersetzenden Angeboten und Maßnahmen (z. B. Vollzeitpflege, Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen). Bedarf, Umfang und Intensität von Hilfen zur Erziehung werden im Hilfeplanverfahren (§§ 36, 36a SGB VIII) von den Fachkräften des Jugendamtes festgestellt und bewilligt. Eine wichtige Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs und der Einschätzung einer Gefährdung sind dabei die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes.



Vertiefende Informationen zu Ansprechpartnern und Unterstützungsangeboten, insbesondere zu wichtigen Anlauf- und Beratungsstellen, stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/52.php). Siehe hierzu auch Übersicht bei Kapitel 6.

Weiterführende Informationen zum gesamten Angebots- und Leistungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe in Bayern sind auch unter www.stmas.bayern.de/jugend, www.herzwerker.de, www.kinderschutz.bayern.de sowie www.blja.bayern.de abrufbar.

Ansprechpartner im Jugendamt:

Innerhalb des Jugendamtes sind zur Einschätzung sowie zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung in aller Regel die Fachkräfte der sogenannten Bezirkssozialarbeit (bzw. des Allgemeinen Sozialdienstes – ASD)¹⁹ die geeigneten Ansprechpartner. Im Zweifelsfall sollte Kontakt zur jeweiligen Jugendamtsleitung aufgenommen werden. Dort ist schnell Auskunft zu erhalten, wer im Stadtteil oder der Region im konkreten Einzelfall zuständig ist. Dringend zu empfehlen ist der Austausch von Namenslisten mit Telefonnummern zuständiger Ansprechpartner und Zuständigkeitsverzeichnissen im Rahmen strukturell angelegter Zusammenarbeit (siehe hierzu Ziffer 2.2.2.). Zur Sicherstellung des Kindeswohls in akuten Krisenfällen ist eine Erreichbarkeit vor allem auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten zu gewährleisten.

Feste interdisziplinäre Netzwerkstrukturen sichern in Bayern vor allem die flächendeckend etablierten regionalen Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit, siehe Ziffer 2.4.2.), die Ansprechpartner insbesondere bei Fragen zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdung und der Stärkung von Elternkompetenzen in Belastungssituationen sind.

Erreichbarkeit außerhalb üblicher Dienstzeiten:

Gerade in Krisenfällen ist hoher Handlungsdruck gegeben und daher ist es besonders wichtig, dass im Vorfeld Vereinbarungen auch zur Erreichbarkeit außerhalb der üblichen Dienstzeiten getroffen werden und Ärztinnen und Ärzte über Kontaktdaten zuständiger Ansprechpartner im Jugendamt verfügen (siehe Ziffer 2.2.2.). Vor allem bei größeren Jugendämtern empfiehlt es sich, neben der Leitung auch die für die jeweilige Region zuständige Fachkraft zu kennen. In „ruhigeren“ Zeiten geknüpft und gepflegt, erweisen sich die vorhandenen Kontakte und insbesondere das persönliche Kennenlernen als kurzfristig und belastbar in Krisen und Konflikten.

Um die Erreichbarkeit in Krisenfällen auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten sicherzustellen, sollen die Jugendämter darüber hinaus zumindest bei den Einsatzzentralen der Polizeipräsidien den bzw. die verantwortlichen Vertreter des Jugendamtes benennen.

**Ansprechpartner
im Jugendamt**

**Erreichbarkeit außerhalb
üblicher Dienstzeiten**

! HINWEIS:

● Soweit die Jugendämter die Erreichbarkeiten der Ansprechpartner mitgeteilt haben, können diese im konkreten Bedarfsfall unter der Notrufnummer 110 bei den Einsatzzentralen der Polizeipräsidien rund um die Uhr abgefragt werden. Empfohlenes Verfahren: Anruf der Einsatzzentrale beim genannten Ansprechpartner mit der Bitte um Kontaktaufnahme mit der anfragenden Ärztin bzw. dem anfragenden Arzt. Die hier eingesetzten Polizeibeamten haben auch hier das Legalitätsprinzip zu beachten.

2.4.2. Präventiver Kinderschutz in Bayern

Frühe Hilfen in Bayern

Die Stärkung elterlicher Kompetenzen ist der beste und nachhaltigste Ansatz zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes. Zur frühzeitigen Stärkung elterlicher Kompetenzen gibt es in Bayern eine Vielfalt an unterschiedlichen und passgenauen Angeboten. Eine Übersicht zu den Frühen Hilfen in Bayern ist zu finden unter www.fruehehilfen.bayern.de.

Die Angebotspalette der Eltern- und Familienbildung umfasst Informationen und Ratschläge, Elternkurse und Elternbriefe, aber auch die Beratung in Fragen der Erziehung und Angebote der Familienerholung.

Damit auch belastende Situationen Eltern nicht überfordern und um sicherzustellen, dass möglichst „kein Kind den Anschluss verpasst“, gibt es darüber hinaus zahlreiche differenzierte Angebote. Eine systematische Vernetzung der Angebote Früher Hilfen zur Unterstützung bei Belastungssituationen leisten die KoKi-Netzwerke. Neben qualifizierten Beratungsmöglichkeiten in den Jugendämtern (Anlaufstelle: KoKi-Netzwerk frühe Kindheit) steht Familien in Bayern insbesondere ein flächendeckendes Netz von rund 180 Erziehungsberatungsstellen zur Verfügung. Diese Einrichtungen, die in der Trägerschaft der öffentlichen und freien Jugendhilfe sind, leisten einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung elterlicher Erziehungs Kompetenzen. Multidisziplinäre Fachteams unterstützen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte in Belastungssituationen bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren. Zu den besonderen Unterstützungsmöglichkeiten bei sog. Schreibabys siehe auch Ziffer 1.3.

KoKi – Netzwerk frühe Kindheit

Wichtige Anlaufstellen im Bereich des Präventiven Kinderschutzes sind die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi). Um Belastungssituationen in Familien frühzeitig zu erkennen und Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, wurden in Bayern seit 2009 flächendeckend Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit) im Verantwortungsbereich der Jugendämter geschaffen. Zielgruppen sind insbesondere Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die gezielter und qualifizierter Unterstützung bedürfen.

HINWEIS:

- Eine Übersicht zu den KoKis in Bayern ist zu finden unter www.koki.bayern.de.

Unterstützung für Familien in belasteten Situationen durch systematische Vernetzung Früher Hilfen

Wesentliche Aufgabe der KoKi-Fachkräfte ist die systematische Vernetzung der regionalen Angebote Früher Hilfen und die strukturelle Verankerung interdisziplinärer Zusammenarbeit zur Stärkung elterlicher Erziehungs Kompetenzen auch und insbesondere in familiären Belastungssituationen. Sie organisieren, koordinieren und pflegen das „Netzwerk frühe Kindheit“ vor Ort und helfen Eltern bei der Suche nach der richtigen Hilfe. Die KoKi-Fachkräfte sind dabei vertrauensvolle Ansprechpartner sowohl für die Familien als auch für die KoKi-Netzwerkpartner. Etwaige Hemmschwellen von Familien und Netzwerkpartnern gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe sollen dadurch weiter abgebaut und unterstützende Angebote für Eltern gebündelt und bekannt gemacht werden (Navigationsfunktion). Sie informieren über Unterstützungsangebote von Einrichtungen und Diensten sowohl der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Angebote von Erziehungsberatungsstellen) als auch anderer Hilfesysteme (z. B. über Leistungsangebote von Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsämtern, Schuldnerberatungsstellen, Frühförderstellen, Hebammen, Schwangerschaftsberatungsstellen) und vermitteln auf Wunsch dorthin.

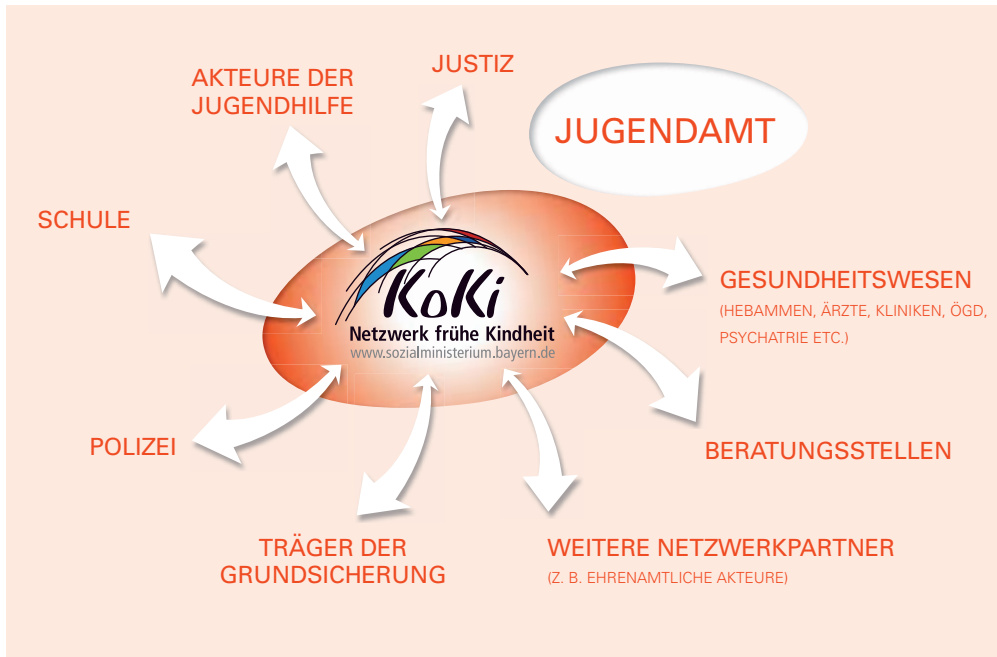


Abbildung 3: KoKi – Netzwerk frühe Kindheit

Ziel ist, Überforderungssituationen von Eltern und andere Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sowie für das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen, damit ihnen durch zuverlässige und institutionsübergreifende Unterstützungs- und Hilfeangebote rechtzeitig begegnet werden kann (selektive/sekundäre Prävention) und Schutzfaktoren gestärkt werden (siehe hierzu auch Ziffer 1.3.). Die Leistungen des KoKi-Netzwerkes sind ein unterstützendes Angebot für Eltern. Eine Inanspruchnahme erfolgt freiwillig. Durch Unterstützung aus dem interdisziplinären Netzwerk, in das möglichst alle Berufsgruppen der Region, die sich wesentlich mit Säuglingen und Kleinkindern befassen, eingebunden sind, sollen Eltern auch in Belastungssituationen befähigt werden, für eine gute und gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu sorgen. Neben der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen geht es darum, durch die Förderung elterlicher Beziehungs-, Bindungs- und Erziehungskompetenzen vor allem auch positive Entwicklungschancen für Kinder zu schaffen (grundlegender Beitrag zur Schaffung von Chancen- und Bildungsgerechtigkeit für Kinder, siehe auch Ziffer 1.2.).

Da Ärztinnen und Ärzte und andere Vertreter des Gesundheitsbereichs (z.B. Hebammen und Entbindungspfleger, Schwangerschaftsberatungsstellen etc.) in der frühen Kindheit oft die ersten Ansprechpartner für Eltern sind, haben sie eine besondere Schlüsselstellung und sind deshalb äußerst wichtige Kooperationspartner im KoKi-Netzwerk. Werden in diesem Zusammenhang weitere Unterstützungsbedarfe anderer Professionen und Hilfesysteme, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe bekannt, geht es darum, bei den Eltern möglichst frühzeitig um die Inanspruchnahme entsprechender Angebote und Hilfen zu werben.

Eine besondere Rolle kommt den Hebammen zu, wenn es darum geht, Familien möglichst frühzeitig zu erreichen und ihnen Hilfemöglichkeiten aufzuzeigen. Deshalb hat das StMAS zusammen mit dem Bayerischen Hebammen Landesverband e. V. und dem Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb) ein umfassendes Kursprogramm für eine familienpädagogische und präventive Weiterbildung für alle Hebammen entwickelt (MAJA – Hebammen helfen Eltern), die sich in ihren familienpädagogischen und kommunikativen Fähigkeiten weiterbilden wollen.

Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen sowie Schaffung von mehr Chancengerechtigkeit

Gesundheitsberufe wichtiger Partner im KoKi-Netzwerk

BKiSchG:
§ 3 KKG

Entsprechende interdisziplinäre Netzwerke werden auch im Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG), das zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist, als zentrales Element zur Verbesserung des Präventiven Kinderschutzes gesehen. So werden in § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz - KKG entsprechende verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz empfohlen und entsprechende Rahmenbedingungen hierfür festgelegt.

HINWEIS:

● Bayern ist mit dem KoKi-Konzept und den KoKi-Netzwerken frühe Kindheit bundesweiter Vorreiter im Bereich systematischer Vernetzung Früher Hilfen für Familien in belasteten Lebenssituationen. Erprobt wurde das Konzept erfolgreich im länderübergreifenden Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ (2006 – 2008, Projektleitung: Universitätsklinikum Ulm). Seit 2009 werden interdisziplinäre KoKi-Netzwerke aufgebaut, gepflegt und weiterentwickelt. Eine flächendeckende Etablierung besteht bereits. Das StMAS unterstützt die Jugendämter dabei sowohl fachlich als auch finanziell mit einem Regelförderprogramm.

Informationen zum KoKi-Konzept und Förderprogramm des StMAS sowie zum länderübergreifenden Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ sind insbesondere abrufbar unter www.koki.bayern.de.

Mit der in § 3 Abs. 4 KKG enthaltenen Bundesinitiative des BMFSFJ soll in Bayern insbesondere der verstärkte Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen in den KoKi-Netzwerken frühe Kindheit unterstützt werden. Weiterführende Informationen zur Umsetzung der Bundesinitiative sind auf der Internetversion eingestellt (www.aerzteleitfaden.bayern.de/ut/56.php).

Weiterführende Informationen zu Angeboten Früher Hilfen in Bayern sind insbesondere abrufbar unter:

- Ein Überblick insgesamt zu den Angeboten Früher Hilfen in Bayern ist unter www.fruehehilfen.bayern.de zu finden.
- Eine Übersicht zu Angeboten der Familienbildung ist unter www.familienbildung.bayern.de abrufbar. Wichtige Informationen zur Familienbildung enthält ferner das Handbuch des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Bamberg zur Familienbildung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe in Bayern.
- Eine Übersicht zu KoKis in Bayern sowie weitere Informationen hierzu sind abrufbar unter www.koki.bayern.de.
- Alle bayerischen Erziehungsberatungsstellen sind unter folgender Adresse zu finden: www.lag-bayern.de/erziehungsberatung/beratungsstellen. Weitere Informationen finden sich unter www.erziehungsberatung.bayern.de.
- Schreibabyambulanzen sind zu finden unter: www.stmas.bayern.de/familie/bildung/schreibabys.
- Hebammen: MAJA – Hebammen helfen Eltern: www.stmas.bayern.de/familie/bildung/maja.
- Schwangerschaftsberatungsstellen: www.stmas.bayern.de/familie/beratung/schwangere.
- Zu den Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrischen Zentren in Bayern siehe www.stmas.bayern.de/teilhabe/fruehfoerd.

2.4.3. Interventionen bei Kindeswohlgefährdung

Neben der Unterstützung der Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder hat das Jugendamt gemäß § 8a SGB VIII insbesondere auch die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (staatliches Wächteramt). Die Angebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind grundsätzlich freiwillig. Zur Abklärung bzw. zur Abwendung von Kindeswohlgefährdungen besteht allerdings eine Pflicht der Eltern zur Mitwirkung und zur Inanspruchnahme von für die zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlichen Leistungen. Vorrangiges Ziel ist auch hier, die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten, so weit möglich, zur aktiven Mitarbeit an der sofortigen Abwendung einer Kindeswohlgefährdung zu veranlassen. Im Mittelpunkt aller Entscheidungen steht das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen (§ 1 SGB VIII).

Schutzauftrag des Jugendamtes nach § 8a SGB VIII

Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es gemäß § 8a Abs. 1 SGB VIII das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz des Kindes bzw. des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Eltern sowie das Kind bzw. den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind bzw. Jugendlichen und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen.

Einschätzung des Gefährdungsrisikos nach § 8a SGB VIII

Können oder wollen Eltern nicht ausreichend zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos bzw. zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung mitwirken, haben die Jugendämter bei den Familiengerichten die im Interesse des Kindeswohls notwendigen Mitwirkungsaufgaben bzw. Einschränkungen des Elternrechts zu beantragen und zu erwirken (§ 1666 BGB, § 8a Abs. 3 SGB VIII, siehe auch Ziffer 2.5.). Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen (§§ 8a Abs. 3 Satz 2, 42 SGB VIII, siehe auch unten).²⁰

Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden Dritter, insbesondere der Gesundheitsberufe erforderlich ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme hinzuwirken; ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein (§ 8a Abs. 4 SGB VIII).

Zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes sind die Jugendämter ganz erheblich darauf angewiesen, dass sie bei entsprechenden Gefährdungslagen schnell eingebunden werden. Besonders relevant sind dabei ärztliche Erkenntnisse über Anhaltspunkte von Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen (siehe Ziffern 2.3.1. und 2.3.4.). Aufgabe der Jugendämter (Ansprechpartner siehe Ziffer 2.4.1.) ist es, diesen Anhaltspunkten nachzugehen und insbesondere zu prüfen, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.

Kein Signal darf verloren gehen

Zur Sicherstellung des Kinderschutzes hat das Jugendamt, beginnend bei der Mitteilung oder dem Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte bis zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung zusammen mit den am Klärungs- und Hilfeprozess Beteiligten ein Schutzkonzept zu erstellen. Dieses dient der Prüfung und Überprüfung der Risikoeinschätzung, des sich hieraus resultierenden Schutzbedarfs, der weiteren notwendigen Handlungsschritte, der Organisation von Hilfen und der verantwortlichen Einhaltung von Absprachen mit den am Klärungs- und Hilfeprozess beteiligten Personen.²¹ Für die Ausgestaltung der Hilfe im Einzelfall ist die Aufstellung eines qualifizierten Hilfeplans (§ 36 SGB VIII) erforderlich. Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes sind hierfür eine wichtige Grundlage.

Schutzkonzept und Hilfeplan

**Inobhutnahme nach
§ 42 SGB VIII**

Das Jugendamt ist unter den Voraussetzungen des § 42 SGB VIII berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Kind oder der Jugendliche darum bittet oder eine dringende Gefahr für das Kindeswohl die Inobhutnahme erfordert und die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

Während der Inobhutnahme hat das Jugendamt weitreichende Befugnisse zum unmittelbaren Handeln, insbesondere ist es berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind (z. B. Veranlassung notwendiger medizinischer Untersuchungen). Mit der Inobhutnahme ist auch die Befugnis zur vorläufigen Unterbringung bei einer geeigneten Person, Einrichtung oder einer sonstigen (geeigneten) Wohnform verbunden (z. B. Kinderschutzzentrum, Kinder- und Jugendnotdienste etc.).

Wegen der Funktion der Inobhutnahme als Ausübung des staatlichen Wächteramtes ist die Erfüllung der Aufgabe grundsätzlich den Jugendämtern vorbehalten. Die einzelnen Befugnisse sind an das Jugendamt adressiert, anerkannte Träger der freien Jugendhilfe können an der Durchführung der Aufgaben beteiligt werden. Ihnen kann vom Jugendamt auch die ganze Aufgabe übertragen werden, die Verantwortung des Jugendamtes bleibt aber bestehen (§§ 75, 76 SGB VIII).



Zur Gewährleistung eines landesweit einheitlichen Vollzugs sowie von Qualitätsstandards gibt es zahlreiche Hilfestellungen und Empfehlungen. **Vertiefende Informationen** hierzu stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/ut/58.php).

2.5. Polizei und Justiz

Wichtige Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sind neben den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe auch Polizei und Justiz (insbesondere Staatsanwaltschaft, Familienrichter).

Wenn die Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Staatsanwaltschaft) Kenntnis von Umständen erlangen, die auf das Vorliegen einer Straftat hindeuten, sind sie verpflichtet, ein Ermittlungsverfahren einzuleiten (eine Ausnahme besteht lediglich bei den Delikten, bei denen zusätzlich ein Strafantrag des Geschädigten erforderlich ist). Ergibt sich ein so starker Verdacht, dass eine Verurteilung des Beschuldigten überwiegend wahrscheinlich ist, muss die Staatsanwaltschaft Anklage erheben. Eine Einstellung – insbesondere gegen Auflage – ist dann nur unter engen Voraussetzungen denkbar, die in Fällen der vorliegenden Art nur selten gegeben sein werden.



§ 152 StPO:

- (1) Zur Erhebung der öffentlichen Klage ist die Staatsanwaltschaft berufen.
- (2) Sie ist, soweit nicht gesetzlich ein anderes bestimmt ist, verpflichtet, wegen aller verfolgbaren Straftaten einzuschreiten, sofern zureichende tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen.

Originäre Aufgabe der Polizei ist die Abwehr konkreter Gefahren, das heißt in erster Linie der Schutz des Opfers vor weiteren Gewalttaten sowie die Gewährleistung einer umfassenden Strafverfolgung. Hierzu ergreift die Polizei verschiedene Maßnahmen, die sie zur Gefahrenabwehr auf das Polizeiaufgabengesetz (PAG) begründet. Zur Strafverfolgung ergeben sich die Befugnisse der Polizei aus der Strafprozessordnung (StPO).

Ansprechpartner bei der Polizei sind grundsätzlich alle Polizeidienststellen. Diese sind über Notruf 110 Tag und Nacht erreichbar. Die jeweilige Polizeidienststelle vor Ort ist unter anderem im Internet zu finden unter www.polizei.bayern.de.

Grundsätzlich sind alle Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten in Bayern entsprechend geschult, um professionell und sensibel auf die jeweils vorgefundene Situation und das Opfer einzugehen.

Als konkrete Ansprechpartner sind im Besonderen die bei den einzelnen Polizeipräsidien angesiedelten „Beauftragten der Polizei für Frauen und Kinder“ (BPFK) zu nennen, deren primäre Aufgabe die Beratung und Unterstützung von Opfern von Gewalttaten im sozialen Nahraum (Gewalt in Familie, Partnerschaft, familienähnlichen Beziehungen und in Trennungssituationen), von Stalking sowie von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung ist, durch die Frauen oder Kinder gefährdet oder bereits verletzt worden sind. Die BPFK werden dabei in allen Polizeipräsidien durch örtliche Ansprechpartner bei den Kriminalpolizeiinspektionen unterstützt.

Im Rahmen polizeilicher (Opfer-) Beratung informiert die Polizei unter Beachtung der psychischen Situation des Opfers unter anderem über den Ablauf eines Ermittlungsverfahrens, über Straftatbestände, über die Rechte von Opfern und Zeugen im Strafverfahren, über zivilrechtliche Möglichkeiten sowie über die jeweils regional vorhandenen Hilfsangebote (Opfer- bzw. Hilfseinrichtungen, Anlaufstellen für Opfer, behördliche Institutionen etc.). Dabei ist die Polizei dem Legalitätsprinzip verpflichtet und muss daher bei bekannt gewordenen Straftaten die Verfolgung von Amts wegen einleiten. Eine anonyme Beratung ist daher nicht möglich.

Legalitätsprinzip

Aufgaben der Polizei

Ansprechpartner bei der Polizei

Beauftragte der Polizei für Frauen und Kinder

HINWEIS:

- Weiterführende Informationen, insbesondere zu Aufgaben und Erreichbarkeiten der BPFK, sind auf folgenden Internetseiten zu finden:
 - www.polizei.bayern.de/schuetzenvorbeugen/beratung/frauenundkinder
 - www.polizei-beratung.de.

Aufgaben der Staatsanwaltschaft

Aufgabe der Staatsanwaltschaft ist die Strafverfolgung. Sie leitet das Ermittlungsverfahren und entscheidet nach Abschluss der Ermittlungen, ob und gegebenenfalls wegen welcher Vorwürfe Anklage erhoben wird. Dabei ermittelt sie den Sachverhalt umfassend von Amts wegen und geht allen für und gegen den Beschuldigten sprechenden Anhaltspunkten nach. In der Hauptverhandlung vor dem Gericht wirkt sie durch ergänzende Befragung der Zeugen und durch Stellung der Schlussanträge mit.

Ansprechpartner bei der Staatsanwaltschaft

Bei den Generalstaatsanwaltschaften gibt es Ansprechpartner für Fälle der sexuellen Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen. Sie sind zu finden über: www.justiz.bayern.de/ministerium/opfer/ansprechpartner.

Sie stehen als erste Ansprechpartner für Opfer und deren Angehörige zur Verfügung, aber auch für Schulen, Einrichtungen und Institutionen, soweit es um Fragen im Zusammenhang mit der Strafverfolgung bei Verdachtsfällen von Sexualdelikten an Kindern und Jugendlichen geht. Die Ansprechpartner informieren unter anderem über allgemeine Fragen der Strafverfolgung wie etwa Möglichkeiten und Folgen einer Strafanzeige, Ablauf des Ermittlungs- und Strafverfahrens sowie über Opferschutzrechte.

Vernehmung minderjähriger Opfer

Die Justiz ist sich der besonderen Situation, in der sich Opfer von Misshandlungen befinden, bewusst und bemüht sich, die Belastungen zu vermindern. Vernehmungen kindlicher Zeugen werden bei der Polizei von besonders geschulten Personen in kindgerechter Atmosphäre durchgeführt.

Zahlreiche Maßnahmen zielen darauf ab, die Zahl der Vernehmungen so weit wie möglich zu verringern. So können Vernehmungen auf Videofilm aufgenommen und später abgespielt werden. Die Staatsanwaltschaft kann Anklage zum Landgericht erheben, um zu vermeiden, dass im Laufe des Instanzenwegs weitere Vernehmungen erforderlich werden. Würde ein unmittelbares Aufeinandertreffen von Täter und Opfer schwerwiegende psychische Folgen haben, kann eine Befragung in der Hauptverhandlung durch eine simultane Bild-Ton-Übertragung erfolgen, bei der das Opfer sich in einem anderen Raum befindet.

An allen bayerischen Gerichten sind Zeugenbetreuungsstellen eingerichtet, die den Opfern helfend und beratend zur Seite stehen.

Verjährungsfristen

Straftaten können nach Eintritt der Verfolgungsverjährung nicht mehr geahndet werden (Verfahrenshindernis). Bei sexuellem Missbrauch von Kindern beträgt die Verjährungsfrist 10 Jahre, bei schwerem sexuellem Missbrauch 20 Jahre. Die Verjährung beginnt in Fällen des sexuellen Missbrauchs von Kindern oder bei Missbrauch von Schutzbefohlenen frühestens mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des Opfers zu laufen. Bayern setzt sich auf Bundesebene insbesondere für ein längeres Ruhen der Verjährung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs sowie für weitere Verbesserungen ein. Die Verjährung wird durch bestimmte Ermittlungsmaßnahmen der Staatsanwaltschaft unterbrochen, sodass sie dann von Neuem zu laufen beginnt.

HINWEIS:

• Verbesserungen im Bereich der Opferberatung sowie der Verlängerung der Verjährungsfristen sind im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG), der sich im laufenden Gesetzgebungsverfahren befindet, geplant (siehe BT-Drs. 17/6261). Soweit Änderungen erfolgen, werden hierzu Informationen auf der Internetversion eingestellt.

Minderjährige Gewaltopfer haben Anspruch auf Bestellung eines Opferanwalts auf Staatskosten, der sie während der Verhandlung begleitet und ihre Interessen vertritt. Sonstige Betreuung bieten die Opferhilfeverbände an.

Opfervertretungen**HINWEIS:**

• Opfer von Gewalttaten haben möglicherweise auch Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Für den Vollzug des OEG sind in Bayern in erster Linie die Regionalstellen des Zentrums Bayern Familie und Soziales (ZBFS) zuständig. Diese bieten auch eine Sonderbetreuung durch besonders geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die die Opfer von Gewalttaten sowie deren Angehörige umfassend über alle im Einzelfall möglichen Hilfen informieren und beraten (zu weiteren Informationen siehe www.zbfs.bayern.de/oeg/oeg-broschuere). Das ZBFS hat für Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalttaten geworden sind, ferner Traumaambulanzen in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken in ganz Bayern eingerichtet (vergleiche Leitfaden 2009 ZBFS, www.zbfs.bayern.de/imperia/md/content/bluf/oeg/leitfaden_traumaambulanz.pdf).

Bei Gefährdungen des Kindeswohls hat das Familiengericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen, wenn die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden (§ 1666 BGB). Das Gericht arbeitet dabei eng mit dem Jugendamt zusammen. Das Jugendamt muss das Gericht einschalten, wenn es sein Tätigwerden für erforderlich hält, weil die Eltern – verschuldet oder unverschuldet – nicht ausreichend bei der Sicherstellung des Kindeswohls mitwirken (siehe auch Ziffer 2.4.3.). Kommt es zu einem familiengerichtlichen Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung, hat das Gericht das Jugendamt anzuhören.

Aufgaben des Familiengerichts beim Kinderschutz

Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls sind zum Beispiel das Gebot, öffentliche Hilfen (etwa Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Gesundheitsfürsorge) in Anspruch zu nehmen, das Gebot, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen, oder – als ultima ratio – die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.



Vertiefende Informationen stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/61.php).

Fußnoten

- 1 Der Begriff Intervention wird in unterschiedlichen Fachbereichen unterschiedlich verwendet. Intervention bedeutet im Folgenden ein zielgerichtetes Eingreifen in einer konkreten Problemlage, um Schaden abzuwenden bzw. zu verringern, siehe auch Glossar, Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“, Werkbuch Vernetzung, 2010.
- 2 Siehe hierzu Meysen/Schönecker/Kindler, Frühe Hilfen im Kinderschutz, 2009, S. 25 ff., 29, 30.
- 3 Siehe auch Meysen/Schönecker/Kindler, aaO, 2009, S. 69 ff.
- 4 Siehe Meysen/Schönecker/Kindler, aaO, 2009, S. 71 ff., 73 f.; vgl. auch Tröndle/Fischer, 2007, § 34 Rn. 11.
- 5 Siehe auch Meysen/Schönecker/Kindler, aaO, 2009, S. 73 ff., 75.
- 6 Ständige Rechtsprechung des BGH zur Kindeswohlgefährdung, siehe Meysen/Schönecker/Kindler, aaO, 2009, S. 73 ff.
- 7 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Weitere Informationen hierzu siehe insbesondere www.g-ba.de/institution/struktur.
- 8 Siehe www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/196 sowie Bekanntmachung [1260 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/ Kindesmissbrauch vom 13. September 2007 samt der zugrunde liegenden tragenden Gründe; siehe www.g-ba.de/informationen/beschluesse/482.
- 9 Siehe www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/196 sowie Bekanntmachung [1488 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung vom 21. Februar 2008 samt der zugrunde liegenden tragenden Gründe; siehe www.g-ba.de/informationen/beschluesse/638.
- 10 Siehe LT-Drs. 15/9366, S. 6 ff.
- 11 Die allgemeine Anzeigepflicht geplanter Straftaten nach § 138 StGB gilt für jedermann und betrifft die in Absatz 1 Nr. 1 – 8 aufgezählten Delikte (z. B. Mord, Totschlag, Raub, Hochverrat etc.).
- 12 Siehe auch Wiesner, Kommentar SGB VIII, § 8a Rn. 13 ff. sowie Kindler, in Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, S. 105.
- 13 Wiesner, Kommentar SGB VIII, § 8a Rn. 13 a ff.; siehe auch Meysen/Schönecker/Kindler, aaO, 2009, S. 73 ff.
- 14 Der genannte Beschluss des G-BA und die hierfür tragenden Gründe sowie weiterführende Informationen hierzu sind abrufbar unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/638 (siehe Bekanntmachung [1488 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung vom 21. Februar 2008).
- 15 Die allgemeine Anzeigepflicht geplanter Straftaten nach § 138 StGB gilt für jedermann und betrifft die in Absatz 1 Nr. 1 – 8 aufgezählten Delikte (z. B. Mord, Totschlag, Raub, Hochverrat etc.).
- 16 Siehe auch Gesetzesbegründung, LT-Drs. 15/9366, S. 8.
- 17 Siehe gemeinsame Stellungnahme der in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) zusammengeschlossenen Verbände zum BKiSchG (www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/pressezentrum/show.php3?id=223&nodeid=105): Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKM), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) und Deutsche Gesellschaft für Soziopädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ).

- 18 Siehe hierzu auch Meysen u. a., Frühe Hilfen im Kinderschutz, S. 64 ff.
- 19 Die Aufgaben der Bezirkssozialarbeit sind bei den Jugendämtern teilweise auch im Allgemeinen Sozialdienst (ASD) verortet.
- 20 Zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII siehe auch Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendhilfeausschusses unter www.blja.bayern.de/textoffice/empfehlungen. Wichtige Informationen, wie sich Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe bei Anhaltspunkten zu Kindeswohlgefährdungen richtig verhalten, enthält die Broschüre „Schützen – Helfen – Begleiten“ des Bayerischen Landesjugendamtes.
- 21 Siehe auch BLJA, Schützen – Helfen – Begleiten, S. 41 ff., 51 ff.



3. Ärztliche Diagnose und Befunde – Formen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

3.1. Körperliche Gewalt

Elisabeth Mützel, Martina Heinrich, Randolph Penning, Matthias Graw

3.1.1. Definition und Epidemiologie

Einheitliche Definitionen für die verschiedenen Formen der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche existieren auf nationaler und internationaler Ebene nicht. „Unter physischer (körperlicher) Misshandlung können alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen“ (Kindler, 2006, siehe auch Ziffer 1.1.). Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) unterscheiden darüber hinaus zwischen intrafamiliärer (z. B. Störung der Eltern-Kind-Beziehung) und extrafamiliärer Gewalt (z. B. Gewalt gegen Kinder in Institutionen). In der Handreichung zur Wahrnehmung des Schutzauftrags der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung „Schützen – Helfen – Begleiten“ beschreibt das Bayerische Landesjugendamt die Misshandlung als erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit. Eine Misshandlung würde auch dann vorliegen, wenn Eltern z. B. aus religiösen Gründen eine Genitalverstümmelung vornehmen oder überlebensnotwendige Operationen ablehnen würden. Von einer erheblichen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit müsse beim Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms eines Elternteils ausgegangen werden, wenn Erkrankungen des Kindes fälschlich angegeben, vorgetäuscht oder künstlich erzeugt würden.

**Keine einheitliche
Definition**

Die Altersverteilung der Kinder, die in den Jahren 1989 sowie 2005 bis 31.07.2008 im Institut für Rechtsmedizin der Universität München untersucht wurden, ergibt, dass Kinder im Alter von ein bis zwei Jahren vermehrt von Übergriffen betroffen waren, ein weiterer Altersgipfel zeigt sich zwischen dem zehnten und 14. Lebensjahr.

Eine Auswertung der Statistik über die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen, die 2011 in der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München mit der Frage, ob eine Misshandlung vorliegt, vorgestellt wurden, ergibt, dass vorwiegend Kinder im Vorschulalter von Gewalt betroffen waren. Insgesamt wurden 68 Kinder und Jugendliche (bis 17 Jahre) in der Kinderschutzambulanz untersucht, davon 37 wegen sexueller Gewalt, 23 wegen körperlicher Gewalt und vier, bei denen beide Gewaltformen angegeben wurden, sowie vier zur Absicherung, ob Gewalt stattgefunden haben könnte, ohne dass ein konkreter Verdacht vorlag. Zusätzlich erfolgten 91 telefonische Beratungen für Ärzte und Ärztinnen, Jugendämter oder andere soziale Einrichtungen, aber auch Personensorgeberechtigte. Inhalt der Beratungen war überwiegend die Frage, ob anhand der gesehenen Verletzungen eine Misshandlung zu diagnostizieren ist oder insbesondere von Personensorgeberechtigten, was sie zum Schutz des Kindes unternehmen können.

**Statistik
Kinderschutzambulanz**

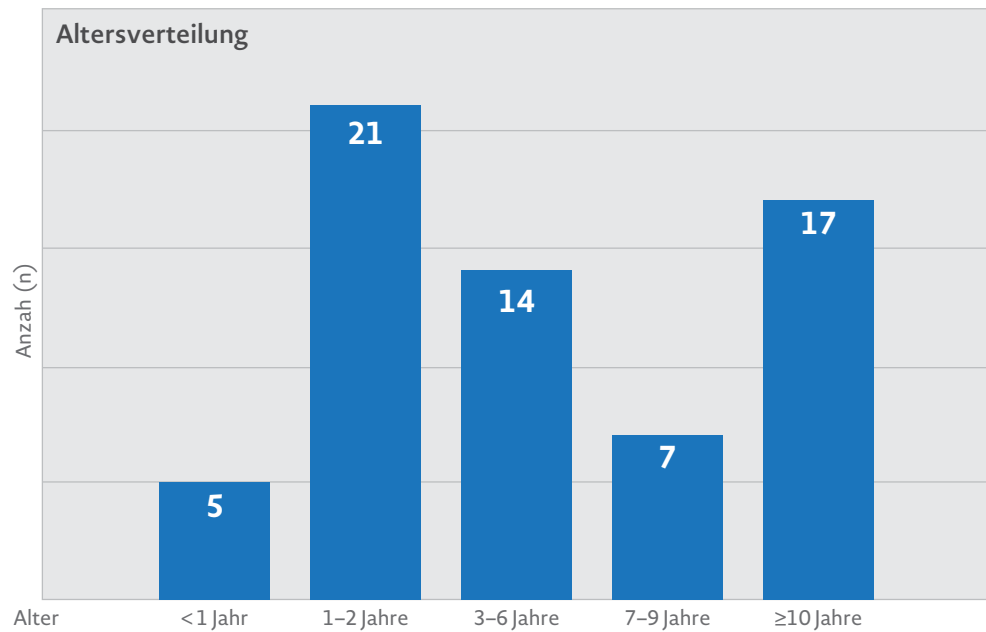


Abbildung 4: Altersverteilung der wegen Verdacht auf Misshandlung untersuchten Kinder am Institut für Rechtsmedizin München, Fälle der Jahre 1989 sowie 2005 bis 31.7.2008, n= 64 (Tabelle aus: Mützel E, Penning R: Aspekte der klinischen Rechtsmedizin bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, insbesondere beim Schütteltrauma, Abb. 3, S. 171, in: Peschel O, Mützel E, Penning R (Hrsg) Das Kind in der Forensischen Medizin, ecomed Verlag, 2009; mit freundlicher Genehmigung)

Lebenszeitprävalenz

Laut AWMF-Leitlinien zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung wird von einer Lebenszeitprävalenz (= Anteil an Personen, die schon mindestens einmal in ihrem Leben die untersuchte Störung aufgewiesen haben) bezüglich „Gewalterfahrung in der Kindheit“ (körperliche Gewalt) in Deutschland von 11,8 % bei Männern und 9,9 % bei Frauen ausgegangen.

Häufigkeit der Erkennung variiert stark

2 % aller stationär in Krankenhäusern betreuten Kinder sollen körperliche Symptome aufweisen, die an Misshandlung denken lassen. Die Häufigkeit der Erkennung in Kinderarztpraxen soll stark variieren und liegt wohl im Schnitt bei vier von 100.000 Patientenkontakten. In der kinderchirurgischen Ambulanz des Dr. von Haunerschen Kinderspitals werden circa 15 Fälle pro Jahr mit Verdacht auf Kindesmisshandlung bei circa 10.000 Vorstellungen pro Jahr gesehen.

Bleibende Schädigungen und Behinderungen nach körperlicher Misshandlung sollen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern vorkommen.

„Kinderschutz gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern zu tun haben. ... Nach allen epidemiologischen Arbeiten ist Kindesmisshandlung ... häufig, wird jedoch zu selten diagnostiziert“ (www.dakj.de; Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken).

3.1.2. Formen körperlicher Gewalt

Grundsätzlich gilt, die Kinder bzw. Jugendlichen am gesamten Körper zu untersuchen, sobald sich entweder aus der Anamnese oder schon bei der Untersuchung Hinweise auf eine Misshandlung ergeben. Dabei spielt die Haut als größtes Organ des Menschen eine besondere Rolle, weil sie bei nahezu allen physischen Misshandlungsformen mitbetroffen ist.

Bei einer mechanischen Gewalteinwirkung auf den Körper der Kinder bzw. Jugendlichen kann grundsätzlich zwischen folgenden Formen unterschieden werden:

Formen der Gewalt

- **Stumpfe/schürfende Gewalt** (z. B. Schläge, Kratzer)
- **Thermische Einwirkung** (Verbrühung, Verbrennung)
- **Scharfe und spitze Gewalt** (durch Messer o. ä.)
- **Strangulation**

Diese Gewalteinwirkungen führen zu unterschiedlichen Verletzungsformen und können sich auf der Haut als Hämatome, kratzerartige Hautverletzungen, Schürfwunden, glattrandige Hautwunden u. a. darstellen. Eine Sonderform der Gewalteinwirkung stellt das Schütteltrauma dar.

Für die Beurteilung, ob es sich bei der Hautverletzung um die Folge einer Misshandlung handelt oder um ein akzidentelles Trauma, spielen die Art und Ausprägung der Verletzung, die Lokalisation der Verletzung und ggf. die Farbe der Hämatome (für die zeitliche Zuordnung) eine Rolle (**Abbildung 9**).

Hämatome sind häufig das erste und sichtbarste Symptom einer Misshandlung. Differentialdiagnostisch muss ggf. an Gerinnungsstörungen, Vaskulitiden, Petechien, kongenitale Hautveränderungen, Infektionen sowie externe Farbantragungen gedacht werden.

Hämatome häufig erstes Symptom



Eine differentialdiagnostische Darstellung zur Entstehung von Hämatomen in Abhängigkeit ihrer Lokalisation findet man auf der Internetversion (Tabelle 1; www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/67.php).

Anhand empirischer Daten kann eindeutig festgestellt werden, dass die Form der Gewalt abhängig vom Lebensalter des Kindes bzw. Jugendlichen ist. Während thermische Gewalteinwirkung fast nur bei Kleinkindern und Säuglingen gesehen wird, finden sich stumpfe Gewalteinwirkung und Strangulation vor allem bei älteren Kindern und bei Jugendlichen.

3.1.2.1. Stumpfe Gewalt

Schläge, Tritte, Bisse

Am häufigsten werden Schläge mit der flachen Hand, der Faust oder Gegenständen festgestellt. Auch Tritte gegen den kindlichen Körper sind keine Seltenheit.

Schläge mit der Hand, Faust, Gegenständen



Abbildung 5: Ohrfeige gegen die rechte Wangenregion eines Jungen

Werden Hämatome im Gesichtsbereich festgestellt, muss zwischen Schlägen mit der flachen Hand und/oder der Faust unterschieden werden. **Abbildung 5** zeigt im Wangen-/Ohrbereich eines Jungen den eindeutigen Abdruck von Fingern einer Hand. Entsprechende Spuren stellen sich als meist quere, parallele, streifige Hautrötungen dar, die zentral eine Abblassung aufweisen und z. T. von Punktblutungen begleitet werden. Die Hautrötungen liegen in einem charakteristischen Abstand zueinander vor; die zentrale Abblassung ist etwa fingerdick. Bei kräftigen Schlägen auf die Ohrregion finden sich oft auch Blutergüsse an der Rückseite der Ohrmuschel bzw. in der Hinterohrregion, die dann relativ langsam abheilen.



Abbildung 6: Massive stumpfe Gewalteinwirkung auf das Gesäß eines Mädchens

Massive, grobfleckige und flächig angeordnete Hämatome (**Abbildung 6**) sprechen für mehrere (Faust-) Schläge/Tritte. Tritte mit dem beschuhten Fuß führen regelmäßig zu relativ scharf begrenzten kräftigen Hämatomen von charakteristischer Größe.



Abbildung 7: Monokelhämatom

Monokel- oder Brillenhämatome (**Abbildung 7**) finden sich typischerweise als Folge von Faustschlägen, alternativ bei Schädelbasisfraktur oder als abgeflossenes Hämatom (z. B. nach Nasenbeinfraktur).



Abbildung 8: Doppelläufige Striemen als Folge einer Gewalteinwirkung mit einem Kleiderbügel

Schläge mit geformten Gegenständen hinterlassen oft charakteristische Muster: Parallele doppelläufige Rötungen („Striemen“) oder Hämatome mit zentraler Abblassung sind das häufigste Verletzungsbild: Dort, wo das Schlagwerkzeug auf die Haut auftrifft, wird das Gewebe komprimiert (→ zentrale Abblassung), seitlich davon entstehen Blutungen in die Hautschichten (**Abbildung 8**).

Bisse

An Bissverletzungen sollte bei typisch halbmond-/hufeisenförmigen, aufgereihten Hämatomen mit zentraler Aussparung gedacht werden. Anhand der Form und Abmessung lassen sich Menschen-/Hundebisse ebenso unterscheiden wie Kinder oder Erwachsene als Verursacher (Fotografische Darstellung der Verletzung mit Maßstab ist hier wichtig!).

Differentialdiagnostische Aspekte zu den Formen der stumpfen Gewalt

Prädilektionsstellen für Verletzungen durch eine Misshandlung sind der Kopf, der Rücken und das Gesäß (Abbildung 9).

Differential-
diagnostische Aspekte

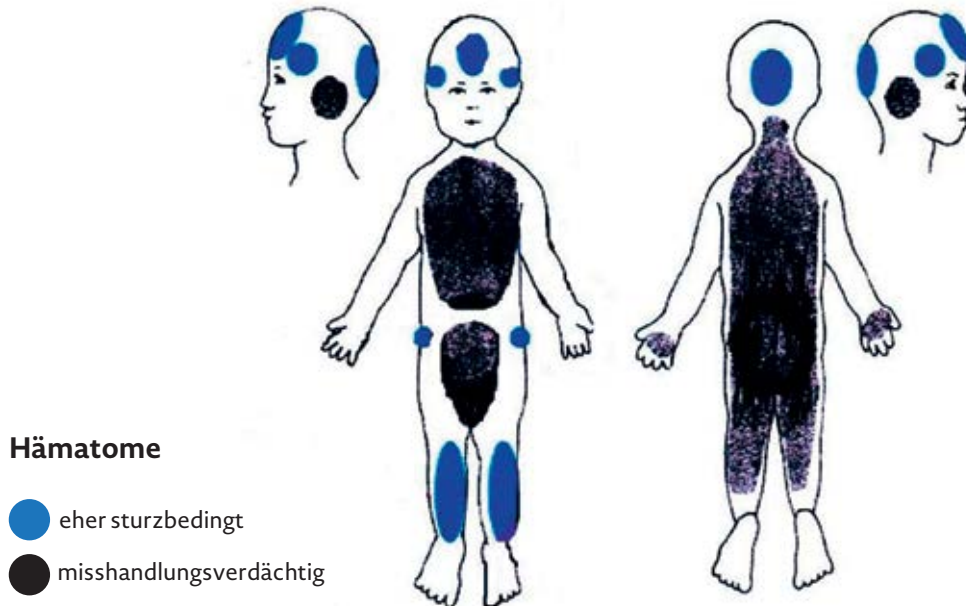


Abbildung 9: Typische Stellen für Hämatome nach Misshandlung, modifiziert nach Herrmann, Monatsschrift für Kinderheilkunde 2002

Dabei weisen insbesondere Verletzungen an eigentlich geschützten Körperregionen, wie z. B. am Auge oder in der zentralen Wangenregion, auf Misshandlung hin. Schwerer zu interpretieren sind dagegen Verletzungen in sturztypischen Regionen, z. B. in der sogenannten „Hutkremenebene“ am Schädel oder über Knochenvorsprüngen des Gesichtes.

Am Kopf führen Schläge mit Gegenständen häufig zu Verletzungen in der Scheitelregion; alternativ können Verletzungen dort aber auch durch einen Sturz aus der Höhe erklärt werden (Sturz aus dem Bett, vom Wickeltisch oder auf der Treppe). Symmetrische beidseitige Verletzungen sowie Schädelbrüche, die mehr als eine Knochenplatte betreffen, sprechen aber eher gegen ein akzidentelles Geschehen und dabei insbesondere gegen eine Verletzung ohne eine Beteiligung Dritter.



Eine Tabelle über Differenzierung zwischen sturztypischen und misshandlungstypischen Lokalisationen findet man auf der Internetversion (Tabelle 2; www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/69.php).

Häufigkeit von Knochenfrakturen	Knochenbrüche <p>Nach Schätzungen sind 8 – 12 % aller Knochenbrüche bei Kindern Folge einer Misshandlung. Frakturen weisen auf besonders gewaltbetonte Misshandlungen hin, da erhebliche Kräfte aufgewendet werden müssen. Es sind vor allem Kinder unter drei Jahren betroffen, darunter bis zu 70 % Säuglinge. Akzidentelle Knochenbrüche hingegen betreffen überwiegend ältere Kinder: 85 % der akzidentellen Frakturen treten bei Kindern über fünf Jahren auf und nur 2 % im 1. Lebensjahr. Treten Knochenbrüche misshandlungsbedingt auf, ist in 50 % der Fälle mindestens ein weiterer Knochen beteiligt, bei typischerweise unterschiedlichen Alters- bzw. Heilungsstadien.</p>
Bildgebende Diagnostik	<p>Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie hat Leitlinien zur bildgebenden Diagnostik bei Verdacht auf Misshandlung erarbeitet (www.kinder-radiologie.org/leitlinien/misshandlung.html). Insofern wird zum Vorgehen bei Verdacht auf eine Fraktur darauf verwiesen. Gleiches gilt für die „Leitlinie: Humpeln/Schonhaltung des Beines – Bildgebende Diagnostik“. Grundsätzlich gilt jedoch: Ergeben sich entweder aus Anamnese oder Untersuchung Hinweise auf den Verdacht einer Misshandlung, muss eine weiterführende bildgebende Diagnostik betrieben werden. Dazu ist ggf. die Überweisung an eine Kinderradiologie oder besser an eine Kinderklinik mit Kinderschutzambulanz notwendig.</p> <p>Ist durch die bildgebende Diagnostik geklärt, dass eine Fraktur vorliegt, sind Kenntnisse über die Entstehung der Frakturen notwendig, um beurteilen zu können, ob es sich um eine unfall- oder eine misshandlungsbedingte Fraktur handelt.</p> <p>Die Gewalteinwirkung, die zum Knochenbruch führt, ist in der Regel eine stumpfe Gewalteinwirkung durch Schläge, Tritte, Biegen, Stöße u. a.</p>
Verdächtige Aspekte	Stark auf Misshandlung verdächtig sind folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none">• die Fraktur wird zufällig diagnostiziert,• Kind ist jünger als ein Jahr,• die Anamnese erklärt die Fraktur nicht plausibel,• es liegen unterschiedlich alte Frakturen vor.
Schädelfrakturen	Schädelfrakturen <p>Folgende Bruchformen sind als starker Hinweis auf Misshandlung anzusehen:</p> <ul style="list-style-type: none">• multiple oder komplexe Bruchformen,• gedehnte und wachsende Brüche,• Einbeziehung von mehr als einem einzigen Schädelknochen im Sinne eines Bruchmusters,• Impressionsfrakturen,• zufällig entdeckte Frakturen,• Assoziation von Frakturen mit intrakraniellen Verletzungen inklusive subduralen Hämatomen.
Sturz- oder unfallbedingte Frakturen	<p>Eher sturz- oder unfallbedingte Frakturen liegen dagegen vor, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none">• Schädelbrüche singulär auftreten und linear sind,• der Bruchspalt schmal ist (1 – 2 mm). <p>Akzidentelle Schädelfrakturen sind, abhängig von der Art des Unfalles und der Sturzhöhe, in der Regel nicht mit schwerwiegenden intrakraniellen Verletzungen assoziiert (außer bei schweren Verkehrsunfällen).</p>



Eine Zusammenstellung von Berichten über Sturzhöhen und Verletzungsmustern steht auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/70.php).

Frakturen von Rumpf und Extremitäten

Liegt der Verdacht auf eine Form der Misshandlung mit knöchernen Verletzungen vor, lassen sich häufig klare Aussagen treffen. Besonders misshandlungstypisch sind neben den beschriebenen Thoraxverletzungen z. B. Frakturen von Brustbein, Schulterblatt oder Dornfortsätzen der Wirbel. Brüche von Röhrenknochen sind dagegen – abhängig aber auch vom Lebensalter – nicht zwangsläufig auf eine Misshandlung zurückzuführen. Bei der Beurteilung, ob eine Fraktur, vor allem Schaftfraktur, einer Extremität misshandlungsbedingt ist oder nicht, ist die Kenntnis der Art der Gewalteinwirkung und der daraus resultierenden Bruchform notwendig.



Biomechanische Aspekte bei Frakturen von Röhrenknochen stehen auf der Internetversion zur Verfügung (Abbildung 10; www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/71.php). Dort ist in Tabelle 3 auch eine weitere Differenzierung von Frakturarten und deren Bedeutung hinsichtlich einer Misshandlung zu finden.

Grundsätzlich ist abzuklären, ob eine klare Anamnese das Bruchsystem plausibel erklären kann. Erst dann wird man beurteilen können, ob eine Fraktur unfall- oder misshandlungsbedingt entstanden ist.

Hals-Nasen-Ohren-Verletzungen

Gesichtshaut und Mundhöhle sind zu mehr als 50 % bei Misshandlungen betroffen. Schläge auf den Mund verursachen Verletzungen in der Mundschleimhaut oder auch an den Zähnen. Forcierte Füttermanöver (Aufdrücken des Mundes) hinterlassen Hämatome an den Wangen, aber auch in den Backentaschen der Mundhöhle. Dabei können auch das labiale oder linguale Frenulum einreißen, vor allem bei Verwendung von Gegenständen wie einem Löffel. Insgesamt sind Verletzungen in der Mundhöhle Anzeichen für eine Misshandlung, insbesondere bei jüngeren Kindern.

Thorakoabdominelle Verletzungen

Verletzungen von Thorax und Abdomen kommen bei etwa 0,5–3 % aller gesicherten Misshandlungen vor. Solche Verletzungen treten somit nicht häufig auf, können aber potenziell tödlich sein. Thorakale Verletzungen sind seltener als abdominelle, dabei dominieren Rippenfrakturen. Atemwegsverletzungen bzw. Lungenverletzungen werden eher bei sonstigen Ursachen (schwere Verkehrsunfälle) gesehen.

Nach Schätzungen sind 1 – 11 % aller abdominellen Traumata misshandlungsbedingt (Tritte, Faustschläge). Dabei sprechen Hohlorganverletzungen, Einrisse des linken Leberlappens, Pankreaskopfverletzungen o. ä. zunächst stark für eine Misshandlung, es sei denn, es wird ein adäquates, akzidentelles Trauma (z. B. Radlenkerverletzung) angegeben. Häufig übersehen werden intramurale Dünndarmhämatome nach z. B. Tritt in den Bauch; falls eine überzeugende Erklärung zu einem adäquaten akzidentellen Trauma fehlt, sind sie (oder sogar Einrisse) pathognomonisch für eine Misshandlung.

Bei traumatischer Einwirkung gegen den Brustkorb und den Bauchraum kann die Symptomatik einer stattgefundenen auch schwersten Verletzung initial unspezifisch und unklar sein. Die Letalität liegt deshalb bei etwa 50 %.

Der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte thorakoabdominelle Verletzung richtet sich auch nach folgenden Kriterien:

- Die Opfer sind im Schnitt deutlich jünger als bei (Verkehrs-)Unfällen (Durchschnitt 2,5 Jahre bei Misshandlung versus 7,5 Jahre bei Unfall).
- Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erfolgt deutlich verzögert: mehr als drei Stunden nach Verletzung bei 100 % aller Misshandlungen gegenüber nur etwa 20 % nach Unfall.
- Eine Anamnese fehlt bei Misshandlungen häufig vollkommen oder sie ist vage, unpräzise, wechselnd. Bei Unfällen ist sie präzise und plausibel sowie konstant.

Frakturen von Rumpf und Extremitäten

HNO-Verletzungen

Thorakoabdominelle Verletzungen

Kriterien thorakoabdomineller Verletzungen

3.1.2.2. Thermische Gewalt

Kontaktverbrennungen geben teils auch geometrische Muster

Thermische Einwirkungen auf das Kind werden in vielfältiger Weise gesehen und sind nicht immer leicht als solche erkennbar. Kontaktverbrennungen sind scharf begrenzte Verletzungen, teils auch geometrische Muster (Heizlüftergitter), die unter Umständen den heißen Gegenstand abbilden können. Gelegentlich wird eine thermische Verletzung nach Ausdrücken brennender Zigaretten auf der Haut des Kindes beobachtet, wobei eine bestimmte Körperregion nicht bevorzugt wird. Das Verletzungsbild ist typisch: Meist sind wie ausgestanzt erscheinende Hautdefekte bzw. später Narben zu sehen, die rund bis rund-oval ausgeprägt sind, mit einem Durchmesser von bis 0,5 – 0,8 cm. Zu achten ist dabei auf die Möglichkeit, dass die Zigarette auch mehrfach aufgedrückt worden sein kann, wodurch die Verletzung „konfluieren“ und größer werden kann. Der Rand erscheint dann „korkardenartig“ (**Abbildung 11**).



Abbildung 11: Mehrfaches Ausdrücken einer Zigarette neben dem Bauchnabel in zeitlichem Abstand

Verbrühungen (**Abbildung 12**) und Erfrierungen sind gelegentlich schwer gegeneinander abzugrenzen.



Abbildung 12: Nicht-akzidentelle tödlich verlaufene Verbrühung eines Kindes (Abb. aus: Mützel E, Penning R: Aspekte der klinischen Rechtsmedizin bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, insbesondere beim Schütteltrauma, Abb. 8, S. 174, in: Peschel O, Mützel E, Penning R (Hrsg) Das Kind in der Forensischen Medizin, ecomed Verlag, 2009; mit freundlicher Genehmigung)

Verbrühungen sind die häufigsten thermisch bedingten Verletzungen sowohl bei Unfällen als auch bei Misshandlungen (10 – 15 % der misshandelten Kinder). Die Mehrzahl misshandlungsbedingter Verbrühungen ist bedingt durch Eintauchen in heiße Flüssigkeit. Dies erfolgt besonders oft bei Konflikten im Rahmen der Sauberkeitserziehung, meist bei zwei- bis dreijährigen Kindern.

Misshandlungsbedingte Verbrühung

Bei Verbrühungen infolge Misshandlung kommt es häufig an den Extremitäten zu beidseitigen, symmetrisch ausgeprägten, socken- oder handschuhförmigen Mustern, diese können aber auch einseitig auftreten. Typische Lokalisation von Misshandlungsverbrühungen sind Hände/Unterarme, Füße/Unterschenkel und Gesäß. Das Zuführen zu heißer Flüssigkeit beim Füttern geht mit Verbrühungen der Mundschleimhaut einher.

Bei heißer Flüssigkeit ist die Schwere der Verletzung abhängig von Temperatur und Einwirkzeit des Wassers sowie dem Alter des Kindes und damit der Dicke der Haut. Bei Säuglingen und Kleinkindern liegt die Mindesteinwirkzeit zur Erzeugung einer drittgradigen Verbrühung beispielsweise um zehn Sekunden bei 55° C Wassertemperatur, aber nur um eine Sekunde bei 60° C Wassertemperatur. Bei der Beschreibung entsprechender Wunden sollte insbesondere auch auf Aussparungen geachtet werden, da diese Stellen der Haut nicht vom Wasser erreicht wurden; Rückschlüsse auf eine evtl. erzwungene Körperhaltung könnten durch deren Anordnung (z. B. Aussparungen am Gesäß durch Aufpressen auf kühleren Badewannenboden) möglich sein. Satellitenartige Kleinläsionen am Rand größerer gleichmäßiger Wunden deuten immer auf eine Verbrühung durch Spritzer mit heißem Wasser hin.

Verätzungen durch Säuren oder Laugen, z. B. Rohrreiniger, stellen eine weitere differentialdiagnostische Alternative dar. Speziell die anatomische Verteilung, z. B. ausschließliches Betroffensein der Gesäßregion, kann entscheidende Hinweise geben (**analog zu Abbildung 9**).

Verätzungen durch Säuren oder Laugen

Akzidentelle Verbrühungen treten typischerweise nach Übergießen mit heißer Flüssigkeit von vorne oben auf (z. B. Kind zieht Tasse mit heißer Flüssigkeit vom Tisch). Es finden sich unregelmäßig verteilte, oft asymmetrisch angeordnete, selten zirkuläre Verletzungen vorwiegend an Kopf, Gesicht, Schultern und Oberarmen (vergleiche auch **Abbildung 9**).

Akzidentelle Verbrühungen



Eine Checkliste zur Einschätzung der Misshandlungswahrscheinlichkeit von thermischen Verletzungen bietet die Welsh Child Protection Systematic Review Group, siehe Tabelle 4 auf der Internetversion (www.aerzteleitfaden.bayern.de/ut/73.php).



Abbildung 13: Thermische Veränderung der Haut durch sekundenlanges Einwirken eines Deosprays

Auch selbst beigebrachte Verletzungen können die Merkmale einer thermischen Einwirkung aufweisen. Dabei hilft die Kenntnis „modischer Trends“, Falschdiagnosen zu vermeiden. So waren zeitlich gehäuft (aber insgesamt nur wenige) Fälle einer selbst beigebrachten thermischen Verletzung Jugendlicher durch Deosprays zu beobachten (**Abbildung 13**): Dabei wird das Deo mehrere Sekunden lang sehr nahe an die Haut gehalten. Das im Spray enthaltene Kältemittel führt dann zur thermischen Verletzung der Haut.

Thermische Verletzung durch Deospray

3.1.2.3. Scharfe und spitze Gewalt

Sogenannte „scharfe bzw. spitze Gewalteinwirkung“, also Schnitte oder Stiche z. B. durch Messer, wird bei Misshandlungen von Kindern selten gesehen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist zu bedenken, dass das sogenannte „Ritzen“ (Selbstbeibringung oberflächlicher Schnittverletzungen vor allem an den Unterarmen) stark zunimmt, z. T. nur im Sinne einer Modeerscheinung, in der Regel aber als Ausdruck psychischer Störungen. Weist ein dreijähriges Kind Schnittverletzungen auf, weil es ein Küchenmesser erwischt hat oder Scherben zerbrochener Flaschen in die Hand bekommen hat, so kann das ein Hinweis auf eine Vernachlässigung der notwendigen altersgemäßen Aufsicht sein.

3.1.2.4. Strangulation



Abbildung 14: Strangulation eines 16-jährigen mit einem Gürtel

Strangulation ist keine „gängige“ Misshandlungsform, wird jedoch in Form von Würgen oder Drosseln bei Kindern und Jugendlichen hin und wieder gesehen (Abbildung 14). Zur Beurteilung der Intensität der Strangulation ist die Dokumentation des Vorhandenseins petechialer Blutungen insbesondere auch an Augenlid- und/oder -bindehäuten, Mundschleimhaut und Hinterohrregion (ggf. auch negativ) unerlässlich. Verdächtige Halshautverletzungen sollten grundsätzlich fotodokumentiert werden. Zu beachten ist auch, dass es aufgrund der Strangulation am Kehlkopf zu Folgen im Sinne von Einblutungen oder ödematösen Schwellungen kommen kann. Insofern wäre eine Untersuchung des Kehlkopfes (Endoskop, MRT) bedeutsam zum Nachweis dieser Verletzungen.

Bei Säuglingen und Kleinkindern (vor allem bei unklaren Todesfällen) muss an die Möglichkeit einer sogenannten „weichen Bedeckung“ gedacht werden, also eines Verschlusses der Atemöffnungen durch aufgedrückte Kissen, oder auch an ein Zuhalten von Mund und/oder Nase mit der Hand. Auch bei Kindern mit demonstrativ berichteten Unregelmäßigkeiten der Atmung sollte an diese Form der Gewalteinwirkung (dann im Sinne eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms) gedacht werden, deren Häufigkeit nach gut dokumentierten Berichten stark unterschätzt sein dürfte.

Differentialdiagnostisch sollte an eine Selbstdrosselung im Rahmen einer sexuellen Erregungssteigerung durch den durch die Drosselung ausgelösten Hypoxiezustand (sogenannte Hypoxyphilie) gedacht werden. Allerdings sollten das Ausmaß und die Form der Strangfurche einen guten Rückschluss auf das Motiv der Strangulation geben können.

3.1.2.5. Schütteltrauma

Eltern wissen häufig nicht, wie gefährlich das Schütteln des Babys ist. In einem Moment der Überforderung verlieren sie die Beherrschung und schütteln das Kind, häufig mit schweren gesundheitlichen Konsequenzen.

HINWEIS:

- Gefahr extremen Schüttelns besteht insbesondere bei Überforderungssituationen, z. B. bei Schreibabys. Empfehlungen zur Unterstützung der Eltern mit Schreibabys siehe bei Ziffer 1.3. sowie generell bei Überforderungssituationen Ziffer 2.4.2.

Definition Schütteltrauma

Ein Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrome oder auch Whiplash Shaken Baby Syndrome) kann verursacht werden, wenn das Kind an den Oberarmen oder am Thorax gepackt und heftig vor und zurück geschüttelt wird. Dies führt dazu, dass der Kopf des Säuglings bei noch gering ausgebildeter Haltemuskulatur im Nacken fast ungebremst nach vorne und hinten schlägt. Da das Gehirn der Bewegung des Kopfes erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung folgt, entstehen zwischen Gehirn und Schädelkapsel Scherkräfte. Diese Scherkräfte führen zu Abrissen der sogenannten Brückenvenen zwischen Dura mater und Arachnoidea, mit der Folge von Subdural- und Subarachnoidalblutungen. Fokale axonale Schädigungen im kraniozervikalen Übergang können zu einer Schädigung des respiratorischen Zentrums

führen, mit Folge einer Apnoe mit Hypoxie und Ischämie. Nach Einschätzung der American Academy of Pediatrics muss das Schütteln dabei derart heftig sein, dass auch für medizinisch nicht geschulte Personen das potenziell Lebensbedrohliche dieser Einwirkung offensichtlich ist. Allerdings kann auch schweres Schütteln folgenlos überstanden werden.



Ausführungen zur Klinik, Differentialdiagnosen (Tabelle 5) und Retinablutungen (Abbildung 15) sind auf der Internetversion zu finden (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/75a.php).



Abbildung 16: Mikrozephalie nach Schädeltrauma

Die Folgen eines (zunächst) überlebten Schädeltraumas können gravierend sein: Etwa ein Viertel der Kinder stirbt innerhalb von Tagen bis Wochen nach dem Schädeltrauma. Über zwei Drittel der Überlebenden erleiden mehr oder weniger schwere neurologische Folgeschäden, vergesellschaftet z. B. mit multizystischer Enzephalopathie, Hirnatrophie, Mikrozephalie (**Abbildung 16**), zerebralen Anfallsleiden, mentaler Retardierung oder spastischer infantiler Zerebralparese (in extremen Fällen bis hin zur fast vollständigen zystischen Umwandlung des Gehirns). Neben mentalen und neurologisch-kognitiven Defiziten kann es zu einer Sehbehinderung oder Erblindung kommen.

Folgen



Hinweise zum radiologischen Nachweis eines Schädeltraumas stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/75b.php).

3.1.3. Untersuchung und Befunderhebung

Vor der körperlichen Untersuchung sind an die Anamnese besondere Anforderungen zu stellen. Häufig können die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen nicht befragt werden, wie es zu den Verletzungen kam. Aus diesem Grund ist darauf zu achten, wie die Familienmitglieder und die Kinder bzw. Jugendlichen miteinander agieren – und das bereits beim Betreten des Behandlungszimmers. Während die Anamnese erhoben wird, sollte darauf geachtet werden, wer berichtet und wie spontan und konstant die „Vorgeschichte“ ist bzw. sie sich im Gesprächsverlauf möglicherweise verändert, insbesondere dann, wenn Eltern mit Befunden konfrontiert werden, die nicht mit der angegebenen Verletzungsentstehung in Einklang zu bringen sind. Bei etwa 50 % aller misshandelten Kinder gibt es „Vorbefunde“ von vorherigen medizinischen Behandlungen, Krankenhausaufenthalten u. a. Insofern wäre die Einholung dieser Befunde, ggf. Kontaktaufnahme mit den zuvor behandelnden Ärzten wichtig. Weitere Aspekte hinsichtlich Unfall versus Misshandlung, die sich in der Anamnese widerspiegeln, finden sich in Kapitel 4 zum Fallmanagement.

Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte ist es nicht immer einfach, bei einem Kind durch eine Untersuchung festzustellen, ob eine Verletzung aufgrund einer Misshandlung entstanden ist, insbesondere wenn es sich um schwerere Formen der Misshandlung handelt wie z. B. Frakturen oder innere Verletzungen, denn Kinder können bis zum Alter von etwa 12 Jahren Schmerzen nicht in dem Sinne lokalisieren, wie Erwachsene es tun. In Abhängigkeit vom Alter differieren die Darstellung hinsichtlich Ort und Qualität der Schmerzen, die Schmerzschwelle und die Toleranz. Auch die Verhaltensreaktionen sind je nach Alter unterschiedlich. Daher kann es vorkommen, dass Frakturen oder andere Verletzungen nicht entdeckt werden.

Besondere Anforderungen an die Anamnese

3.1.4. Dokumentation

Nach der Anamnese sollten die bei der Untersuchung festgestellten Verletzungen dokumentiert werden. Grundsätzlich erleichtert ein genormter Untersuchungsbogen die Dokumentation der Verletzungen und dient auch als Gedächtnisstütze dahingehend, welche Inhalte bei der Dokumentation bedeutsam sind (siehe hierzu auch Ziffer 4.2.10.).

Vorgehensweise bei der Dokumentation

Unabhängig davon gelten bei der Dokumentation von Verletzungen bestimmte Vorgehensweisen:

1. Erhebung von Befunden in Wort und Bild

Verletzungen sind auf dem Dokumentationsbogen exakt und genau zu beschreiben, dabei sollten insbesondere die Hämatome in ihrer Farbe genau beschrieben werden. Verletzungen müssen abgemessen und ihre genaue Lokalisation angegeben werden. Dabei ist darauf zu achten, dass alle Verletzungen dokumentiert werden. Nicht nur medizinisch bedeutsame Befunde sollen dargestellt werden, sondern jeder potenziell forensisch relevante Befund. Anschließend erfolgt eine fotografische Aufnahme der Verletzungen zuerst in einer Übersichtsaufnahme, danach in einer Detailaufnahme, am besten mit Maßstab. Beim Fotografieren ist auf eine senkrecht zur Körperoberfläche und damit zur Verletzung gehaltene Kamera zu achten.

2. Dokumentation

Die Dokumentation der Befunde sollte übersichtlich auf vorgefertigten und größtenteils im Internet oder bei der Landesärztekammer erhältlichen Dokumentationsbögen erfolgen. Man sollte sich prophylaktisch mit den verschiedenen im Internet erhältlichen Dokumentationsbögen befassen, da diese teilweise recht unterschiedlich gestaltet sind und nicht für jedermann gleich übersichtlich erscheinen (in Kapitel 7 ist eine Liste mit Internetseiten enthalten, von denen Doku-Bögen heruntergeladen werden können, z. B. www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de).

3. Spurensicherung

Für das Ausmaß der Spurensicherung ist die Art der Gewalteinwirkung von Bedeutung. Bei einem sexuellen Übergriff ist viel mehr auf die Spurensicherung zu achten als bei einem körperlichen Übergriff. Als „Spuren“ sind sämtliche biologischen Materialien eines Täters zu sichern. Generell sind das sämtliche Hautpartikel und sämtliche Sekrete des Täters, wie z. B. Speichel, Sperma oder Blut. Dabei ist auf kontaminationsfreie Asservierung und Lagerung zu achten, vor allem auf vollständige Trocknung. Genaue Anleitungen finden sich in aller Regel in den Dokumentationsbögen.

4. Befundinterpretation

Die Interpretation soll unparteiisch und objektiv erfolgen, dabei unter Umständen mit gebotener Zurückhaltung. Es ist im Dokumentationsbogen kurz auf die angegebene Genese der Verletzungen einzugehen, auf die Unterscheidung Selbst- oder Fremdbeibringung/Unfall und auf die Art der Gewalteinwirkung.

3.1.5. Fallmanagement bei körperlicher Gewalt

Das Fallmanagement beruht auf dem koordinierten Zusammenwirken verschiedener Disziplinen wie Gesundheitsbereich (z. B. Kinderkliniken, Arztpraxen, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Hebammen, Gesundheitsämter u. a.),

Kinder- und Jugendhilfe (Jugendämter, Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien, Kindertagesstätten etc.), Schule (Beratungslehrkräfte, Schulpsychologen) etc.

HINWEIS:

- Zum konkreten Fallmanagement im Einzelnen siehe auch Kapitel 4, zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit siehe insbesondere Kapitel 2.

Um im ersten Schritt abzuklären, ob eine Misshandlung und Gefährdung des Kindes vorliegt, bedarf es einer Erhebung der Anamnese, einer Ganzkörperuntersuchung mit vollständiger Entkleidung des Kindes bzw. Jugendlichen und der Verletzungsbefunde (mit Dokumentation). Die Interpretation der Befunde führt zur diagnostischen Wertung, die allerdings nicht in jedem Fall eindeutig eine Misshandlung nachweisen oder ausschließen kann.

**Praxisempfehlungen zur Einbindung des Jugendamtes:
Handlungspflicht, wenn dies zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich ist
(siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.3. sowie 2.3.4.)**

**Handlungspflicht
Einbindung Jugendamt**

**Gewichtige
Anhaltspunkte**

Das Jugendamt ist kraft Gesetzes die zentrale Stelle, wenn es um Fragen des Kinderschutzes und insbesondere die Klärung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung sowie die Sicherstellung des Kindeswohls geht. Eine **Handlungspflicht** zur Einbindung des Jugendamtes besteht, **wenn** aus ärztlicher Sicht eine solche **zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich** ist. **Gewichtige Anhaltspunkte**, die für eine Misshandlung sprechen, sind **unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen** (im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.4., vergleiche auch Art. 14 Abs. 6 GDVG).

Solche sind insbesondere:

- konturierte (umschriebene, geformte) Verletzungen, z. B. Striemen nach Stockschlägen,
- thermische Verletzungen, z. B. durch Ausdrücken von Zigaretten,
- relevante Verletzungen an Regionen, die nicht oder nur schwer durch das Kind selbst erreichbar und nicht sturztypisch sind,
- mehrfache, gleichzeitig entstandene relevante Verletzungen an unterschiedlichen Lokalisationen, die nicht sturztypisch sind,
- relevante Verletzungen an „geschützten“ Regionen, wie z. B. Oberarminnenseiten, obere Gesäßpartie, die nicht plausibel durch einen Unfall erklärt werden können,
- relevante Verletzungen bzw. Verletzungsmuster, die nicht durch den angegebenen Unfallmechanismus plausibel verursacht worden sein können,
- Abwehrverletzungen gegen erhebliche Gewalteinwirkungen (z. B. Parierverletzung am Unterarm),
- Würge- oder Drosselmarken,
- Schütteltrauma.

Gewichtige Anhaltspunkte liefern insbesondere auch solche Verletzungen, die nach Abklärung einer alternativen Entstehungsursache (Unfall, Sturz u. a.) nicht anders als durch eine Misshandlung erklärt werden können. Spätestens dann ist die Einbindung des Jugendamtes notwendig. Entscheidend ist dabei meist nicht eine Einzelverletzung, sondern die Summe der Befunde und insbesondere auch eine fehlende alternative Erklärung sowie insgesamt das Verhalten der Personensorgeberechtigten (z. B. die nicht schlüssige Darstellung der Verletzungsursache). Das Jugendamt hat dann abzuklären, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, und ggf. alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung des Kindeswohls zu veranlassen (siehe hierzu Ziffern 2.3.4. und 2.4.3.).

3.1.6. Fallbeispiele aus der Praxis

Fallbeispiel 1

Eine Großmutter stellt bei ihrem 2-jährigen Enkelkind wiederholt Hämatome fest, nachdem es bei seiner Mutter war. Die Mutter des Kindes ist allein sorgeberechtigt, auch wenn das Kind bei seiner Großmutter lebt. Als die Großmutter erneut Hämatome feststellt, sucht sie mit ihrem Enkelkind eine Kinder- und Jugendärztin auf, um die Verletzungen untersuchen zu lassen. Das Kind wird am gesamten Körper untersucht. Dabei werden Hämatome im Gesicht und am Gesäß festgestellt. Da der dringende Verdacht auf eine Misshandlung besteht, wird das Jugendamt einbezogen. Die Ärztin rät der Großmutter, auch von sich aus Kontakt mit dem Jugendamt aufzunehmen, und bittet dieses um Mitteilung hinsichtlich des weiteren Vorgehens.

Im Einvernehmen mit der Großmutter bittet das Jugendamt die Mutter vor einem weiteren Besuch des Kindes zu einem Gespräch. Die Befunde und Verdachtsmomente sowie mögliche Konsequenzen werden offen angesprochen. Im Gespräch wird versucht, die Ursachen für die wiederholten Verletzungen des Kindes zu klären. Dabei werden auch geeignete Entlastungsangebote für die Mutter besprochen, die dazu beitragen können, den Schutz des Kindes sicherzustellen, ohne dass weitergehende Konsequenzen wie die Einschränkung der elterlichen Sorge durch Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts oder Aussetzung bzw. Einschränkung des Umgangsrechts durch das Familiengericht erforderlich wären. Die Mutter erklärt sich schließlich einverstanden, dass die nächsten Besuchskontakte mit dem Kind in der Erziehungsberatungsstelle stattfinden (begleitete Umgangskontakte). Es wird vereinbart, dass das Kind der Kinder- und Jugendärztin bis auf Weiteres wöchentlich vorgestellt wird. Die im Jugendamt zuständige Fachkraft informiert die Ärztin mit Einverständnis der Mutter und der Großmutter über das weitere Vorgehen. Die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bleibt eng.

Fallbeispiel 2

Ein 9-jähriges Mädchen fällt im Sportunterricht auf, da es immer wieder an Armen und Beinen sichtbare Hämatome aufweist. Als die Sportlehrerin das Mädchen auf die Verletzungen anspricht, reagiert dieses ausweichend und berichtet, dass es in letzter Zeit oft gestürzt sei. Als die Lehrerin in der Umkleidekabine erneut Hämatome am Rücken sieht, meldet sie dies der Schulleitung.

Eine Besprechung der Schulleitung mit den Lehrkräften des Mädchens ergibt, dass sie in ihren schulischen Leistungen deutlich abgesunken ist. Ein Gespräch der Schulpsychologin mit dem Mädchen bringt keine weiteren Erkenntnisse. Da nicht klar ist, woher die Verletzungen kommen, werden die Eltern zu einem Gespräch in die Schule gebeten. Bei diesem Gespräch verhält sich der Vater aggressiv, die Mutter wirkt dagegen eingeschüchtert und den Tränen nahe. Eine genaue Erklärung für die Verletzungen des Mädchens wird von den Eltern nicht abgegeben. Sie teilen lediglich mit, dass ihre Tochter seit einigen Monaten recht störrisch sei. Die Eltern werden schließlich von der Schulleitung informiert, dass das Jugendamt einbezogen wird (Art. 31 BayEUG). Zu einem weiteren Gespräch wird in Absprache und unter Beteiligung des Jugendamtes eingeladen.

Nachdem die Eltern nicht bereit sind, an der Aufklärung der Umstände mitzuwirken, und nach Einschätzung des Jugendamtes eine Gefährdungssituation nicht ausgeschlossen werden kann, erwirkt dieses einen Beschluss des Familiengerichts, mit dem das Aufenthaltsbestimmungsrecht sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf das Jugendamt übertragen werden. Das Mädchen wird vom Jugendamt vorübergehend in einer Schutzstelle untergebracht und zum Zwecke der Abklärung, ob die Verletzungen misshandlungsbedingt

sind, einem Arzt vorgestellt. Der Arzt stellt bei der Untersuchung zahlreiche, bereits älter erscheinende Hämatome, vorwiegend am Rücken, den Schultern, Armen (auch Oberarmnenseiten) und Beinen fest. Da er sich hinsichtlich der Ursache der Verletzungen nicht sicher ist, werden Bilder zur Besprechung an die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München übersandt. Zusammenfassend ergibt sich, dass sich die Anzahl und teils auch Lokalisation der unterschiedlich alt erscheinenden Hämatome nicht durch eine oder mehrere Unfallversionen erklären lassen.

Das Mädchen wird schließlich mit Zustimmung der Eltern vorübergehend in einer Pflegefamilie untergebracht. Auf Wunsch der Eltern und des Mädchens besteht aber weiterhin regelmäßiger Kontakt zwischen ihnen. Die Gespräche der Jugendamtsmitarbeiterin mit der Familie ergeben, dass der Vater des Mädchens arbeitslos geworden ist und sich vermehrt dem Alkohol zugewandt hat. Die Spannungen aufgrund der finanziellen Probleme stiegen täglich an. Hinzu kam, dass sich die Eltern in dieser Situation mit ihren drei Kindern überfordert fühlten. Rückfragen des Jugendamtes bei Kindergarten und Schule sowie beim Kinder- und Jugendarzt ergeben, dass bei den jüngeren Geschwistern keine Anhaltspunkte für eine Misshandlung erkennbar sind. Arzt und Jugendamt treffen die Absprache, das Wohl aller Kinder in der Familie weiterhin gemeinsam im Blick zu behalten. Die Eltern können vom Jugendamt dazu motiviert werden, einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung zu stellen. Im Rahmen der Erstellung des Hilfeplans durch das Jugendamt, an dem die Eltern beteiligt sind, werden der zeitlich befristete Einsatz einer Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) und der Umfang der Zusammenarbeit mit Kindergarten, Schule sowie Kinder- und Jugendarzt festgelegt. Die Eltern stimmen dieser Zusammenarbeit durch entsprechende Entbindungen von der Schweigepflicht schriftlich zu. Die umfassende Hilfe und Kooperation wirkt als Schutzkonzept für die Kinder. Die familiäre Situation konnte so weit entlastet werden, dass das Mädchen wieder in die Familie rückgeführt werden konnte und eine dauerhafte Fremdunterbringung des Kindes bzw. der Kinder nicht erforderlich war.



3.2. Sexuelle Gewalt

Nikolaus Weissenrieder

3.2.1. Definition und Epidemiologie

In der wissenschaftlichen Literatur werden für sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen unterschiedliche Definitionen und Kriterien genannt. Im Leitfaden wird sexuelle Gewalt als sexuelle Handlung definiert, die an oder vor einem Kind bzw. Jugendlichen entweder gegen dessen Willen vorgenommen wird oder der das Kind bzw. der Jugendliche aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wesentlich zustimmen kann (siehe auch Ziffer 1.1.). Sexuelle Gewalt ist in allen gesellschaftlichen Schichten zu finden und oft eine gut vorbereitete, planvoll und bewusste, häufig wiederholte Tat.

Exakte, wissenschaftlich fundierte Zahlen zur sexuellen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche liegen nicht vor (siehe auch Ziffer 1.2.). Die Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) sind im Hinblick auf das tatsächliche Ausmaß nur begrenzt aussagefähig, da gerade in diesem Deliktbereich die Dunkelziffer hoch eingeschätzt werden muss. Bedingt durch eine nahe Beziehung zu den Tätern haben die Opfer oft nicht die Möglichkeit, auf den Missbrauch aufmerksam zu machen bzw. sich diesem zu entziehen. Wissenschaftlich gesichert erscheint heute durch Untersuchungen in den USA und Europa, dass jedes dritte bis vierte Mädchen und jeder siebte bis achte Junge sexuelle Übergriffe erfährt.

Jedes 3. bis 4. Mädchen,
jeder 7. bis 8. Junge
erfährt sexuelle Gewalt

Dass auch Jungen Opfer sexueller Gewalt werden, war lange nicht hinreichend bekannt, auch in der PKS sind Jungen als Opfer sexueller Gewalt wahrscheinlich noch weniger repräsentativ erfasst als Mädchen (siehe auch Ziffer 1.2.). Für Jungen ist der Missbrauch zusätzlich mit dem Stigma der Homosexualität behaftet. Außerdem wird von ihnen erwartet, keine Schwächen zu zeigen und sich zu wehren. Aus diesen Gründen tun sie sich besonders schwer, sich als Opfer zu offenbaren.

Jungen als Opfer

! HINWEIS:

• Vertiefende Informationen zum Thema Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt enthält die Dokumentation der Fachtagung „Es kann sein, was nicht sein darf...“, die auf Initiative von kibs, Kinderschutz e. V. unterstützt vom StMAS am 19./20.11.2009 in München durchgeführt wurde. kibs ist eine spezielle Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle in Bayern für männliche Opfer sexueller Gewalt. Weitere Informationen hierzu sind abrufbar unter: www.kibs.de.

Die Täter nutzen in besonderem Maße ein Macht- und Abhängigkeitsverhältnis aus. Dabei wenden sie meist keine körperliche Gewalt an, oft erschleichen sie sich auch das Vertrauen des Kindes bzw. des Jugendlichen und der Eltern. Nach der Tat werden die Kinder oder Jugendlichen oft mit Drohungen zur Geheimhaltung verpflichtet. Häufig wird ihnen auch eingeredet, niemand werde ihnen glauben und sie würden mit ihrer Behauptung ganz alleine dastehen. Wenn nicht unter Zwang, so werden sie mit Geld, Geschenken oder Versprechungen dazu gebracht, sexuelle Handlungen zu erdulden oder selbst sexuelle Handlungen an sich oder dem Täter vorzunehmen. Auf diese Weise erfolgt zunächst eine scheinbare Aufwertung und sie fühlen sich als etwas Besonderes. Gleichzeitig suchen sie die Schuld für die sexuellen Übergriffe bei sich selbst und schämen sich dafür. Schuld- und Schamgefühle, aber auch die Angst, die Drohungen könnten wahr gemacht werden, können zu einer tiefgreifenden Verunsicherung führen und machen es den betroffenen Kindern und Jugendlichen nahezu unmöglich, sich einer dritten Person anzuvertrauen. Oftmals schützen sie die Täter, um den Familienzusammenhalt nicht zu gefährden.

Machtgefälle
Täter - Opfer

Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen

In den letzten Jahren ist das Problem sexuell übergriffiger Kinder und Jugendlicher zunehmend auch in die öffentliche Wahrnehmung gerückt. Schwierigkeiten bereitet hier vor allem die Abgrenzung von missbräuchlichen zu experimentellen, entwicklungsbedingten sexuellen Handlungen (z. B. bei sogenannten Doktorspielen).

! HINWEIS:

• Zur Problematik sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen siehe insbesondere Ziffer 1.2. sowie die dort genannten Hinweise auf weiterführende Informationen.

Inzest in der Familie

Als begünstigende Umstände für Inzest gelten insbesondere eine Sexualisierung der familiären Atmosphäre, ein leichter Zugang für Kinder oder Jugendliche zu pornografischem Material und das Miterleben von sexuellen Handlungen zwischen den Eltern oder im engeren Umfeld. Unklare hierarchische Beziehungen zwischen Eltern und Kindern und unangemessene Geschlechtergrenzen verhindern, dass Kinder und Jugendliche eine eigene geschützte Identität entwickeln. Einem besonderen Tabu unterliegt der Mutter-Sohn-Inzest.

Kinder und Jugendliche mit Behinderung

Einer erhöhten Gefahr, sexueller Gewalt im familiären Umfeld sowie in Einrichtungen ausgesetzt zu sein, besteht für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, insbesondere wenn sie auf die Pflege und Versorgung anderer angewiesen sind. Die Grenzen zwischen Pflege (z. B. Intimpflege) und sexueller Gewalt können fließend sein. Laut der Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ der Universität Bielefeld waren Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen zwei- bis dreimal häufiger sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend ausgesetzt als der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt.

Belastungsfaktoren sind unspezifisch

Besonders gefährdet sind Mädchen und Jungen, die sich sehr brav verhalten und über ein gering ausgeprägtes Selbstbewusstsein verfügen. Sie erscheinen als „bequeme Opfer“, weil sie keine Widerworte geben und gelernt haben, leise, freundlich und fügsam zu sein. Man hat ihnen nicht beigebracht, für sich selbst einzutreten oder „Nein“ zu sagen, sich zu wehren oder eine Szene zu machen. Jungen sind besonders gefährdet, wenn sie keine positive Beziehung zu sich und ihrem Körper haben, wenn ihnen positive Bindungserfahrungen fehlen, die Sexualaufklärung mangelhaft ist, sie in der häuslichen Umwelt überbehütet, aber auch vernachlässigt werden. Zu den generellen Risikofaktoren in Bezug auf Kindeswohlgefährdung siehe Ziffer 1.3.

3.2.2. Formen sexueller Gewalt

Die klassischen Formen der sexuellen Gewalt werden in sogenannte „Hands-on“- bzw. in „Hands-off“-Taten unterteilt.

Zu den **Hands-on-Taten** gehören sexuelle Handlungen mit Körperkontakt, z. B.:

- Berühren von Brust- und Genitalbereich,
- orale, vaginale oder anale sexuelle Handlungen,
- Einführen von Gegenständen in Anus, Vagina oder Mund,
- Masturbation am Täter durch Kinder bzw. Jugendliche oder vice versa,
- Anfertigen von pornografischen Aufnahmen.

Zu den **Hands-off-Taten** gehören sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt, z. B.:

- jede Form von Exhibitionismus,
- Anfertigen von sexualisierten Aufnahmen des Opfers,
- Betrachten von pornografischen Aufnahmen mit Kindern oder Jugendlichen,
- verbale sexuelle Gewalt.

In den letzten Jahren ist sexuelle Gewalt in den sogenannten Neuen Medien zunehmend als neue Gewaltform aufgetreten (siehe auch Ziffer 1.4.). In und mit diesen Medien werden zahlreiche Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Verbreitung und Anfertigung von pornografischen Produkten sowie Cyber-Bullying begangen. Sexuelle Gewalt findet dabei vor allem im Internet und seinen Kommunikationskanälen (WEB 2.0 etc.) sowie im Bereich Mobiltelefone und assoziierten Kommunikationsformen wie SMS oder MMS statt.

**Neue Formen,
Dimensionen und
Verbreitungswege**

HINWEIS:

• Ausführliche Informationen zu Gewalt in den Neuen Medien sowie zu Ansprechpartnern, Beratungsangeboten und weiterführenden Informationen siehe insbesondere bei Ziffer 1.4. sowie die dort abrufbaren vertiefenden Informationen auf der Internetversion (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/23.php).

Die möglichen Auswirkungen des frühzeitigen und regelmäßigen Konsums von allen Arten der Pornografie auf Kinder und Jugendliche werden in der Literatur unterschiedlich beurteilt. Einige Studien weisen eine frühere Aufnahme von speziellen Sexualpraktiken wie Oral- oder Analverkehr nach. Der Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs findet dagegen nach der Studie „Jugendsexualität 2010“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nicht früher statt. Auch die Anzahl der Schwangerschaften oder Schwangerschaftsabbrüche bei Kindern und Jugendlichen ist nicht angestiegen.



Vertiefende Informationen zum Konsum von Pornografie stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/83a.php).

Eine große Gefahr stellen sexuelle Übergriffe und Kontaktaufnahmen bei der Online-Kommunikation dar. Tatsache ist, dass z. B. erwachsene „Chatter“ im Internet gezielt nach minderjährigen Opfern suchen („Cyber-Grooming“, siehe auch Ziffer 1.4.). Sie geben sich in Chats oder Online-Communitys gegenüber Kindern oder Jugendlichen als gleichaltrig aus, um sich so ihr Vertrauen zu erschleichen – meist mit dem Ziel, sich in der realen Welt mit ihnen zu treffen und sie zu missbrauchen.

Cyber-Grooming



Vertiefende Informationen hierzu stehen auf der Internetversion zur Verfügung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/83b.php).

Die Herstellung kinderpornografischer Produkte (z. B. Videos, Bilder, Magazine), der immer sexuelle Gewaltanwendung gegenüber Kindern vorausgeht, ist keine neue Erscheinungsform. Mit Einzug der Neuen Medien hat sie in den vergangenen Jahren jedoch eine ungeahnte Verbreitung erfahren.

Kinderpornografie

3.2.3. Untersuchung und Befunderhebung

Fachliche Kompetenz bei der Befunderhebung

Auf Grund der altersspezifisch eingesetzten diagnostischen Verfahren und der zu erhebenden Befunde werden diese nach Altersstufen getrennt dargestellt. Für alle Altersstufen gilt, dass sich Ärztinnen und Ärzte, bevor sie eine Diagnostik bei vermuteter sexueller Gewalt durchführen, sicher sein sollten, die fachliche Kompetenz für die Untersuchung aufzuweisen.

Sie müssen spezifische Kenntnisse über die normale Entwicklung des weiblichen Genitales sowie entwicklungsbedingte Varianten haben. Zudem sollten sie über ein fundiertes Wissen bezüglich der anatomischen und entwicklungsbedingten Besonderheiten des kindlichen und jugendlichen Genitales, ein erweitertes Fachwissen über die endokrinologische Entwicklung von Mädchen und jungen Frauen oder Jungen sowie bezüglich ihrer psychischen und psychosozialen Entwicklung verfügen. Wichtig sind die Kenntnis und der sichere Umgang mit den notwendigen Untersuchungsmethoden, wie z. B. die Ganzkörperuntersuchung, und spezialisierte Untersuchungsgänge wie die korrekte Abstrichentnahme aus der Vagina oder die Vaginoskopie.

Bei hinreichendem Verdacht sollte die Untersuchung zur genitalen Befunderhebung möglichst durch in der Kinder- und Jugendgynäkologie erfahrene Fachärztinnen oder Fachärzte bzw. eine spezialisierte klinische Einrichtung vorgenommen werden.

HINWEIS:

- Informationen zu in Bayern entsprechend ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten sind in Kapitel 6 zu finden.

Untersuchung kann in der Regel sorgfältig geplant werden

Das nachfolgend dargestellte Vorgehen sollte vor allem dann eingehalten werden, wenn die vermutete sexuelle Gewaltanwendung bei Kindern mehr als 24 Stunden – bei Jugendlichen mehr als 72 Stunden – zurückliegt und bei der Genitalinspektion keine Verletzung nachweisbar war. Forensische Überlegungen treten dann vorerst in den Hintergrund und eine kinder- oder jugendgynäkologische Konsiliaruntersuchung bzw. Jungenuntersuchung kann sorgfältig geplant werden.

Besteht keine Möglichkeit, die Untersuchung durch Fachärztinnen oder Fachärzte, die auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie erfahren sind, bzw. eine spezialisierte klinische Einrichtung vornehmen zu lassen, kann der in Kapitel 7 beigefügte Dokumentationsbogen hilfreich sein.

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Im Falle eines Verdachts auf sexuelle Gewalt werden bei der somatischen Untersuchung häufig keine beweisrelevanten Befunde erhoben. Trotzdem sollte hier immer eine Untersuchung angestrebt werden. Ein eindeutiger, körperlich nachweisbarer, beweisender Befund darf auf keinen Fall übersehen werden. Die Untersuchung darf grundsätzlich nicht gegen den Willen des Kindes oder Jugendlichen erfolgen.

3.2.3.1. Untersuchungstechnik nach Altersstufen

Ganzkörperuntersuchung und Erhebung eines Genitalstatus

Bei Verdacht auf sexuelle Gewalt setzt sich die somatische Untersuchung aus einer Ganzkörperuntersuchung und der Erhebung eines Genitalstatus zusammen. Bei der Ganzkörperuntersuchung wird der Fokus auf die Körperteile gerichtet, die häufig in sexuelle Aktivitäten einbezogen sind (z. B. Brustbereich, Gesäß, Oberschenkelinnenseite, Mund). Die Erhebung des Genitalstatus besteht vorwiegend aus einer genauen Inspektion der Genital- und Analregion.

Eine vaginale Untersuchung mit einem Vaginoskop wird bei der Verdachtsdiagnose „sexuelle Gewalt“ nur in ausgewählten Fällen erforderlich sein. Die Untersuchung muss aber bei allen Fällen einer vaginalen Blutung oder Verletzung sowie eines rezidivierenden putriden Genitalausflusses durch in der Kinder- und Jugendgynäkologie erfahrene Fachärztinnen oder Fachärzte durchgeführt werden.

Vaginale Untersuchungen nur durch erfahrene Fachärzte

Bei der Untersuchung sollte bedacht werden, dass die betroffenen Kinder oder Jugendlichen eine körperliche Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben können. Andererseits haben viele Kinder und Jugendliche, die sexuelle Gewalt erfahren haben, ein gestörtes Körperselbstbild und können durch eine ärztliche Untersuchung einen positiven therapeutischen Effekt erfahren, wenn ihnen durch die Untersuchung ihre körperliche Unversehrtheit und Gesundheit, Intaktheit und Normalität bestätigt wird.



Auf der Internetversion ist hierzu eine ausführliche Beschreibung der Technik der Befunderhebung bei Mädchen und Jungen entsprechend den einzelnen Altersstufen von 0 – 18 Jahren dargestellt. Dies wird ergänzt durch die Darstellung einer korrekten und umfassenden Spurensicherung (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/85.php).

3.2.3.2. Körperlicher Befund nach Altersstufen

Die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen und die Interpretation genitaler Befunde bei Verdacht auf sexuelle Gewalt erfordern die Kenntnis darüber, wie die Untersuchenden und die Patienten selbst bei Inspektion des Genitales dessen „Aussehen“ beeinflussen können.

Körperlicher Befund

Neugeborene befinden sich bis etwa zur dritten Lebenswoche in der sogenannten Neonatalperiode, in der noch östrogenhaltige Hormone der Mutter einwirken. Danach, bis etwa zum achten bzw. neunten Lebensjahr, ist das weibliche Genitale in der hormonellen Ruheperiode. Ab dem achten bzw. neunten Lebensjahr (je nach Entwicklungsverlauf des Mädchens früher oder auch später) unterliegt die Entwicklung des Genitales der eigenen hormonellen Beeinflussung (Reifungsperiode). Die „hormonelle Reife“ kann anhand eines Ausstriches des Vaginalsekretes unter dem Mikroskop bestimmt werden.

Der Hymen ist in der Ruheperiode schmerzanfällig und verletzbar. Der Hymen weist einen hohen Saum auf, der Rand des Saumes ist glatt. Der Saum ist glänzend und durchscheinend. Eine Penetration mit dem Penis in diesem Stadium ist in der Regel nur unter Setzen von Verletzungen möglich. Der transhymenale Durchmesser nimmt mit dem Lebensalter zu. Allerdings kann der Durchmesser durch die Untersuchungstechnik und das Kind selbst beeinflusst werden. Durch Traktion der Schamlippen kann der transhymenale Durchmesser deutlich größer erscheinen. Das Kind kann durch Anspannen oder Entspannen der Beckenbodenmuskulatur die Hymenalöffnung kleiner oder größer erscheinen lassen.

Differentialdiagnostisch müssen Erkrankungen ausgeschlossen werden, die in ihrem Befund gewaltspezifischen Symptomen ähnlich sind. Dies betrifft zum einen Vulvitiden bzw. Vulvovaginitiden, die durch bakterielle Infektionen bzw. Hygienedefizite ausgelöst sind und zu einer massiven Rötung im Anogenitalbereich führen können. Durch Vulvovaginitiden (z. B. hämolyisierende Streptokokken-A-Infektionen) können auch vaginale Blutungen oder am Anus einen sogenannten „Analscharlach“ (massive perianale kreisrunde Rötung mit Rhagaden) auslösen. Veränderungen im Analbereich wie Fissuren oder Blutungen können auch im Rahmen einer Obstipation oder einer Darmerkrankung wie Morbus Crohn verursacht worden sein. Zum anderen

Differentialdiagnosen berücksichtigen

müssen Hauterkrankungen im Bereich der Vulva, des Präputiums und des Anus ausgeschlossen werden, die Befunde wie bei sexueller Gewalt hervorrufen. Dies betrifft z. B. den Lichen sclerosus, der zu Rötungen, Einblutungen (Petechien, Hämatome) und Rhagaden anogenital führen kann und mit einem Peak im dritten bis siebten Lebensjahr beginnt.

Selbstverletzungen im Hymenbereich durch Manipulationen von Kindern oder Jugendlichen (z. B. Einführen von Gegenständen oder Benutzung von Scheidentampons) sind extrem selten. Verletzungen des Hymens beim Sport (z. B. Spagat) treten bei normalen anatomischen Verhältnissen in der Regel nicht auf. Es gibt auch kein angeborenes Fehlen des Hymens.

3.2.3.3. Psychischer Befund nach Altersstufen

Psychischer Befund

Generell gibt es mehrere Symptome, die den Verdacht auf eine Gewalthandlung wecken können. Überängstliches Verhalten, starke körperliche oder emotionale Abwehr oder in der Untersuchungssituation nicht adäquate Reaktion von Kindern und Jugendlichen können auf Stress und Anspannung sowie eine belastende Lebenssituation hinweisen. Viele psychische Symptome, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten, sind unspezifisch und können durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen werden. Nicht bei jedem einzelnen Symptom ist der Verdacht auf eine sexuelle Gewaltanwendung als primäre Ursache diagnostisch abzuklären. Erst die Gesamtschau der erhobenen Risikofaktoren sowie der psychischen und körperlichen Befunde führt zur differentialdiagnostischen Abklärung einer sexuellen Gewaltanwendung bei Kindern und Jugendlichen.



Auf der Internetversion sind zusätzlich altersentsprechend psychische Befunde bei Mädchen und Jungen aufgeführt, die einen Hinweis auf eine sexuelle Gewaltanwendung darstellen (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/86.php).

3.2.4. Dokumentation

Es hat sich bewährt, bei dringendem Verdacht auf sexuelle Gewalt einen standardisierten Prozess einzuhalten, der nach den persönlichen Vorgaben der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte variiert werden kann. Der Standardisierung dienen spezifische Dokumentationsbögen, die bei den Dokumentationshilfen in Kapitel 7 enthalten sind. Zusätzlich empfiehlt es sich, eine Fotodokumentation der erhobenen Befunde – auch Normalbefunde – durchzuführen. Für die Fotodokumentation sollte die schriftliche Erlaubnis der Personensorgeberechtigten eingeholt werden. Hilfreich sind die Angabe eines Maßstabes, eine Ganzkörperabbildung sowie Detailaufnahmen. Weitere Empfehlungen zur Dokumentation siehe auch Ziffer 4.2.10.

3.2.5. Interaktion bei sexueller Gewalt

Interaktion im familiären Bereich und sozialen Nahbereich

Nach der PKS des Bundeskriminalamtes 2010 waren bei circa 40 % der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung die Opfer mit den Tätern verwandt oder bekannt. Bei der Untersuchung ist daher zu beachten, dass unter Umständen die Bezugspersonen aktive Täter bzw. Tatbeteiligte sein können. Kinder bzw. Jugendliche und Gewalttäter begegnen sich nur selten zufällig. Meist werden erwachsene Personen aus dem Umfeld der Opfer gewalttätig (siehe auch Ziffer 1.2.).

Interaktion Jugendlicher

Für viele Mädchen und Jungen gehört sexualisierte Gewalt zum Alltag. Statistisch gesehen finden sich in allen Lebenszusammenhängen (z. B. Schulklasse, Jugendgruppe, Sportverein,

in Nachbarschaft oder Verwandtschaft) Kinder und Jugendliche, die sexualisierte Gewalt erleben oder erlebt haben. Das Ausmaß reicht von kleinen Grenzüberschreitungen bis hin zu massiver Gewaltausübung. In der Schule probieren Mädchen ihre Attraktivität aus, und Jungen üben Dominanz und sexuelle Verfügung über Mädchen ein. Dies geschieht verbal durch Beschimpfungen der Mädchen. Die Jungen werten dabei die Mädchen sexuell ab. Es geschieht tätlich durch Bedrängen, Anfassen, Anstarren, sexistische Zeichnungen und Sprüche an Tafeln, Schulbänken und an Toilettentüren und -wänden.

Sexuelle Kommunikation zwischen Mädchen und Jungen erfolgt sowohl verbal als auch nonverbal. Als Kommunikationsplattform werden vermehrt auch Soziale Netzwerke oder Chatrooms im World Wide Web genutzt. Häufig führt uneindeutige Kommunikation sexueller Absichten dazu, dass vor allem Jungen vor dem Hintergrund ihrer männlichen Sozialisation sexuell aggressives Verhalten zeigen. Diese Reaktionsweise ist auch für Jungen typisch, die selbst sexuelle Gewalt erfahren haben.

Uneindeutige sexuelle Kommunikation

HINWEIS:

- Zur Problematik sexualisierter Gewalt unter Kindern und Jugendlichen siehe insbesondere Ziffer 1.2. sowie die dort genannten Hinweise auf weiterführende Informationen.

3.2.6. Fallmanagement bei sexueller Gewalt

Im Zentrum der ärztlichen Beratung steht die ressourcenorientierte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beim Umgang mit den Auswirkungen der erlebten Gewalt. Ziel ist die Erweiterung der Handlungsfähigkeit und Eigenkompetenz, die Stärkung der Persönlichkeit und die Förderung der Autonomie. Bei unmittelbar drohender Gewalt gegen Kinder und Jugendliche steht die Organisation und Herstellung des Schutzes der Betroffenen im Mittelpunkt (zur Beurteilung von Risiko- und Schutzfaktoren siehe auch Ziffer 1.3.).

Was tun?

Ärztinnen und Ärzte müssen bei Verdacht des Vorliegens von sexueller Gewalt den Kindern oder Jugendlichen gegenüber einfühlsam und gleichzeitig gelassen bleiben und ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Vorwürfe, Vermutungen, Vorurteile oder ein Dramatisieren des Geschehenen sind unangebracht. Die spontane Aussage von Kindern und Jugendlichen, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, rechtfertigt immer eine eingehende Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhaltes und ggf. zur Spurensicherung.

Damit Ärztinnen und Ärzte nicht in einen Interessenskonflikt geraten, sollten sie den notwendigen Schutz des Kindes oder Jugendlichen und die Grenzen ihrer ärztlichen Schweigepflicht gerade auch ihren jungen Patienten gegenüber verdeutlichen.

HINWEIS:

- Zum konkreten Fallmanagement im Einzelnen siehe auch Kapitel 4, zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit siehe insbesondere Kapitel 2.

Ärztinnen und Ärzte haben die Aufgabe, die erhobenen Befunde zu bewerten und zu hierarchisieren. Bei Erhebung somatischer Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt ist es von großer Bedeutung, im Verlauf des Patientenkontaktes zusätzliche Informationen zu erhalten, die den Verdacht entkräften oder erhärten können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Erhebung von eventuell vorhandenen familiären Risikofaktoren sowie psychischen und/oder psychosomatischen oder psychosozialen Symptomen. In Absprache mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten können weitere spezialisierte Institutionen hinzugezogen werden.

Bewertung und Hierarchisierung der Befunde

Bei Verdacht auf sexuelle Gewalt sollte man sich, soweit erforderlich, von in der Kinder- und Jugendgynäkologie erfahrenen Fachärztinnen oder Fachärzten bzw. multidisziplinären Einrichtungen beraten lassen, damit die Abklärung des Verdachts optimal verläuft und die betroffenen Kinder und Jugendlichen ggf. vor weiterem Missbrauch oder einer Retraumatisierung geschützt werden.

Handlungspflicht Einbindung Jugendamt

**Praxisempfehlungen zur Einbindung des Jugendamtes:
Handlungspflicht, wenn dies zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich ist
(siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.3. sowie 2.3.4.)**

In der kinder- und jugendärztlichen Versorgung steht das Wohl der Kinder bzw. Jugendlichen im Vordergrund. Wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine sexuelle Gewaltanwendung ihnen gegenüber festgestellt sind, müssen sie unverzüglich geschützt werden.

Gewichtige Anhaltspunkte

Das Jugendamt ist kraft Gesetzes die zentrale Stelle, wenn es um Fragen des Kinderschutzes und insbesondere die Klärung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung sowie die Sicherstellung des Kindeswohls geht. Eine **Handlungspflicht** zur Einbindung des Jugendamtes besteht, **wenn** aus ärztlicher Sicht eine solche **zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich** ist. **Gewichtige Anhaltspunkte**, die für eine Misshandlung sprechen, sind **unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen** (im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.4. und **Tabelle 6**, vergleiche auch Art. 14 Abs. 6 GDVG). Wenn bezüglich der gewichtigen Anhaltspunkte Unklarheiten bestehen, sollten die Kinder bzw. Jugendlichen zur Klärung unverzüglich Fachärztinnen oder Fachärzten, die auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie erfahren sind, bzw. einer spezialisierten Einrichtung vorgestellt werden.

Liegen Befunde vor (siehe **Tabelle 7**), die auf sexuelle Gewalt hindeuten (aber noch keine gewichtigen Anhaltspunkte hierfür sind), müssen diese weiter abgeklärt werden. Bei Hinzu kommen weiterer Erkenntnisse können sich diese Befunde gegebenenfalls zu gewichtigen Anhaltspunkten verdichten (z. B. Nachweis eines Sexualkontaktes sowie Vorliegen konkreter Anhaltspunkte, dass dieser nicht im Einvernehmen mit dem bzw. der Jugendlichen erfolgt ist); in diesem Fall muss das Jugendamt unverzüglich einbezogen werden.

Gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt sowie Befunde, die auf eine solche hindeuten:

Gewichtige sowie konkrete Anhaltspunkte

Im Folgenden werden ausführlich entsprechend den Altersstufen von 0 – 18 Jahren alle genitalen Befunde aufgeführt, die einen Hinweis auf eine sexuelle Gewaltanwendung bei Mädchen und Jungen darstellen. Es werden Befunde gezeigt, die als gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt gelten, und Befunde, die eine weitere Abklärung erfordern.

Kinder unter sechs Jahren

Kinder im Alter unter sechs Jahren

Bei der Inspektion sind neben dem Gesamtaspekt die Klitoris, Präputium Klitoridis, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen in allen Anteilen, Inguinal- und Genitalbereich sowie Anus zu beurteilen. Bei sexueller Gewalt gibt es selten eindeutige Befunde. Als gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt gelten alle Verletzungen im Anogenitalbereich ohne plausible Anamnese. Dazu gehören Hämatome, Quetschungen, Striemen, Einrisse und Bisswunden. Häufig entstehen auch ein weiter Eingang der Vagina bzw. Rötung, Einrisse oder venöse Stauung im Analbereich.

Gewichtige Anhaltspunkte für eine sexuelle Gewaltanwendung sind der Nachweis von Spermien beim Kind oder eine Deflorationsverletzung, das heißt akute Lacerationen,

Ekchymosen oder Hämatome oder abgeheilte Verletzungen. Die Hymenalverletzung kann partiell (fehlendes Segment des Hymens) oder bis auf den Grund (Vulvarand) des Hymenalsaumes reichen oder auch einen Vaginaleinriss hervorrufen. Diese Lacerationen finden sich typischerweise zwischen drei bis neun Uhr im posterioren Bereich, am häufigsten zwischen fünf und sieben Uhr, in Steinschnittlage betrachtet. Auch Kerbenbildungen in diesem Bereich, die mehr als 50 % des Hymenalsaumes betreffen, sind mechanisch bedingte Verletzungen und sollten entsprechend beurteilt werden. Akute Risswunden des posterioren Frenulums der Labia minora auch ohne Verletzung des Hymens stellen gewichtige Anhaltspunkte für eine sexuelle Gewaltanwendung dar.

Als konkrete Anhaltspunkte, die eine weitere Abklärung nach sich ziehen müssen, sind Rötungen im Sinne von Entzündungen zu werten, die durch kurz zuvor stattgefundenes Reiben (z. B. mit dem Penis) hervorgerufen worden sein könnten. Weitere Anhaltspunkte sind verdickt erscheinende Hymenalsäume bzw. ein eingerollter Hymenalrand.

Urethraldilataationen finden sich auch bei nicht von sexueller Gewalt betroffenen Kindern. Periurethrale Bänder, Synechien der Labien oder Kerbenbildungen des Hymenalsaumes im vorderen Anteil sind Normalbefunde bzw. unspezifische Befunde.

Ein intakter Hymen schließt sexuelle Gewalt nicht aus, da am Genitale Manipulationen wie Streicheln, Lecken etc. stattgefunden haben können. Auch der Versuch, den Finger durch die Hymenalöffnung in die Scheide einzuführen, muss nicht zwangsläufig zu Verletzungen führen. Kommt es dennoch durch Manipulationen zu oberflächlichen Schleimhautverletzungen, heilen diese in kurzer Zeit ab (zwei bis drei Tage) und entziehen sich meist der Nachweisbarkeit.

Die umfassendste Einteilung der Befunde ist durch das Adams-Schema erfolgt, das Genitalbefunde bei Mädchen schematisiert hat.

Befunde im Afterbereich sind noch schwieriger beurteilbar als vaginale. Auch hier gilt, dass Manipulationen in der Regel keine Verletzungen hinterlassen. Oberflächliche Verletzungen heilen sehr schnell (zwei bis drei Tage) ab.

Penetrationen sind schon im frühen Kindesalter möglich und müssen keine Verletzungen verursachen, insbesondere wenn Gleitmittel verwendet oder ohne körperliche Gewaltanwendung vorgegangen wird. Ein gewichtiger Anhaltspunkt für einen Analmissbrauch sind der Nachweis von Samenflüssigkeit und/oder ein tiefer Schleimhauteinriss, der von der Analhaut in die Schleimhaut hineinführt. Konkrete Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt bei einer positiven Anamnese können Fissuren oder Rhagaden im Bereich der Analfalten sein. Eine anale Dilatation nach Spreizen der Gesäßbacken ist bis zu einem gewissen Grad möglich und normal. Dabei sollte sich lediglich der äußere Analsphinkter weiten, der innere sollte dabei verschlossen bleiben. Eine Dilatation des After nach einem Analverkehr bildet sich in kurzer Zeit zurück und entzieht sich damit dem Nachweis bei einer Untersuchung.

Auch bei Jungen sind Hautverletzungen die häufigsten Zeichen sexueller Gewaltanwendung. Verletzungen am Penis mit Einrissen des Frenulums oder Adhäsionen des Präputiums, Kontusionen oder Hämatomen sowie Erosionen werden bei Jungen beschrieben. Im Bereich des Skrotums treten am häufigsten Kontusionen oder Hämatome sowie Ödeme auf. Informationen über Verletzungen bei sexueller Gewalt bei Jungen sind in der Literatur rar. Verletzungen bei sexueller Gewalt gegen Jungen treten besonders häufig im Alter von sechs bis acht Jahren auf. Der Anteil der genitalen Verletzungen liegt dabei zwischen 1 – 7 %, die meisten Verletzungen treten im Analbereich auf (62 – 100 %). Verletzungen im Mundbereich bei oraler sexueller Gewaltanwendung sind selten.

Sexuell übertragbare Krankheiten wie z. B. Gonorrhoe, Lues oder Trichomonaden vor der Geschlechtsreife von Kindern sind mit größter Wahrscheinlichkeit Folge von sexueller Gewalt und gelten daher als gewichtige Anhaltspunkte. Der Nachweis von Chlamydien nach dem dritten Lebensjahr wird als beweisend für eine sexuelle Gewaltanwendung gewertet. Der Nachweis von Humanen Papillom Virus Infektionen (Condylomata accuminata) im Bereich von Vulva oder Anus ist ein konkreter Anhaltspunkt, wenn eine vertikale Übertragung in der Familie z. B. durch gemeinsamen Handtuchgebrauch einer infizierten Mutter ausgeschlossen werden kann.

Kinder im Alter 6 – 13 Jahre

Kinder im Alter von 6 – 13 Jahren

Für diesen Altersbereich gelten die Symptome und Befunde wie für den zuvor beschriebenen Altersbereich in gleicher Weise.

Nach erfolgter Östrogenisierung ist eine Penetration mit Penis oder Gegenständen ohne Deflorationsverletzung möglich. Die Angaben von Mädchen mit vollzogener Penetration und intaktem Hymen widersprechen sich nicht. Nach Eintritt der Pubertät müssen auch die sekundären Geschlechtsmerkmale wie z. B. die Brust sorgfältig untersucht werden, um Verletzungen wie Griffmale, Bissmale etc. festzustellen.

Von besonderer Bedeutung ist hier der kompetente Nachweis von möglichen Infektionen (sexuell übertragbare Erkrankungen wie genitale Infektionen, aber auch Hepatitis B bzw. HIV) oder bei akuten Gewaltsituationen der Nachweis von Spermien. Bei akuten Gewaltsituationen muss mit dem Kind nach Eintritt der Menarche eine postkonzeptionelle Kontrazeption angesprochen werden.

Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät bzw. bis zum 18. Lebensjahr muss man immer auch an einen Missbrauch denken. Jede Schwangerschaft bis zum 18. Lebensjahr ohne nachvollziehbare Angabe des mutmaßlichen Kindsvaters ist verdächtig auf eine stattgefundene sexuelle Gewaltanwendung.

Bei Jungen entsteht nach der Ejakularche eine besonders schwierige Situation, da von ihnen selbst, aber auch von Tätern unterstellt wird, dass die erlebte Gewalt nachweisbare körperliche Erregung (Erektion, Ejakulation) hervorgerufen hat. Auch Mädchen können durch die Situation mit Lubrifikation der Vagina mit oder ohne Orgasmus zusätzlich belastet werden.

Jugendliche

Jugendliche (Alter von 14 – 18 Jahren)

Für diesen Altersbereich gelten die Symptome und Befunde wie für die zuvor beschriebenen Altersbereiche in gleicher Weise. Bei nachgewiesenem Sexualkontakt sind grundsätzlich zusätzlich Anhaltspunkte erforderlich, dass dieser ohne Einvernehmen stattgefunden hat.

Erfahrungen zeigen, dass der Sexualkontakt oft auch mit der Einnahme von legalen (Alkohol) oder illegalen (Cannabis) Drogen kombiniert ist. Jugendliche Mädchen werden zum Teil nach übermäßigem Genuss von Alkohol (Binge-Drinking) oder durch Einflößen von sogenannten K.O.-Mitteln Opfer von sexueller Gewalt. Dabei kommt es zu einem medizinisch zu beurteilenden sexuellen Kontakt, bei dem aber der Gewaltaspekt aus forensischem Blickwinkel nicht nachweisbar ist. Für Ärztinnen und Ärzte steht der Aspekt des vermuteten vollzogenen Geschlechtsverkehrs im Vordergrund. Daher ist die Erhebung beweisrelevanter Befunde von großer Bedeutung, z. B. Spermien-sicherung, Speichelsicherung oder die Sicherung von Haaren oder Hautpartikeln innerhalb von vier Tagen nach dem Schadensereignis.

Tabelle 6: Gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt, die eine Mitteilung an das Jugendamt nach sich ziehen (akzidenteller Mechanismus ausgeschlossen; modifiziert nach Adams 2010, www.kindesmisshandlung.de/doku-und-sonstiges.html).

Gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt
Spontane Aussagen der Kinder oder Jugendlichen über erfahrene sexuelle Gewalt.
Nachweis von Spermien bei Kindern. Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 7).
Nachweis von sexuell übertragbaren Erkrankungen wie Lues, GO, Trichomonaden nach Ausschluss perinataler Übertragung bei Kindern. Infektion mit Chlamydia trachomatis (jenseits drittes Lebensjahr) – wird nach dem Adams-Schema als gewichtiger Anhaltspunkt gesehen. Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 7).
Positive Serologie auf HIV nach Ausschluss einer Übertragung perinatal, durch Blutprodukte oder kontaminierte Nadeln bei Kindern. Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 7).
Schwangerschaft bei Kindern (Schwangerschaft bei Jugendlichen siehe Tabelle 7).
Akute Lazerationen des Hymens (partielle oder vollständige Einrisse). Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 7).
Verletzungen im Vaginal-, Oral- oder Genitalbereich ohne plausible Erklärung, akute Lazerationen, Hämatome.
Akute Lazeration der Fossa navicularis ohne plausible Erklärung (ohne Hymenbeteiligung; DD durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie; fehlende Angaben eines akzidentellen Traumas, einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten).
Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus (DD fehlende Fusion der Mittellinie) .
Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (DD bekannte infektiöse Prozesse, LSA, Gerinnungsstörungen).
Geheilte Durchtrennung des Hymens („vollständige Spalte“) („Hymenal transection“, „complete cleft“). Zwischen drei bis neun Uhr bis zur oder nahe der Basis durchgerissener Bezirk des Hymens, Eindruck dort fehlenden Hymens. Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung, Umfahren mit angefeuchtetem Stieltupfer, Blasenkather-Ballonmethode (nur Adoleszente!). Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat.
Fehlendes Segment des Hymens: Bezirk des posterioren Hymenalsaums mit fehlendem Gewebe bis zur Basis, breiter als vollständige Spalte, Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich.
Perianale Narbe (selten, DD andere medizinische Ursachen: M.Crohn, akzidentell, medizinische Eingriffe). Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Trauma an entsprechender Lokalisation.
Narben der Fossa navicularis (DD Linvea vestibularis, labiale Adhäsionen). Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Traumas an entsprechender Lokalisation.

Tabelle 7: Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, die zu einer weiteren Abklärung führen (modifiziert nach Adams 2010, www.kindesmisshandlung.de/doku-und-sonstiges.html).

Anogenitaler Herpes Simplex Typ 1 oder 2 (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch), meldepflichtig als missbrauchverdächtig in den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005 .
Anogenitale Condylomata acuminata (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch).
Einrollung des kaudalen Hymenalrandes.
Verhaltensänderungen (auffälliges, inadäquates oder sexualisiertes Verhalten) .
Psychosomatische Erkrankungen.
Risikofaktoren in der Anamnese.
Nachweis von Sexualkontakten bei Jugendlichen (z. B. Nachweis von Spermien, sexuell übertragbaren Krankheiten), wenn Anhaltspunkte, dass Sexualkontakte ohne Einvernehmen stattgefunden haben.
Schwangerschaft bei Jugendlichen bei ungeklärter Vaterschaft.
Bilder des Kindes oder Jugendlichen in eindeutiger Pose.
Zeigen oder Anfertigen von Pornografie, Zeigen oder Anfertigen von Bildern mit sexualisiertem Inhalt.
Nachweis von SMS, MMS, E-Mails, Internetkontakten mit eindeutig sexualisierten, pornografischen oder gewalttätigen Inhalten.

Gewalt in den Medien

Sexuelle Gewalterfahrungen durch die Neuen Medien (siehe hierzu auch Ziffer 1.4.) werden in der ärztlichen Praxis bisher nur selten thematisiert. Dabei können gerade solche Erfahrungen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu gravierenden psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen führen. Insbesondere im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U10 (7 – 8 Jahre), U11 (9 – 10 Jahre), J1 (12 – 14 Jahre) sowie J2 (16 – 17 Jahre) sollte stärker darauf geachtet werden. Zusätzliche Fragen an Jugendliche zum Medienkonsum und zu eventuell erlebter sexueller Gewalt durch die Neuen Medien können z. B. sein: „Ich habe letzte Woche von einem Jugendlichen gehört, dass von ihm mit einem Handy heimlich Fotos gemacht wurden, die in einen Pornofilm hineingeschnitten wurden. Ist dir auch schon mal so was passiert?“ oder „Bist du im Internet schon mal sexuell belästigt worden?“

! HINWEIS:
 ● Weiterführende Informationen zum Thema Medien, Medienerziehung sowie Gewalt in den Neuen Medien siehe insbesondere Ziffer 1.4.

3.2.7. Fallbeispiele aus der Praxis

Fallbeispiel 1

Die 7-jährige S. wird von einem Kollegen wegen Verdacht auf rezidivierende Vaginalinfektionen überwiesen. S. ist in der Untersuchungssituation primär zugewandt und lässt sich gut untersuchen. Nach einem kurzen Blick der Ärztin auf ihre Vulva verweigert sie jede weitere Untersuchung. Es wird ein neuer Termin ausgemacht und die Untersuchung durch eine Ärztin angeboten. Der zweite Untersuchungstermin läuft identisch zum ersten Termin ab. S. wehrt eine Inspektion der Vulva vehement ab. In Absprache mit den Eltern erfolgt der Entschluss zur Untersuchung in Sedierung. Hierbei findet sich ein eindeutiger Befund. Im Bereich von fünf bis sieben Uhr findet sich kein Hymenalsaum mehr. Da der hochgradige Verdacht der sexuellen Gewalt besteht, wird das Jugendamt unverzüglich einbezogen. Es ist verantwortlich für die Gefährdungseinschätzung und für weitergehende Maßnahmen. Schließlich räumt der 13-jährige Bruder gegenüber dem Jugendamt ein, das Mädchen sexuell missbraucht zu haben. Mit den Eltern wird vereinbart, dass das Mädchen zur Aufarbeitung und Bewältigung des Missbrauchs therapeutische Angebote der Erziehungsberatungsstelle in Anspruch nimmt.

Hinsichtlich des Bruders wird eine kinder- und jugendpsychiatrische Klärung herbeigeführt. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse wird im Einvernehmen und auf Antrag der Eltern entschieden, den Jungen in einer stationären Einrichtung unterzubringen. Bestandteil des Hilfeplanes ist insbesondere die Beteiligung einer Beratungsstelle für minderjährige Sexualtäter.

Fallbeispiel 2

Die 8-jährige M. wird von einem Kinder- und Jugendarzt an einen Kollegen in dessen kinder- und jugendgynäkologische Sprechstunde überwiesen, da tags zuvor eine akute vaginale Blutung aufgetreten sei. M. berichtet, sie sei beim Inlineskaten gestürzt, dabei habe es ihr die Beine auseinandergespreizt. Die Mutter habe den Unfallmechanismus nicht beobachtet. Bei der anschließenden Inspektion des Genitales findet sich bei erhaltenem Hymenalsaum ein quer verlaufender circa 15 Millimeter langer, blutender Riss in der Fossa navicularis. Ansonsten ist keine Verletzung zu sehen.

Derartige Verletzungen werden als Folge eines Inlineskate-Unfalles, bei dem es zu einem übermäßigen Spreizen der Beine kommt, in der Literatur bislang zweimal beschrieben. Der Unfallmechanismus kann daher die Verletzungen von M. erklären. Da jedoch unabhängige Beobachter des Unfalles fehlen, wird die Mutter darüber informiert, dass eine weitere kontinuierliche Betreuung des Kindes durch den einweisenden Kollegen sinnvoll ist. Der Kinder- und Jugendarzt wird nach Rücksprache mit der Mutter über den Befund informiert, ein Termin zur Kontrolle wird vereinbart. Die Gesundheitshilfe trägt hier ihre originäre Verantwortung für die Gesundheit des Kindes.

Da keine Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt vorlagen, war eine Einbindung des Jugendamtes nicht erforderlich.

Fallbeispiel 3

Eine Mutter kommt mit ihrer 5-jährigen Tochter in die Kinder- und Jugendarztpraxis. Anamnestisch wird von der Mutter angegeben, dass sie ihre Tochter wegen starken Brennens beim Wasserlassen in einer Kinderklinik vorgestellt habe. Seit mehreren Wochen würden bei dem Mädchen immer wieder Brennen, vor allem nach dem Urinieren, sowie ein immer wiederkehrender Juckreiz bestehen. Nach der Untersuchung des Genitales sei ihr mitgeteilt worden, dass bei dem Mädchen Veränderungen vorhanden sind, die auf sexuelle Gewalt

hindeuten (Hämatome im Bereich der Scheide sowie diffuse Einblutungen). Der Hymenaleingang sei sehr weit und der Versuch einer Penetration könne nicht ausgeschlossen werden. Der Kinder- und Jugendarzt vereinbart mit der Mutter, dass eine weitere Untersuchung zur Abklärung in einer spezialisierten Ambulanz erfolgen soll. Die Mutter willigt ein, dass er das Ergebnis der Untersuchung in der Ambulanz erfragen kann. Bei dieser Untersuchung findet sich das klassische Vollbild eines sogenannten Lichen sclerosus et atrophicus, einer Krankheit, die aufgrund der Genitalveränderungen eine der häufigsten Fehldiagnosen zur sexuellen Gewalt darstellt. Eine Einbindung des Jugendamtes erübrigt sich.

Fallbeispiel 4

Eine 17-jährige Jugendliche kommt zur Verschreibung der Pille in die Praxis. In der Anamnese-situation schildert sie folgendes: „Mein Bruder ist älter als ich und ich fand seine Freunde – vor allem P. – schon immer cool und attraktiv. Auf einer Party durften meine Freundin und ich dabei sein. Ich war damals 15. Ich war jung und unerfahren, einfach nur ein wenig in P. verknallt. Dieser nutzte diese Situation schamlos aus. Wir gingen in sein Zimmer und er zeigte mir seine CDs. Ich fand das alles natürlich cool. Er schenkte mir immer wieder Wein nach. Dann fragte er mich, ob ich schon mal geküsst hätte. Ich sagte nein, und er küsste mich. Das war noch ganz schön. Aber er wollte immer mehr. Ich hab mich abgewendet. Aber er versuchte es immer wieder, drückte mich schließlich auf sein Bett und sagte, dass ich ja nicht schreien sollte. Er zog mich aus, sagte, es würde gar nicht weh tun. Ich hatte keine Chance. Er war viel stärker als ich. Ich ließ es über mich ergehen. Als es vorbei war, ließ er mich einfach zurück. Ich habe bis jetzt mit keinem darüber gesprochen. Das Verhältnis zu meinem Bruder ist seither auch nicht mehr besonders gut.“

Die Jugendliche möchte keine Anzeige bei der Polizei erstatten und will auch nicht, dass das Jugendamt informiert wird. Da die Gefahr eines wiederholten Übergriffs nicht besteht und die Ärztin auch eine Gefährdung des Mädchens in Folge der sexuellen Gewalt ausschließen kann, kann sie in diesem Ausnahmefall von der Beteiligung des Jugendamtes absehen. Die Ärztin informiert die Jugendliche gleichwohl über bestehende Beratungsangebote sowie die unterstützende Funktion des Jugendamtes.

Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Einbindung des Jugendamtes besteht grundsätzlich die Möglichkeit, den Fall anonymisiert, ggf. auch im Beisein der Betroffenen, mit diesem zu besprechen.



3.3. Vernachlässigung

Nikolaus von Hofacker

3.3.1. Definition und Epidemiologie

Vernachlässigung ist die wiederholte oder andauernde Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen (Eltern oder andere autorisierte Betreuungspersonen), das zur Sicherung der seelischen und körperlichen Bedürfnisse des Kindes bzw. Jugendlichen notwendig wäre (siehe auch Ziffer 1.1.).

Zu den elementaren Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen zählen:

- solche körperlicher Art (wie essen, trinken, schlafen),
- Schutzbedürfnisse,
- Bedürfnisse nach Verständnis, Wertschätzung und sozialer Bindung,
- Bedürfnisse nach Anregung, Spiel und Leistung und
- Bedürfnisse nach Selbstwirksamkeit.

Elementare Bedürfnisse

Bedürfnisse des Kindes, wie auch deren Vernachlässigung, können anhand verschiedener Hierarchiestufen wahrgenommen und beurteilt werden, die aufeinander aufbauen (Maslow'sche Bedürfnispyramide). Einen hungrigen Säugling kann man beispielsweise nicht auf Dauer durch Ablenkung und Spiel zufriedenstellen, statt ihm zu essen zu geben.

In Deutschland gibt es bislang keine verlässlichen epidemiologischen Daten zur Häufigkeit von Vernachlässigungen (siehe auch Ziffer 1.2.). Eine aktuelle Untersuchung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm einer größeren Stichprobe aus 21 Kinderbetreuungseinrichtungen zeigt bei 5,3 % der Kleinkinder Hinweise auf Vernachlässigung, was sich mit bisherigen Schätzungen deckt. In einer Längsschnittstudie der Kinderklinik der Universität München fanden sich bei 2 – 3 % aller stationär aufgenommenen Patienten Hinweise auf Vernachlässigung oder Misshandlung. Kindesvernachlässigung kann in allen Altersgruppen auftreten, die Gefahr ist aber in den ersten fünf Lebensjahren am höchsten. Die meisten Todesfälle treten im ersten Lebensjahr auf.

Vernachlässigung tritt am häufigsten im Kleinkindalter auf

In einer Untersuchung von 318 Fällen von Kindeswohlgefährdung aus 16 unterschiedlichen Jugendämtern war jedes dritte Kind mit Vernachlässigung als Hauptgefährdungsmerkmal unter drei Jahre alt (35,2 %), jedes fünfte Kind (18,2 %) unter einem Jahr, annähernd gleich viele Kinder waren im Kindergartenalter (20,1 %). In mehr als 60 % dieser Fälle wurde eine mangelnde Ernährung konstatiert, in 55 % eine unzureichende Gesundheitsvorsorge. In 56 % der Fälle bekamen die Kinder mangelnde Zuwendung durch die Erziehungspersonen, in 60 % wurden notwendige Spiel- und Erfahrungsmöglichkeiten für die Kinder nicht bereitgestellt und in 67 % fehlte es an intellektueller Förderung (IKK-Nachrichten Nr. 2/ 2001).

3.3.2. Formen von Vernachlässigung

Anzeichen von Vernachlässigung können körperlich, erzieherisch oder emotional auftreten. Häufig gehen mehrere dieser Formen einher. Handlungen, die unter Vernachlässigung fallen, sind insbesondere:

- unzureichende Grundversorgung (mangelnde Ernährung, unzureichende Körperpflege),
- mangelnde Gesundheitsfürsorge,
- mangelnde Aufsicht (z. B.: Säuglinge, Kleinkinder werden alleine gelassen),
- unzureichende oder inadäquate Anregung für das Kind.

Vernachlässigung kann körperlich, erzieherisch oder emotional erfolgen

Die Unterlassung fürsorglichen Handelns kann absichtlich oder unabsichtlich erfolgen. Unabsichtliche Vernachlässigung liegt bei mangelnder Einsicht, Nichterkennen von Bedarfssituationen oder unzureichenden Handlungsmöglichkeiten der sorgeverantwortlichen Personen vor, absichtliche dagegen, wenn sie wissentlich die Erfüllung wesentlicher Bedürfnisse des Kindes bzw. Jugendlichen verweigern oder behindern.

3.3.3. Folgen von Vernachlässigung

Gefährdung der körperlichen, geistigen und sozial-emotionalen Entwicklung

Vernachlässigung hemmt, beeinträchtigt oder schädigt die körperliche, geistige und seelische Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Sie kann zu gravierenden, bleibenden Schäden oder gar zum Tod insbesondere von Kindern führen oder beinhaltet zumindest ein hohes Risiko für solche Folgen. Vernachlässigung weist immer auf eine massive Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind hin.

Grundsätzlich ist zu bedenken: Je jünger die betroffenen Kinder sind und je tiefgreifender die Vernachlässigung ist, desto größer ist das Risiko für bleibende Schäden. Für Säuglinge können Versorgungsmängel schon nach kurzer Zeit lebensbedrohlich sein. Die Nichtversorgung eines Säuglings oder Kleinkindes über einen Tag oder eine Nacht kann bereits zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und lebensbedrohlichen Situationen führen. Je jünger das Kind ist, desto schwerwiegender muss dessen Gefährdung eingeschätzt werden. Gleiches gilt bei zusätzlicher Krankheit oder Behinderung.

Gefährdung der Gesundheit und der körperlichen Entwicklung

Vernachlässigung kann im schlimmsten Fall zum Tod eines Kindes führen. Rechtsmedizinische Befunde aus Deutschland zeigen, dass jährlich vier bis sieben meist sehr junge Kinder durch Vernachlässigung verhungern oder verdursten, internationale epidemiologische Daten lassen vermuten, dass deutlich mehr Kinder jährlich durch Unfälle infolge mangelnder Beaufsichtigung ums Leben kommen. In der öffentlichen Wahrnehmung wird Vernachlässigung im Vergleich zu körperlicher Gewalt oft als weniger gefährlich eingestuft. Epidemiologische Befunde zeigen aber: Schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die im direkten Zusammenhang mit Vernachlässigung stehen, treten nahezu genauso häufig auf wie bei körperlicher Gewalt.

Beispiel

Ein 2-jähriger Junge wird zur U7 vorgestellt, er wiegt 8,1 kg (deutlich unter der dritten Perzentile). Die vorausgegangenen Früherkennungsuntersuchungen sind unvollständig durchgeführt, der Kinder- und Jugendarzt wurde bereits zweimal gewechselt. Auf das massive Untergewicht angesprochen, meint die Mutter, der Junge schlage halt nach dem Vater, der sei auch eine Bohnenstange. Ein Vergleich mit der dokumentierten U6 ergibt, dass der Junge seit einem Jahr nur 200 g zugenommen hat. Die Mutter meint dazu, sie hätten halt keine Waage im Haus, eine solche bräuchten sie auch nicht, bei dem, was der Kleine esse, sei es ja kein Wunder, dass er so wenig wiege.

Gefährdung der kognitiven und schulischen Entwicklung

Vernachlässigte Kinder und Jugendliche zeigen als Gruppe in ihren Schulnoten wie auch in standardisierten Tests ihrer kognitiven Fähigkeiten unterdurchschnittliche Leistungen. Laut internationalen Studien werden sie häufiger auf Förderschulen verwiesen. Es ist anzunehmen, dass dies auch auf Deutschland übertragbar ist.

Gefährdung der sozial-emotionalen Entwicklung

In betroffenen Familien ist häufig eine grundlegende Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit der Eltern festzustellen. Die elterlichen biografischen Erfahrungen sind oft von Nichtbeachtung, strafendem oder ablehnendem Verhalten der eigenen Eltern geprägt. Infolgedessen ist den Eltern meist nicht bewusst, was ihren Kindern fehlt oder was sie ihnen vorenthalten. Fehlendes Wissen um die kindlichen Bedürfnisse, unrealistische Erwartungen und mangelndes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse der Kinder (sogenannte

Mentalisierungsdefizite, Empathiemangel) führen zu gestörten Interaktionen und Beziehungen. Körperlich und/oder emotional vernachlässigte Kinder und Jugendliche sind daher häufig in ihrer eigenen Bindungsentwicklung beeinträchtigt und zeigen dementsprechend gehäuft ein unsicheres Bindungsverhalten. Ihr Vertrauen in positive Reaktionen der Bezugspersonen, gerade wenn sie Gefühle von Kummer oder Angst zeigen, ist eingeschränkt oder fehlt gänzlich. Die problematischen frühen Bindungserfahrungen können sich ungünstig auf die psychische Widerstandskraft des Kindes bzw. Jugendlichen (Resilienz), seine Ich-Stärke und sein Selbstvertrauen sowie sein Verhalten in sozialen Beziehungen, aber auch in Lern- und Leistungssituationen auswirken.

Vernachlässigte Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko sowohl für Depressionen, Ängste, sozialen Rückzug, Schulvermeidung etc. (internalisierende Störungen) als auch für unkontrollierte Aggressionen, Unruhe, Hyperaktivität etc. (externalisierende Störungen). Auch das generelle Risiko für die Entwicklung einer psychiatrischen Störung ist erhöht.

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit

3.3.4. Risikofaktoren für Vernachlässigung

Da sich konkrete Hinweise für Vernachlässigung im Kindesalter oft nicht so eindeutig wie bei aktiven Formen von Misshandlung finden lassen, ist die Erfassung von Risikofaktoren umso wichtiger. Sie kann dem Untersuchenden helfen, in der Anamnese- und Befunderhebung gezielt auf konkrete Hinweise zu achten. Auch wenn Risikofaktoren nicht mit manifester Kindesvernachlässigung verwechselt werden dürfen, gilt doch: Je mehr Risikofaktoren bestehen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine manifeste Vernachlässigung. Obwohl es keine spezifischen Risikofaktoren gibt, erscheinen neben allgemeinen psychosozialen Risikofaktoren wie Armut, sozioökonomischen Belastungen, Disharmonie zwischen den Eltern etc. insbesondere folgende Risikobedingungen von Bedeutung (siehe hierzu auch Ziffer 1.3.):

Je mehr Risikofaktoren, umso größer die Wahrscheinlichkeit

- **Biografische elterliche Belastungen**
 - » Broken-Home-Geschichte, Kriminalität in der Vorgeschichte
 - » Elterliche Traumatisierungen
- **Einstellungen und Verhalten gegenüber dem Kind in der Schwangerschaft**
 - » Ungewollte Schwangerschaft
 - » Kaum/keine Vorsorgeuntersuchungen
 - » Mangelnde Selbstfürsorge
- **Persönlichkeitsfaktoren der Eltern**
 - » Geringe Impulskontrolle
 - » Mangelnde Problem- und Stressbewältigungskompetenzen
 - » Psychische Störungen, Suchtmittelmissbrauch oder -erkrankung
 - » Frühe Elternschaft (< 18. Lebensjahr)
 - » Intelligenzminderung
 - » Bereits erfolgte Vernachlässigung/Misshandlung eines Kindes in der Vergangenheit
- **Kindliche Merkmale**
 - » Schwieriges Temperament
 - » Erhöhte Fürsorge- und Versorgungsanforderungen an die Eltern (Frühgeburt, Mehrlinge, chronische Erkrankungen und Behinderungen)

Risikofaktoren entfalten ihre Wirkung im Wechselspiel mit vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren (siehe auch Ziffer 1.3.). Eine Risikoeinschätzung kann daher nur unter Einbezug gleichzeitig vorhandener kindlicher wie elterlicher und familialer Schutzfaktoren wie z. B. sozialem Netzwerk, positivem Bewältigungsverhalten, Intelligenz etc. erfolgen.

Wechselspiel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren

Beispiel

Ein 3-monatiger Säugling wird wegen unstillbaren Schreiens vorgestellt. Das Baby ist das zweite Kind seiner Eltern, das ältere Kind hat sich unauffällig entwickelt. Aus der genaueren Anamnese wird deutlich, dass das Baby sogenannte schwierige Temperamentsmerkmale aufweist, leicht irritabel ist, wenig vorhersagbar in seinem Verhalten ist, wenig Rhythmisität in seiner Verhaltensregulation zeigt. Die Mutter ist sehr erschöpft und belastet, aber im Umgang mit dem Baby intuitiv kompetent, liebevoll und fürsorglich. Als das Baby während der Untersuchung anfängt zu schreien, gelingt es ihr nach einiger Zeit, es zu beruhigen, indem sie es zunächst ablenkt, um dann mit ihm in einen spielerischen Dialog einzusteigen. Das Vernachlässigungsrisiko ist in diesem Fall trotz der schwierigen Temperamentsmerkmale wegen der vorhandenen Ressourcen gering. Die Beratung kann auf die Entlastung der Mutter sowie die Unterstützung und Förderung der selbstregulatorischen Kapazitäten des Babys fokussiert werden.

Beispiel

Ein 5-monatiger Säugling wird wegen unstillbaren Schreiens und Schlafproblemen vorgestellt. Die Mutter beschreibt, sich völlig überfordert und hilflos zu fühlen, alles versucht zu haben, dennoch schreie das Baby bis zu vier Stunden am Stück. Manchmal habe sie das Gefühl, das Baby an die Wand werfen zu wollen, der kleine Balg habe es faustdick hinter den Ohren. Auch hier ergeben sich Hinweise auf ein schwieriges kindliches Temperament. Zusätzlich ist die mütterliche Biografie von eigenen Gewalterfahrungen geprägt. Während der Anamneseerhebung und in der Untersuchungssituation geht die Mutter mit dem Baby recht grob um, hebt es z. B. an einem Arm hängend vom Wippen auf die Untersuchungsliege. In der Untersuchungssituation wirkt der Säugling wenig gepflegt, das Gewicht liegt auf der dritten Perzentile, es fällt auf, dass die Mutter teilnahmslos, angespannt neben der Untersuchungsliege steht. Als das Kind aufgrund der Untersuchung schreit, stopft sie ihm nach einiger Zeit generot den Schnuller in den Mund. Hier finden sich bereits konkrete Hinweise für eine Vernachlässigung, darüber hinaus besteht auch ein Risiko für eine Kindesmisshandlung. Die Mutter verfügt über keine ausreichenden Ressourcen. Die Interventionen müssen daher sehr viel komplexer konzipiert sein und die Information des Jugendamtes sowie die Einbindung der Frühen Hilfen einschließen.

3.3.5. Untersuchung und Befunderhebung

3.3.5.1. Anamnese

Folgende Merkmale können bereits in der Anamnese auf eine Vernachlässigung hinweisen:

- **Viele Risiken, ungenügende Ressourcen, z.B.:**
 - » Eltern können sich trotz Belastungen nur unzureichend Hilfe holen, verfügen über keine ausreichend stützenden inner- und/oder außerfamiliären sozialen Beziehungen.
- **Entwicklungsauffälligkeiten, z.B.:**
 - » Hinweise auf kindliche Entwicklungsdefizite,
 - » Eltern fördern kindliche Entwicklungsbedürfnisse nicht ausreichend.
- **Körperliche und seelische Grundbedürfnisse werden nicht ausreichend befriedigt, z.B.:**
 - » Vermehrte Unfälle, mangelnde Gefahrenvermeidung.
 - » Eltern lassen unangemessenen Konsum von Genussmitteln zu (z. B. Tabak, Alkohol).
 - » Eltern lassen unangemessenen Medienkonsum zu, der die kindliche Entwicklung beeinträchtigt.
 - » Früherkennungsuntersuchungen werden nicht (ausreichend) wahrgenommen, angemessene Maßnahmen bei Krankheit nicht ergriffen.
 - » Ältere Kinder/Jugendliche: Eltern wissen nicht um den Aufenthalt des Kindes bzw. Jugendlichen.
 - » Desinteresse am Kind: Betreuung des Kindes wird häufig an andere Personen abgegeben.

Hinweise für Vernachlässigung

Beispiel

Ein knapp 6-jähriger Junge wird von seinen Eltern in der Schuleingangsuntersuchung als schwierig beschrieben, er zeige diverse Ängste, habe soziale Probleme im Kindergarten, neige immer wieder zu Aggressionen. Die Eltern haben vier weitere Kinder, z. T. ebenfalls mit diversen Verhaltensproblemen, die Mutter ist berufstätig, chronisch überfordert. Die Nachfrage nach dem Medienkonsum der Kinder ergibt, dass der Junge ein Zimmer mit seinem 13-jährigen Bruder teilt, das mit Fernseher und DVD-Recorder ausgestattet ist. Der Junge sehe bis zu sechs Stunden am Tag fern, darunter auch Horror-Videos des älteren Bruders, oft schlafe er erst gegen 0 Uhr ein, wenn der Bruder den Fernseher ausmache. Die Mutter gibt an, der Fernseher im Zimmer des Jungen sei ihr ganz recht, so sei wenigstens halbwegs Ruhe, sonst würde es ja nur drunter und drüber gehen.

- **Belastungen oder Einschränkungen des elterlichen Verhaltens**

- » **Beginn der Elternschaft:** unerwünschte Schwangerschaft, Partnerschaftskonflikte in der Schwangerschaft, mangelnde Gesundheitsvorsorge der Mutter in der Schwangerschaft, mangelnder Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft etc.
- » **Elterliche Erziehungshaltungen und -praktiken:** desinteressiertes oder feindselig-aggressives elterliches Verhalten, Erziehungsmethoden harsch-aggressiv, nicht an Alter und Bedürfnisse des Kindes angepasst, Zurückweisung oder Herabsetzung des Kindes, Sündenbockrollen-Zuschreibung, Lächerlichmachen des Kindes, Schuldzuschreibung.
- » **Mangelnde Selbst- und Fremdfürsorge:** Eltern können nur unzureichend für sich selbst und andere sorgen.
- » **Belastete elterliche Biografie:** Hinweise auf traumatische Erfahrungen in der elterlichen Biografie.
- » **Elterliche Empathie eingeschränkt, z.B.:**
 - Eltern können sich nur unzureichend in die Situation des Kindes einfühlen, nehmen kindliche Bedürfnisse und Signale nicht ausreichend wahr (mangelnde Feinfühligkeit).
 - Eltern können nicht angemessen zwischen eigener und kindlicher Perspektive sowie Befindlichkeit differenzieren und wechseln.
 - Eltern sind in erster Linie mit sich selbst beschäftigt, betonen eigene Belastungen und Opfer, die für ihr Kind zu erbringen sind. Kindliche Bedürfnisse werden zugunsten elterlicher Bedürfnisse vernachlässigt, das Kind ist für die elterliche Bedürfniserfüllung verantwortlich, Rollenumkehr.
 - Hauptfürsorgeperson fühlt sich vom Kind abgelehnt.
 - Projektion elterlicher Vorstellungen, Ängste, Aggressionen, feindseliger Fantasien in das Kind.

Beispiel

Ein 13-jähriger Junge kommt mit seinen Eltern zum Kinder- und Jugendarzt, nachdem er am Wochenende zuvor in der Kinderklinik wegen einer Alkoholintoxikation behandelt worden war. Der Blutalkoholspiegel betrug 1,8 Promille. Der 13-Jährige hat in seiner Freizeit regelmäßig Kontakt zu einer Clique Jugendlicher, in der exzessiv Alkohol, Haschisch und andere Drogen konsumiert werden. Die Eltern wissen nicht, wo sich der Junge außerhalb der Schule aufhält, Rückmeldungen aus der Schule ergeben, dass er die Schule nur unregelmäßig besucht. Auf die Situation angesprochen, zeigen beide Eltern keinerlei Verständnis dafür, dass sie in dieser Situation in ihren erzieherischen Aufgaben gefordert sind, meinen vielmehr, sie hätten schon seit Jahren aufgegeben, hier etwas zu versuchen, da ihr Sohn noch nie auf sie gehört habe. Er müsse seine eigenen Erfahrungen machen und aus diesen lernen, sie hätten genügend eigene Probleme. Ab einem gewissen Alter müsse schon jeder für sich selber sorgen.

3.3.5.2. Körperliche Untersuchung

**Besonders gefährlich:
Wachstums- und
Gedeihstörungen,
gehäufte Unfälle**

Zu achten ist insbesondere auf:

- Wachstums- und Gedeihstörungen,
- körperliche, kognitive oder sozial-emotionale Entwicklungsverzögerungen,
- mangelnde Pflege,
- Kleidung, die für die jeweilige Situation/Jahreszeit nicht angemessen ist,
- Hinweise auf gehäufte Unfälle, Verletzungen.

Beispiel

Ein 4-jähriger Junge wird wegen einer Schulterprellung vorgestellt. Die Mutter gibt an, der Junge sei in seinem Bewegungsdrang nicht zu bändigen. Am Vortag habe sie mit ihm zusammen in die Straßenbahn einsteigen wollen, im Gedränge habe sie den Jungen kurz aus den Augen verloren. Beim Einsteigen sei der Junge in die sich schließende Trambahntür geraten und habe sich die Schulter eingeklemmt, Passanten hätten ihm aus der Tür geholfen. Sie äußert sich vorwurfsvoll, dass das Ganze nur wegen dem Gedrängel der Passanten passiert sei. Auf eine weitere Schürfwunde im Unterschenkelbereich angesprochen, äußert die Mutter, das sei etwas Ähnliches wie die Schulterprellung, da sei der Junge auf der Bahnsteigkante auf dem Eis ausgerutscht und beim Einsteigen in die S-Bahn mit dem Bein kurz in den Spalt zwischen Tür und Bahnsteig gerutscht. Auf Nachfrage hatte die Mutter ihn auch in dieser Situation nicht an der Hand gehalten, ihm aber gleich aus dem Spalt geholfen. Die Mutter macht die Hyperaktivität des Jungen für die Unfälle verantwortlich und ist der Meinung, ein Vierjähriger sei doch wohl in der Lage, mit ihr zu laufen, ohne dass sie ihn ständig an der Hand halten müsse.

3.3.5.3. Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung

Beobachtung von konkreten Verhaltens- und Interaktionsmustern

Neben Hinweisen aus der körperlichen Untersuchung eignet sich zur Einschätzung einer konkreten Vernachlässigung am besten die Verhaltensbeobachtung der primären Bezugsperson(en) in Interaktion mit dem Kind. Die Verhaltensbeobachtung kann bereits während der Anamnese sowie im Laufe der weiteren Untersuchungen erfolgen und durch die Beobachtung einer Pflegesituation (Wickeln, Füttern) sowie eines spielerischen Dialogs ergänzt werden. Auf folgende Merkmale sollte besonders geachtet werden:

Untersuchungssituation

Kind

- wirkt apathisch, passiv.
- zeigt regulatorische Probleme (nicht spezifisch):
 - » ist wenig vorhersagbar in seinem Verhalten.
 - » entgleist rasch, unvorhersehbar, kann sich unzureichend selbst regulieren.
 - » reagiert panisch, lässt sich nicht von der Bezugsperson trösten.

Bezugsperson (Mutter, Vater)

- verhält sich barsch, wenig einfühlsam.
- hält wenig Körperkontakt, zeigt wenig Freude, Zärtlichkeit im Umgang mit dem Kind.
- erkennt Gefährdungs- oder Grenzsetzungssituationen nicht ausreichend, reagiert in diesen nicht oder nur verzögert.
- kein bzw. unzureichendes Tröstungsverhalten.

Wickel-, Fütter- oder Spielsituation zwischen Eltern und Kind

Kind

- wenig Blickkontakt mit Mutter/Vater, Blickvermeidung.
- Dysphorie, Irritabilität, motorische Unruhe.
- Apathie, freudloser Affekt, mangelndes Lautieren, mangelndes Interesse an der Umgebung.
- Kind vermeidet Körperkontakt mit Mutter/Vater.
- Jactationen (Schaukeln), stereotype Bewegungen, Trichotillomanie (Haarezupfen).

Bezugsperson

- redet wenig, verhält sich wenig zärtlich/positiv im Umgang, wenig Lob/Bestärkung des Kindes.
- äußert sich vor allem negativ oder abwertend über das Kind, schreibt dem Kind wiederholt Schuld zu.
- Verhalten sehr wechselnd (emotional instabil/impulsiv), nicht ausreichend an kindliche Bedürfnisse in unterschiedlichen Situationen angepasst.
- verzögerte/fehlende oder nicht angemessene Reaktion auf kindliche Signale, emotional unzugänglich.
- unrealistische, nicht angemessene Erwartungen an das Kind, Rollenumkehr.
- Verhalten eher auf physische Aspekte konzentriert, wenig/keine Spielbereitschaft.

3.3.6. Dokumentation

Auffällige Befunde aus Anamnese, klinischer Untersuchung und Verhaltensbeobachtung sollten differenziert dokumentiert werden. Das Gedeihen sollte dabei anhand von Körpergewichts-Perzentilen, Körperlängen-Perzentilen und Body-Mass-Index (www.mybmi.de) dokumentiert werden. Dabei sollte zwischen bloßen Risikofaktoren (z. B. Armut, minderjährige Mutter etc.) und manifesten Anhaltspunkten für Vernachlässigung, die sich direkt und unmittelbar auf das Kind auswirken (z. B. Gedeihstörung, mangelnde elterliche Feinfühligkeit, feindselige Interaktionen etc.), unterschieden werden. Weitere Empfehlungen zur Dokumentation siehe Ziffer 4.2.10.

Markante Äußerungen wörtlich notieren, Untersuchungsbefunde genau beschreiben, evtl. fotografieren

Eine Überprüfung der Einschätzung einer Vernachlässigung ist sinnvoll und notwendig. In Zweifelsfällen ist ein Austausch mit ärztlichen Kollegen oder weiteren Fachkräften über die erhobenen Befunde, offenen Fragen sowie das weitere Vorgehen ratsam. In diesem Zusammenhang besteht auch die Möglichkeit einer anonymisierten Beratung durch das zuständige Jugendamt oder die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München (siehe auch Ziffern 2.3.5. und 2.3.6.). Erst nach ausreichender Sicherheit und Differenziertheit in der Befunderhebung und -bewertung kann eine Beurteilung erfolgen, inwieweit gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindesvernachlässigung vorliegen und wie akut und unmittelbar die Gefährdung des Kindeswohles ist.

Befunde und Einschätzungen absichern

3.3.7. Fallmanagement bei Vernachlässigung**HINWEIS:**

- Zum konkreten Fallmanagement im Einzelnen siehe auch Kapitel 4, zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit siehe insbesondere Kapitel 2.

Die meisten Fälle von Vernachlässigung können verhindert werden, wenn Eltern bereits in einem Stadium der beginnenden oder latenten Vernachlässigung durch geeignete Beratungs- und Unterstützungsangebote gezielt in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Um Tendenzen von Vernachlässigung entgegenzuwirken, ist es vor allem wichtig, frühzeitig auf solche Beratungs- und Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen und bei den Eltern für deren Inanspruchnahme zu werben (im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.). Kompetente Ansprechpartner für Frühe Hilfen sind die bei den Jugendämtern eingerichteten Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit, siehe hierzu unten sowie Ziffer 2.4.2.). Die Vermittlung an die Frühen Hilfen und deren Inanspruchnahme basiert auf Freiwilligkeit. Ein Eingriff in das Elternrecht erfolgt nicht.

Liegen dagegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung vor, so rückt das Elternrecht in den Hintergrund. Zur Abklärung der Gefährdung

ist das Jugendamt unverzüglich einzubinden (siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.4. und 2.4.3.).

Gefährdungseinschätzung Grundsätzlich gilt: Je jünger ein Kind ist, und je akuter die Gefährdung ist, desto rascher und konsequenter muss zur Gefahrenabwehr gehandelt werden. Je nach Gefährdungseinschätzung ist daher abzuwägen, wie das Aufklärungs- und Motivationsgespräch (siehe unten) ablaufen sollte.

Bereitschaft von Eltern für Veränderungen Für die mittel- und längerfristige Gefährdungseinschätzung ist auch die Beurteilung des elterlichen Veränderungspotenzials von Bedeutung:

- Können Eltern die Vernachlässigungs- und Gefährdungssituation einsehen, Verantwortung für das Problem übernehmen, und sind sie bereit, aktiv Hilfe zu suchen und anzunehmen?
- Sind sie in der Lage, verlässlich mit dem Hilfesystem zusammenzuarbeiten?
- Können Eltern konstruktiv mit kritischen Rückmeldungen bezüglich ihrer Kompetenzen umgehen?
- Wie sehr sind Eltern motiviert, ihr Verhalten konkret zu verändern?

Vertrauensvolles Aufklärungs- und Motivationsgespräch Störungsfreie Gesprächssituation: Vor weiteren Schritten und Maßnahmen sollten die Feststellungen und Befunde mit den Eltern/der Familie gemeinsam in Ruhe besprochen werden. Ein solches Gespräch sollte nach Möglichkeit nicht gestört werden. Die Frage, inwieweit Befunde nur den Eltern oder auch den Kindern bzw. Jugendlichen (etwa in einem gemeinsamen Gespräch) mitgeteilt werden, hängt von ihrem Alter und der jeweiligen Gefährdungssituation ab.

Befunde und ihre Folgen konkret erläutern Befunde und ihre Folgen aufzeigen: In dem Aufklärungs- und Motivationsgespräch sollten die erhobenen Befunde konkret beschrieben und dabei auch positive Feststellungen erwähnt werden. Unmissverständlich muss aber die Sorge bezüglich des Wohles und der Entwicklung des Kindes zum Ausdruck kommen. Befunde sollten neutral und nicht moralisierend oder verurteilend beschrieben und erklärt werden. Man sollte im Gespräch offen für Gegenpositionen der Eltern sein, Einfühlung in Belastungen der Eltern und mögliche Erklärungsversuche zeigen, aber dennoch die Gefährdungssituation des Kindes nicht aus dem Auge verlieren. Dysfunktionale elterliche Einstellungen, wie z. B. die Neigung, ihr Kind für Probleme verantwortlich zu machen, sollten nicht sofort korrigiert werden. Ärztinnen und Ärzte sollten zunächst vielmehr die Rolle übernehmen, grundlegende Bedürfnisse des Kindes stellvertretend zu formulieren, um dann zu bewerten, inwieweit die Eltern zu einer Beurteilung der Situation aus der Perspektive ihres Kindes in der Lage sind. Grundsätzlich gilt: Alles was dazu dient, mit den Eltern „im Kontakt“ zu bleiben und ihr Vertrauen sowie ihre Kooperationsbereitschaft zu sichern, ist wichtig, hilfreich und förderlich. Dabei darf der wirksame Schutz des Kindes allerdings nicht in Frage gestellt werden.

KoKi-Netzwerk frühe Kindheit Um Risiken, insbesondere in der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in den ersten besonders sensiblen Lebensjahren möglichst frühzeitig zu erkennen, die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und ihnen notwendige Unterstützungsangebote zukommen zu lassen, sind in Bayern flächendeckend Koordinierende Kinderschutzstellen als wichtiger Bestandteil der familienunterstützenden Angebote der Jugendämter etabliert. Im KoKi – Netzwerk frühe Kindheit koordinieren sie die Hilfeangebote im Bereich der Frühen Hilfen durch eine enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und allen weiteren Professionen und Institutionen, die mit Kindern befasst sind (siehe insbesondere Ziffer 2.4.2. sowie www.koki.bayern.de).

Elterliche Maßnahmen aufzeigen Oft lassen sich die Eltern bei entschlossenem, aber umsichtigem Vorgehen in eine vertrauensvolle Zusammenarbeit einbinden. Unterstützende Hilfen, etwa des Jugendamtes,

werden dadurch bereitwilliger angenommen. Folgende Schritte sind sinnvoll und fördern eine kooperative Haltung der Eltern:

In jedem Fall sollte klar formuliert werden, welche Maßnahmen aus ärztlicher Sicht zur Gefährdungsabwehr notwendig sind und was Ärztinnen und Ärzte davon selbst leisten können, z. B. zur Sicherstellung eines ausreichenden Gedeihens etc. Es sollte auch klargestellt werden, dass für darüber hinausgehende unterstützende Maßnahmen das Jugendamt von zentraler Bedeutung ist. Dabei ist es hilfreich, dieses in seiner Rolle als Anbieter von Hilfen und nicht in seiner Wächterfunktion hervorzuheben (im Einzelnen siehe auch Ziffer 2.3.).

Im Rahmen des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung ist das Jugendamt verpflichtet, die Personensorgeberechtigten sowie die Kinder bzw. Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz der Kinder bzw. Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Das Jugendamt hat den Personensorgeberechtigten die zur Abwendung der Gefährdung geeigneten und notwendigen Hilfen anzubieten (im Einzelnen siehe Ziffern 2.3.4. und 2.4.3.).

**Praxisempfehlungen zur Einbindung des Jugendamtes:
Handlungspflicht, wenn dies zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich ist
(siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.3.3. sowie 2.3.4.)**

Das Jugendamt ist kraft Gesetzes die zentrale Stelle, wenn es um die Klärung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung und die Sicherstellung des Kindeswohls geht. Liegen **gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung** vor, sind Ärztinnen und Ärzte **verpflichtet**, das **Jugendamt unverzüglich einzubeziehen**. In diesen Fällen kann die Einbindung des Jugendamtes auch gegen den Willen der Eltern erfolgen. Um das Vertrauensverhältnis zu den Eltern nicht unnötig zu belasten, sollte die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt in der Regel jedoch nicht ohne das Wissen der Eltern erfolgen. Mit den Eltern sollte daher zuvor grundsätzlich ein Aufklärungs- und Informationsgespräch geführt werden. Die Einbindung des Jugendamtes hat unverzüglich zu erfolgen, das heißt ohne schuldhaftes Zögern (im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.4., vergleiche auch Art. 14 Abs. 6 GDVG).

Eine **unmittelbare Gefährdung des Kindeswohls**, die eine **unverzügliche Einbindung des Jugendamtes erfordert**, besteht insbesondere bei folgenden Befunden:

- Wachstums- und Gedeihstörung, die durch mangelndes Nahrungsangebot entsteht,
- unzureichende, aber notwendige ärztliche Versorgung und Behandlung,
- gesundheitsschädliche Hygienemängel,
- Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen durch mangelnde Aufsicht oder mangelnden Schutz vor Gefahren,
- situationsübergreifendes apathisch-passives Verhalten von Säugling/Kleinkind.

Gewichtig sind ferner solche Anhaltspunkte, die zwar für sich alleine noch keine unmittelbare kindliche Gefährdung bedeuten, in der Kumulation mehrerer Faktoren allerdings eine unmittelbare Einbindung des Jugendamtes erforderlich machen, damit eine wesentliche Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung verhindert werden kann (insbesondere bei mangelnder Kooperationsbereitschaft der Eltern, im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.4.).

3.3.8. Fallbeispiele aus der Praxis

Fallbeispiel 1

In der U4 fällt dem Kinder- und Jugendarzt auf, dass die 4-monatige K. auf dem Schoß der Mutter nicht auf Ansprache reagiert, kein soziales Lächeln zeigt und insgesamt recht

**Jugendamt als
Anbieter von Hilfen**

**Jugendamt muss bei ge-
wichtigen Anhaltspun-
kten für Vernachlässigung
zur Einschätzung der
Kindeswohlgefährdung
hinzugezogen werden**

apathisch ist. Während der Anamneseerhebung kommuniziert die Mutter in keiner Weise mit dem Baby. In der körperlichen Untersuchung des Kindes zeigen sich eine mäßige muskuläre Hypotonie und eine leichte allgemeine Entwicklungsverzögerung. Der internistische Status ist unauffällig, das Gewicht liegt zwischen der dritten und zehnten Perzentile. Als K. während der entwicklungsneurologischen Untersuchung anfängt zu schreien, steht die Mutter zunächst teilnahmslos daneben. Erst als der Arzt ihr das Kind gibt, fängt sie zögerlich an, es mechanisch zu streicheln. Sie wirkt dabei wie abwesend. Aus der Anamnese ist bekannt, dass die Mutter alleinerziehend ist, die Schwangerschaft nicht geplant war und sich die Eltern bereits in der Schwangerschaft getrennt hatten. Die Mutter beschreibt, nach der Geburt das Gefühl gehabt zu haben, mit K. nicht in Kontakt zu kommen. Sie fühle sich mit ihr innerlich nicht richtig verbunden. Sie könne auch nur schlecht schlafen, müsse sich zu allem überwinden und habe das Gefühl, keine Energie zu haben. Manchmal, wenn die Kleine unruhig sei, quengele oder schreie, habe sie das Gefühl, sie wolle nur ihren Willen durchsetzen. Dann müsse sie aufpassen, dass die Kleine ihr später einmal nicht auf der Nase herumtanze. Der Arzt äußert seine Sorge in Bezug auf das Verhalten und die Entwicklung von K. Er schlägt vor, einmal bei einer Füttersituation dabei zu sein, da K. recht zierlich wirke und ihn das Trinkverhalten interessiere. Die Mutter schildert daraufhin, die Kleine zeige nie, wenn sie Hunger habe. Auch jetzt sei es schon wieder über vier Stunden her, dass sie ihr Kind zuletzt gefüttert habe. In der Füttersituation fällt auf, dass K. nur langsam und mit größeren Pausen trinkt. Sie nimmt mit der Mutter Blickkontakt auf, diese erwidert ihn aber nur für einen Moment und blickt dann vor sich hin. K. blickt dann ihrerseits weg. Zwischen Mutter und Baby gibt es keine Kommunikation. Die Situation wirkt auf den Arzt, „als seien beide auf getrennten Planeten, jeder für sich alleine“. Nach circa 20 Minuten schläft K. ein, die getrunkene Milchmenge beträgt etwa 100 Milliliter.

Der Arzt erkennt eine Vernachlässigungssituation anhand der belasteten Anamnese und der auffälligen Interaktions- und Verhaltensstrukturen. Er dokumentiert die Befunde. Wegen der psychischen Auffälligkeiten der Mutter tauscht er sich mit einem psychiatrisch erfahrenen Kollegen aus und wird in seiner Vermutung einer mütterlichen Wochenbettdepression bestärkt. Hinsichtlich des Veränderungspotenzials der Mutter ist er zuversichtlich. Er führt zunächst ein Gespräch mit der Mutter, in dem er ihr die erhobenen Befunde, ihre Bedeutung sowie seine Sorge um die weitere Entwicklung von K. mitteilt. Die Mutter erscheint offen und die Vermutung einer Wochenbettdepression entlastet sie, da sie sich nun erklären kann, warum sie das Gefühl hat, mit K. nicht in Kontakt zu kommen. Mit der Empfehlung des Arztes, sich an einen niedergelassenen Psychiater zur Behandlung der Wochenbettdepression zu wenden (Adresse wird mitgegeben), ist sie einverstanden. Auf Empfehlung des Arztes setzt sie sich zudem mit der Koordinierenden Kinderschutzstelle (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit) in Verbindung, um sich dort über Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen zu informieren. Der Arzt berät die Mutter hinsichtlich der Anregungen, die K. im Alltag benötigt, und ermutigt sie, sich immer wieder mit ihr spielerisch zu beschäftigen, sie einfach zu beobachten, sie im Spiel z. B. nachzuahmen. Er berät die Mutter auch konkret zur Ernährungssituation, informiert sie darüber, wie oft und wie viel K. nach Möglichkeit täglich trinken solle. Ferner vereinbarte er mit der Mutter, dass sie sich mit dem Baby in drei Tagen wieder vorstellt, sie dürfe sich auch jederzeit vorher melden, wenn sie das Gefühl habe, dass mit K. etwas nicht stimme.

Fallbeispiel 2

Fast neun Monate ist T., als er von seiner jungen Mutter in der Kinderarztpraxis zur U5 vorgestellt wird, die eigentlich schon im siebten Lebensmonat hätte stattfinden sollen. Bei der U4 war ausweislich des gelben Untersuchungsheftes so weit noch alles in Ordnung, doch jetzt gibt schon der körperliche Zustand des Kindes Anlass zu großer Sorge. Sowohl die Körpergröße als auch das Gewicht weichen erkennbar vom alterstypischen Entwicklungsstand ab. T. hält kaum Blickkontakt zur Mutter, die ihn eher distanziert auf dem Arm hält. Viel habe sich getan in den letzten Monaten, berichtet diese auf Nachfrage des Arztes. Ein

neuer Partner sei in ihr Leben getreten, und überhaupt habe sie sich nicht ganz so um den Kleinen kümmern können, wie sie sich das einmal vorgestellt hatte. In letzter Zeit schreie er auch immer häufiger und könne kaum noch beruhigt werden. Als der Arzt schließlich anhand des Hautbildes feststellt, dass ein gravierender Flüssigkeitsmangel vorliegt, entschließt er sich zu einer Einweisung in die Klinik zur medizinischen Notversorgung. Er ruft den Notarzt und bespricht die Situation mit der Mutter. Zudem informiert er das Jugendamt über die von ihm festgestellten gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung und teilt diesem mit, in welche Klinik das Kind eingewiesen wurde.

Fallbeispiel 3

Bei der Einschreibung ihres 3-jährigen Sohnes wird die Mutter von der Erzieherin der Kindertagesstätte angehalten, wegen der erforderlichen Früherkennungsuntersuchung einen Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen. Bereits im Wartezimmer fällt auf, dass von dem teilnahmslos wirkenden Kind ein derart extrem unangenehmer Körpergeruch ausgeht, dass alle anderen Patienten im Wartezimmer einen möglichst weit vom Kind entfernten Platz suchen. Bei der Untersuchung erkennt der Arzt, dass nicht nur die äußere Kleidung des Kindes ungepflegt ist, zum Teil mit eingetrockneten Resten von Erbrochenem, sondern auch die Unterwäsche mit Urin und Kot verschmutzt ist. Auf die Hygienemängel angesprochen, meint die Mutter, dass das Kind alt genug sei, sich täglich selbst zu waschen und wenn nötig auch die Kleidung zu wechseln. Im Übrigen könne sie sich auch nicht um alles kümmern. Sie arbeite den ganzen Tag, während der Vater des Kindes arbeitslos zu Hause auf der Couch vor dem Fernseher liege. Dies sei auch der Grund, warum das Kind kaum spreche und wenig Interesse an seiner Umwelt zeige. Die Mutter kann nicht überzeugt werden, dass sie für die Erziehung ihres Kindes Unterstützung und Hilfe benötigt. Der Arzt entschließt sich, die im Rahmen der Untersuchung festgestellten gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung dem Jugendamt mitzuteilen.

Fallbeispiel 4

Das 12-jähriges Mädchen C. wird wegen einer akuten Alkoholintoxikation bewusstlos vom Rettungsdienst in die Kinder- und Jugendambulanz eingeliefert und auf der Intensivstation behandelt. Es wird ein Blutalkoholspiegel von 1,9 Promille festgestellt. Gegenüber dem behandelnden Arzt gibt C. an, dass innerhalb der Clique regelmäßig Spirituosen konsumiert würden und es seiner alleinerziehenden Mutter gleichgültig sei, wenn sie am Wochenende frühmorgens stark angetrunken nach Hause komme. Der psychologische Dienst der Klinik lädt daraufhin die Mutter zum Gespräch ein und weist sie auf das lebensgefährliche Verhalten der Tochter hin. Die Mutter entgegnet, sie könne ihrer Tochter doch nicht „alles verbieten“, vielmehr dürfe diese „auch einmal Spaß haben“. Zudem müsse sie selbst am Wochenende arbeiten und habe kaum Gelegenheit, auf ihr „großes Mädchen“ zu achten. Da eine schwere und anhaltende Selbstschädigung des Kindes durch Alkoholmissbrauch festzustellen ist und die Mutter der Selbstgefährdung ihrer Tochter erkennbar gleichgültig gegenübersteht, bindet die Klinik im unmittelbaren Anschluss an dieses Gespräch das Jugendamt ein.

! HINWEIS:

● Im speziellen Fall von Alkoholintoxikation liegt eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung vor, wenn Kinder oder Jugendliche aufgrund massiver oder wiederholter Selbstschädigung durch Alkoholmissbrauch medizinisch behandelt werden müssen und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Personensorgeberechtigten nicht gewillt (Gleichgültigkeit) oder in der Lage (Überforderung) sind, ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden (siehe auch Ziffer 1.2. sowie Mitteilung im Bay. Ärzteblatt 4/2010). Weiterführende Informationen zum Alkoholmissbrauch durch Kinder und Jugendliche siehe www.jugendschutz.bayern.de.



3.4. Seelische Gewalt

Ulrich Rüth, Franz Joseph Freisleder

3.4.1. Definition und Epidemiologie

Unter den Begriff „seelische Misshandlung“ sind Haltungen, Äußerungen und Handlungen von Bezugspersonen zu fassen, welche das Kind bzw. den Jugendlichen überfordern und ihm das Gefühl von Ablehnung und eigener Wertlosigkeit vermitteln, die das Kind in zynischer oder auch sadistischer Weise herabsetzen oder das Kind bedrohen und terrorisieren (vergleiche Engfer 1986, siehe auch Ziffer 1.1.).

Wesentliche Aspekte seelischer Misshandlung sind (Garbarino und Vondra 1986):

- **Ablehnung:** ständige Kritik am Kind, Herabsetzung, zum Sündenbock machen, ein Geschwisterkind ostentativ vorziehen.
- **Terrorisieren:** das Kind mit Drohungen ängstigen und einschüchtern.
- **Isolieren:** Das Kind von Außenkontakten abschneiden, das Gefühl von Einsamkeit und Verlassenheit vermitteln, einsperren.

Schwerwiegende Ablehnung, mit Angst terrorisieren, isolieren

Beispiel

Ein 7-jähriger unruhiger Junge wird ständig wegen seiner Unruhe kritisiert, beschimpft, von den Eltern gegenüber seiner älteren Schwester als dumm und blöd dargestellt. Bei Mitteilung der Schule über fehlende Hausaufgaben wird er in den Keller gesperrt, wobei die Eltern wissen, dass der Junge große Angst vor der Dunkelheit hat und sie selbst nur wenig um die Vollständigkeit der Hausaufgaben bemüht waren. Vor anderen Erwachsenen wird abfällig von seinen Schwierigkeiten gesprochen, was zu zunehmend depressiv-resignativer Gefühlslage und einer Verstärkung der störenden Verhaltensweisen beiträgt. Aspekte der Vernachlässigung kommen hinzu, als die Eltern eine vorgeschlagene Diagnostik des Kindes ablehnen. Schläge im Sinn von körperlicher Gewalt sind für den Buben selbstverständlich.

In der US-amerikanischen Literatur wird von „emotionalem Missbrauch“ gesprochen, was damit auch weniger extreme Formen der seelischen Misshandlung umfasst. In Deutschland ist der Begriff „seelische Grausamkeit“ mit einer Vorstellung von sadistischem Elternverhalten verbunden. Aber jedes Verhalten von Bindungspersonen, das den Selbstwert eines Kindes oder Jugendlichen herabsetzt, ist als seelische Misshandlung anzusehen.

Herabsetzen des Selbstwerts

3.4.2. Formen seelischer Misshandlung

Spricht man von „seelischer Misshandlung“, so geht man zumeist davon aus, dass die Eltern oder Stiefeltern des betroffenen Kindes die Täter sind. Kinder und Jugendliche können aber auch von anderen Erwachsenen, insbesondere pädagogischen Bezugspersonen oder von Gleichaltrigen seelisch misshandelt werden.

3.4.2.1. Seelische Misshandlung durch Eltern

Die seelische Misshandlung durch Eltern oder nahe Bindungspersonen ist besonders schwerwiegend, weil ein notwendiger Schutz des Kindes ausgerechnet durch seine von ihm geliebten Bindungspersonen nicht gewährt wird und damit die seelische Misshandlung schwerer traumatisiert, als wenn sie von weniger nahe stehenden Menschen ausgeht.

Seelische Misshandlung durch Bindungspersonen traumatisiert besonders schwer

Zudem ist das Kind der seelischen Misshandlung für gewöhnlich wiederholt ausgesetzt und hat damit keine Möglichkeiten einer Selbstwirksamkeit als Traumabewältigung. Insgesamt sind die langfristigen Folgen seelischer Misshandlung schwerwiegender, wenn sie von den Eltern oder nahen Bezugspersonen ausgehen.

3.4.2.2. Seelische Misshandlung durch andere Bezugspersonen

Kein Entschuldigen einer seelischen Misshandlung

Im Einzelfall kann das Verhalten von pädagogischen Bezugspersonen die Qualität seelischer Misshandlung erreichen. Kompetente Eltern, die auf ihre Kinder eingehen und ihnen glauben und vertrauen, können diese aber gut schützen. Schwieriger wird es, wenn dem Kind nicht geglaubt wird oder die Bezugspersonen sich mit der misshandelnden pädagogischen Autoritätsfigur identifizieren und deren Verhalten entschuldigen.

Beispiel

Verächtliche Bemerkungen eines Lehrers vor der gesamten Klasse mit Abschätzigkeit und Lächerlichmachen quälen einen 13-jährigen, lernschwachen überforderten Schüler. Er hat ohnehin einen schlechten Stand in der Gruppe, ist als Außenseiter auch aktiven Ausgrenzungen durch seine Mitschüler ausgesetzt. Der Lehrer fordert ihn immer wieder zu ihm nicht möglichen Unterrichtsbeiträgen auf und fragt ihn zu Inhalten ab, die er nicht beherrscht. Auch richtige Antworten werden als falsch bewertet.

3.4.2.3. Seelische Misshandlung durch andere Kinder oder Jugendliche

Mobbing bzw. Bullying durch Gleichaltrige

Seelische Misshandlung durch Gleichaltrige – wie z. B. „Mobbing“ oder „Bullying“ (siehe hierzu auch Ziffern 1.2. sowie 1.4.) – wird von den betroffenen Kindern und Jugendlichen häufig nicht mitgeteilt, weil sie keinen Weg sehen, dieser Form der Misshandlung zu entgehen oder von den Versuchen der Erwachsenen, ihnen zu helfen, enttäuscht wurden.

„Mobbing“ oder „Bullying“ trifft oft Kinder mit einem eher geringen Selbstwertgefühl oder einem ohnehin schwachen Stand in der Gruppe. Körperliche Stigmata oder Krankheiten können zusätzlich zur Ausgrenzung beitragen. Zu bedenken ist, dass gerade seelische Misshandlung unter Gleichaltrigen mit einer hohen Gefahr auch körperlicher Übergriffe einher geht. Sonderformen des Bullying finden sich heute durch ausgrenzendes, missachtendes Verhalten in Internetforen. Hier wissen Eltern oft wenig über die Aktivitäten und Kontakte ihrer Kinder und können ihnen so nicht ausreichend helfen, sich vielleicht auch schon im Voraus zu schützen.

Beispiel

Ein 12-jähriger Gymnasiast wird in seiner Klasse in der Pausensituation von Mitschülern am Boden fixiert. Der Anführer tut so, als trete er ihm mit dem Fuß ins Gesicht. Die Szene spielt sich regelmäßig dann ab, wenn keine Erwachsenen als Zeugen vorhanden sind, was die Kinder untereinander absprechen. Zu anderen Zeiten wird der Junge herabwürdigend benannt, für blöde dargestellt und lächerlich gemacht. Die Lehrkräfte sind mit der Klassengemeinschaft überfordert. Ein selbst psychisch belasteter Studienrat steht wegen völliger Unbeherrschbarkeit der Situation weinend vor der Klasse. Die Situation wird erst im ganzen Ausmaß deutlich, als zwei sozial kompetente Mädchen sich weigern, in dieser Klasse weiter beschult zu werden, und den Unterricht verweigern.

3.4.2.4. Sonderformen seelischer Misshandlung

Eine seelische Misshandlung kann auch in einem von den Bezugspersonen so gar nicht erkannten, aber dennoch zu verantwortenden situativen Zusammenhang vorliegen:

Sonderformen seelischer Misshandlung

- **Einbeziehung des Kindes bzw. des Jugendlichen in bestehende Partnerkonflikte** mit Anheizen eines Loyalitätskonfliktes für das Kind und damit einem Angriff auf die Bindung zum anderen Elternteil – mit Übergängen in ein Parental Alienation Syndrom nach elterlicher Trennung.

Beispiel

Ein 11-jähriger Junge wird seinem inzwischen von der Mutter geschiedenen Vater, zu dem emotional eine große Hingezogenheit besteht, durch die Mutter entfremdet, indem diese entgegen tatsächlichen Gegebenheiten von der vermeintlich durch den Vater verschuldeten schwierigen finanziellen Situation, von körperlichen Übergrifflichkeiten des Vaters in der Vorgeschichte, terrorisierenden Anrufen und dem Hass auf den Freund der Mutter berichtet.

- **Überzogene elterliche Leistungserwartungen** an Kinder und Jugendliche im schulischen Kontext mit massiver Einschränkung eines altersangemessenen Lebensvollzugs, z. B. durch stundenlanges Lernen vom Nachmittag bis in den Abend.

Beispiel

Ein 13-jähriger lernbehinderter Bub muss täglich sechs bis acht Stunden zu Hause üben, da seine Eltern den erfolgreichen Besuch einer weiterführenden Schule „erzwingen“ wollen.

- **Einbeziehung eines Kindes oder Jugendlichen in die elterlichen Probleme bei elterlicher psychiatrischer Störung.** Dies kann vorliegen bei Suizidalität und Wahn eines Elternteils, dem Ausgesetztsein gegenüber extremen elterlichen Stimmungsschwankungen z. B. bei elterlichen Persönlichkeitsstörungen, oder auch einer Suchterkrankung der Eltern. Die sich einstellende emotionale Überforderung kann die Wertigkeit einer seelischen Misshandlung erreichen.

Beispiel

Eine 16-jährige muss den ehelichen Konflikt ihrer in ihrer Persönlichkeit akzentuierten Eltern mit wechselseitigen Androhungen der Selbsttötung, aber auch Androhungen, einander zu töten, miterleben. Bei einem der wiederholten Suizidversuche ihrer Mutter wird sie in Verkennung ihres Alters durch den Notfallarzt in einer Nebenbemerkung darauf hingewiesen, dass es besser wäre, sich nicht im Haushalt der Eltern aufzuhalten, falls dort eine Waffe oder insbesondere Pistole vorhanden sei.

Beispiel

Eine an einer Psychose erkrankte alleinerziehende Mutter erzählt ihrem 9-jährigen Sohn ausführlich von ihrem Wahnsystem, fordert ihn auf, den gefährlichen Strahlungen auszuweichen, und ist dann wie bei ihrem letzten Erkrankungsschub in ihren Stimmungen und ihrem Verhalten für den Buben überhaupt nicht mehr verständlich und absehbar.

- **Überzogene und unangemessene Erziehungsmethoden** bei kinderpsychiatrisch auffälligen Kindern.

Beispiel

Ein motorisch unruhiger, aufmerksamkeitsgestörter Grundschüler mit Schwierigkeiten im Lesen- und Schreibenlernen muss fehlerhafte Texte so lange immer wieder abschreiben, bis sie fehlerfrei sind – was ihm nicht gelingen kann –, und erhält anschließend als Strafe Hausarrest, was ihm aber Restmöglichkeiten seiner Selbstregulation durch motorische Bewegung nimmt. Dann auftretende Gereiztheit wird von den Eltern erneut mit einengenden Bestrafungen und Verlängerungen des Hausarrests geahndet, was die Spirale der Verhaltenseskalation anheizt.

Übergänge zur Vernachlässigung

- Wenn psychiatrisch auffälligen Kindern notwendige Hilfen nicht gewährt werden, können sie einer sie quälenden Leistungsanforderung oder unerfüllbaren Anforderungen an ihr Verhalten ausgesetzt sein. Hier finden sich **Übergänge zur Vernachlässigung**, da notwendige diagnostische Maßnahmen und vielleicht auch eine medikamentöse Behandlung unterlassen werden.

Beispiel

Der Vorschlag seitens der Schule, einen lernschwachen, aufmerksamkeitsgestörten Grundschüler einer Leistungsdiagnostik zu unterziehen sowie kinderpsychiatrisch untersuchen zu lassen, um ihm ausreichende Hilfen wie zusätzliche Förderungen, ggf. eine Medikation und falls notwendig eine passende Beschulung zukommen zu lassen, wird von den Personensorgeberechtigten abgelehnt. Sie erklären, sie selbst hätten die Schule auch geschafft, ihr Sohn solle sich nur anstrengen und weniger faul sein und benötige keine Sonderbehandlungen.

Seelische Misshandlung oft Kombination mit anderen Misshandlungsformen

Seelische Misshandlung tritt selten als einzige Misshandlungsform auf. Wer bereit ist, sein Kind seelisch zu misshandeln, für den ist die Schwelle zu körperlichen Übergriffen oft herabgesetzt. Bei Hinweisen auf seelische Misshandlung muss daher immer auch an die Möglichkeit einer körperlichen und sexuellen Gewalt und ggf. Vernachlässigung gedacht werden. Auch seelische Misshandlung durch andere Kinder kann mit körperlicher Gewalt einhergehen, was bei Befragungen beachtet werden muss.

Hinweise auf körperliche Strafen beachten

Eltern, die ihr Kind viel bestrafen, probieren oft alle Formen der Bestrafung aus. Gerade misshandelnde körperliche Bestrafungen gehen oft mit zusätzlichen seelischen Misshandlungen durch Beschimpfung und ungerechtfertigtes Kritisieren und Wertlosmachen einher. Eltern verprügeln nicht wortlos.

Bei einer körperlichen Untersuchung sind wegen des Zusammenhangs seelischer Misshandlung mit körperlicher Gewalt gerade diskrete Spuren wichtig und die gegebenen Erklärungsmodelle für Verletzungsfolgen zu überprüfen.

3.4.3. Untersuchung und Befunderhebung

Seelische Misshandlung kann vorhandene Probleme verstärken

Für die Befunderhebung bei der seelischen Misshandlung ist der Bericht über das misshandelnde Verhalten entscheidend. Beobachtbare psychische Symptome seelisch misshandelter Kinder bzw. Jugendlicher haben zwar oft ihre Ursache in der Misshandlung. Es können aber bereits zuvor vorhandene Entwicklungsstörungen oder auch kinderpsychiatrische Probleme die Misshandlungsgeschehnisse angestoßen haben. Seelisch misshandelte Kinder bzw. Jugendliche haben selten eine sichere Bindung verinnerlicht. Dies macht sie gefährdeter für ungünstige Folgen der seelischen Misshandlung in Richtung eines verminderten Selbstwerts und einer sich hieran anschließenden ungünstigen Entwicklungsspirale.

Da psychische Symptome unspezifisch sind, lässt es sich aus der Vielzahl möglicher Symptome nicht sicher auf eine seelische Misshandlung schließen. Bestenfalls bei beobachtbaren, typischen Symptomen einer posttraumatischen Störung mit z. B. wiederkehrenden Albträumen von misshandelnden Situationen, Schreckhaftigkeit, affektiver Dysregulation, Ängsten und dissoziativen Symptomen könnte man bei einem noch fehlenden Bericht über eine seelische Misshandlung grundsätzlich an traumatisierende Gewalterfahrungen denken.

3.4.4. Dokumentation

Wie bei allen Formen nicht „objektiver“, sondern nur berichteter Umstände ist die möglichst wörtliche Dokumentation einer Aussage entscheidend (siehe hierzu auch Ziffer 4.2.10.). Dazu gehören scheinbar nebensächliche Einzelheiten der Aussage ebenso wie die psychische Befindlichkeit des Kindes oder Jugendlichen bei der Aussage. Die Dokumentation von Einzelheiten der Aussage ist deshalb von großer Bedeutung, weil sie später die Glaubwürdigkeit in besonderer Weise stützen können, gerade wenn diese Einzelheiten über den eigentlichen Inhalt der Aussage hinausgehen. Sollten spontane Verbesserungen eintreten, gehören auch diese solide dokumentiert.

Aussagen wörtlich dokumentieren

3.4.5. Folgen seelischer Misshandlung

Anders als bei der körperlichen Gewalt sieht man am Kind zunächst keine Folgen der seelischen Misshandlung. Kinder distanzieren sich zunächst nicht von ihrer Bezugsperson, und ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit reicht häufig nicht aus, um von subtilen Varianten seelischer Misshandlung zu berichten. Symptome von seelisch misshandelten Kindern sind oft so unspezifisch, dass z. B. von einer kindlichen Depression nicht auf eine seelische Misshandlung geschlossen werden kann.

Folgen oft unspezifisch

Wie schwerwiegend die entstehenden Folgen sind, hängt auch vom betroffenen Kind [bzw. Jugendlichen] und seiner Persönlichkeit ab. Deshalb ist die Feststellung dieser Misshandlungsform besonders schwierig.

Seelische Misshandlung zu benennen und damit objektiv festzustellen, ist nur über ein verbindliches Wertesystem möglich, welches in der Erziehung auf einer unbedingten seelischen Unversehrtheit des Kindes aufbaut und diese für die Entwicklung von Kindern als zentral ansieht. Deshalb können hier multikulturelle, aber auch subkulturelle Einstellungen andere Wertevorstellungen hinsichtlich des Kindeswohls beinhalten. Seelische Misshandlung als Begriff ist also nur im Kontext der jeweiligen umgebenden Gesellschaft zu sehen. Gleichzeitig ist der Begriff auch einer historischen Entwicklung ausgesetzt.

Erkennen seelischer Misshandlung nur über Wertesystem möglich

Historischer Exkurs: Erst in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde der Begriff der „elterlichen Gewalt“ durch den Begriff der „elterlichen Sorge“ ersetzt. Und erst nach der Jahrtausendwende wurde in Deutschland ein Gewaltverbot in der elterlichen Erziehung gesetzlich eingeführt. Schwedische Untersuchungen aus den 1980er Jahren zeigten, dass die Einführung des Gewaltverbots zu einer Abnahme körperlicher Züchtigungen mit einem Anteil von anfänglich 75 % auf 50 % aller Kinder einherging. Auch die gesellschaftlichen Einstellungen und Entwicklungen gegenüber seelischer Misshandlung sind in ihrem kulturellen und historischen Kontext zu verstehen. Eltern- und Bezugspersonenverhalten wird heute deutlich anders bewertet als vor 50 oder gar 100 Jahren.

Seelische Misshandlung in historischem und kulturellem Kontext

Wie schwerwiegend die Folgen seelischer Misshandlung für ein Kind oder einen Jugendlichen sind, hängt von seinem Alter, seiner seelischen Verfassung, eventuell auch von den intellektuellen Fähigkeiten und den damit denkbaren Ausweich- und Bewältigungsmöglichkeiten, aber auch von den jeweiligen Vorerfahrungen ab. Bereits erlebte frühere Traumata und anschließend erlebte Schutzlosigkeit machen anfälliger für künftige Traumafolgen.

Frühere Traumata machen anfälliger für Misshandlungsfolgen

Eine vorhandene Bindung an ihre Misshandler führt die seelisch misshandelten Kinder zunächst zu Adaptationsleistungen. Obwohl sie im Keller eingesperrt waren und Todesängste erlebten, präsentieren sie sich anschließend brav und fröhlich, um drohenden weiteren Misshandlungen zu entgehen und den unberechenbaren Misshandler „bei Laune“ zu halten.

Bindung an Misshandler führt anfangs zu Anpassungsleistungen

Erst wenn diese Kinder sich nicht mehr anpassen können, zeigen sie deutlichere Symptome, beispielsweise Angstzustände, Panikreaktionen oder auch eine schwierigere erzieherische Führbarkeit bzw. ein Schulversagen.

Aber gerade auch Kinder, die schon ursprünglich in ihrer Anpassungsleistung und Selbstregulation beeinträchtigt sind, werden vermehrt Opfer von seelischen Misshandlungen, die aufgrund eines geringen Selbstwertgefühls umso schwerwiegender wirken.

Wenn Eltern selbst ihr übergriffiges oder misshandelndes Verhalten benennen und sich so einer Diskussion öffnen, sind Voraussetzungen für eine Veränderung auf der Elternebene günstiger. Wenn Eltern bereit sind, ihr Verhalten zu reflektieren und zu verändern, kann eine Vermittlung an fachliche Stellen wie Jugendämter oder andere Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Erziehungsberatungsstelle, Angebote des Kinderschutzbundes etc.) erfolgreich sein, um weitere Hilfen zu definieren und umzusetzen (zu den Angeboten und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe siehe Ziffer 2.4.).

Ungünstige Langzeitprognose für seelisch Misshandelte

Langfristig haben Kinder und Jugendliche, welche eine seelische Misshandlung erlebt haben, deutlich ungünstigere Entwicklungsmöglichkeiten als Nichtbetroffene. Im Erwachsenenalter werden früher seelisch Misshandelte eher Opfer von Bullying oder Mobbing oder geraten in dysfunktionale Partnerbeziehungen. Sie werden so chronisch in ihrem Selbstwert, ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit, aber auch in ihrer Persönlichkeitsentfaltung eingeschränkt.

3.4.6. Fallmanagement bei seelischer Gewalt

Einbindung des Jugendamtes

Werden seelisch misshandelnde Verhaltensweisen beobachtet oder berichtet, aber von den Eltern verleugnet, bestehen in der Regel nur geringe Interventionschancen. Gerade hier ist die Einschaltung Dritter zur Abklärung weiterer erforderlicher Maßnahmen notwendig:

- Beratung mit dem Jugendamt (auch anonym möglich),
- ggf. Mitteilung an das Jugendamt.

HINWEIS:

- Zum konkreten Fallmanagement im Einzelnen siehe auch Kapitel 4, zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit siehe insbesondere Kapitel 2.

Das Jugendamt ist kraft Gesetzes die zentrale Stelle, wenn es um Fragen des Kinderschutzes und insbesondere die Klärung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung sowie die Sicherstellung des Kindeswohls geht. Eine **Handlungspflicht** zur Einbindung des Jugendamtes besteht, **wenn** aus ärztlicher Sicht eine solche **zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich** ist (im Einzelnen siehe Ziffern 2.3.3. und 2.3.4.).

3.4.6.1. Grundsätzliche Interventionsmöglichkeiten

Wird eine seelische Misshandlung festgestellt, so spielt die Persönlichkeit der Eltern eine bedeutende Rolle für das weitere Vorgehen.

**Verhalten der Eltern
ausschlaggebend**

- Sind psychiatrische Krankheiten bei betroffenen Eltern bekannt, muss die Fähigkeit der Realitätskontrolle der Eltern, das Maß ihrer Überforderung und die von ihnen ausgehende Gefahr eingeschätzt werden:
 - Beratung mit dem Jugendamt über das weitere Vorgehen,
 - Informationen zur psychiatrischen Behandlung der Eltern einholen, Absprache mit Behandlern der Eltern (grundsätzlich mit Zustimmung des Patienten).
- Sind spezielle Persönlichkeitsstörungen bei den Eltern bekannt oder zu vermuten, muss etwa bei sadistischen Verhaltensweisen immer auch an die Möglichkeit körperlicher Gewalt durch die Eltern gedacht werden:
 - Körperliche Untersuchung, Befunderhebung,
 - Beratung mit dem Jugendamt über das weitere Vorgehen, auch abhängig von erhobenen weiteren Befunden.
- Können Eltern ihre eigene Überforderung benennen und ist ihr seelisch misshandelndes Verhalten die Wiederholung ihrer eigenen Erfahrung, sind über den Weg besonderer Hilfemaßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe Schutzmöglichkeiten für das Kind gegeben:
 - Beratung mit dem Jugendamt über das weitere Vorgehen.
 - Einbindung des Jugendamtes auch durch eigene Initiative der Eltern, dann aber Überprüfung, ob Hilfen angenommen wurden.

3.4.6.2. Seelische Misshandlung durch die Eltern bzw. Personensorgeberechtigte

Bei Anhaltspunkten für seelische Misshandlung gilt es zu überprüfen:

- Sind die Eltern in der Lage, ihr Verhalten in Frage zu stellen und sich auf alternative Verhaltensweisen einzulassen? Sehen sie ihr Verhalten als Überforderungsreaktion, oder rechtfertigen sie ihr Verhalten? Sind sie bereit, erzieherische Hilfen anzunehmen?
Falls ja:
 - Einbindung des Jugendamtes auf freiwilliger Basis mit dem Ziel
 - erzieherische Hilfen für die Eltern,
 - Diagnostik und Hilfen für das betroffene Kind bzw. den Jugendlichen über Mitarbeit der Eltern.
- Seelisch misshandelnde Eltern, die nicht bereit oder in der Lage sind, ihr Verhalten zu ändern, gefährden das Kindeswohl:
 - Einbindung des Jugendamtes mit gemeinsamer Beratung zum weiteren Vorgehen,
 - Überprüfung, ob eine vielleicht auch nur vorübergehende Herausnahme des Kindes aus der Familie notwendig ist (Inobhutnahme durch das Jugendamt, siehe Ziffer 2.4.3.).

3.4.6.3. Seelische Misshandlung durch Dritte

Können Personensorgeberechtigte selbst aktiv werden

Es gilt zu überprüfen:

- Sind die Eltern/Personensorgeberechtigten in der Lage, das misshandelnde Verhalten zu erkennen und selbst zu intervenieren, um das Kindeswohl sicherzustellen?
 - Einbindung des Jugendamtes auf freiwilliger Basis, um die Eltern in ihrem Bemühen, das Kind zu schützen, zu unterstützen.
 - Ggf. freiwillige Einschaltung weiterer Helfer, z. B. kinderpsychiatrische Diagnostik zur Hilfedefinition gemeinsam mit dem Jugendamt.

3.4.6.4. Akute Gefährdung des Kindeswohls – akute Interventionen

Je sadistischer die seelische Misshandlung, umso eher auch andere Gewaltformen

Es gilt zu überprüfen:

- Müssen seelisch misshandelte Kinder bzw. Jugendliche umgehend vor den Eltern geschützt werden? Besteht eine akute Form der Gefährdung? Je sadistischer die seelische Misshandlung angelegt ist, umso größer ist die Gefahr, dass weitere Gewaltformen hinzutreten.
 - Beratung mit dem Jugendamt zum weiteren Vorgehen, gegebenenfalls Inobhutnahme des Kindes bzw. Jugendlichen.
- Welche eigenen Störungen des Kindes bzw. Jugendlichen haben zu misshandelndem Elternverhalten beigetragen? Welcher Hilfebedarf besteht aufgrund kindlicher Störungen? Welche aktuellen Störungen bestehen jetzt, was war vorbestehend, was ist Misshandlungsfolge?

Bei Herausnahme aus der Familie an weiterführende Diagnostik des Kindes denken!

Auch bei Herausnahme des Kindes bzw. Jugendlichen (zur Inobhutnahme siehe Ziffer 2.4.3.) muss unbedingt an eine weiterführende Diagnostik gedacht werden, um spezifische, über die Akutmaßnahme hinausgehende Hilfen für das Kind bzw. den Jugendlichen zu definieren und umsetzen zu können:

- kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik – Behandlung,
- psychotherapeutische Behandlung/Traumabehandlung,
- Modellierung des weiteren Lebensumfeldes (Beschulung, Wohnsituation),
- Klärung der Beziehungssituation zu den Misshandlern, Überprüfung, inwieweit Kontakt mit diesen hilfreich oder schädlich ist.

Tabelle 8: Misshandlungsformen, Symptome, Befunde und Interventionen

Misshandler	Misshandlungsformen	Symptome	Befunde	Interventionen
Eltern	Seelische Misshandlung bei Überforderung.	Unspezifische Symptome, z. T. Verstärkung bereits früher bestehender Regulationsprobleme.	Eltern berichten ihr eigenes Verhalten.	Freiwillige Hilfen möglich.
	Seelische Misshandlung als Folge elterlicher Persönlichkeitsprobleme.	Unspezifische Symptome, z. T. anfänglich angepasste, aber emotional eingefrorene Kinder.	- Misshandlung wird anfangs eher beiläufig berichtet. - Misshandlung wird vom Kind berichtet, wenn sie unerträglich geworden ist.	- Dem Kind/Jugendlichen Glauben schenken. - Beratung mit dem Jugendamt. - Unfreiwillige Hilfen überprüfen. - Intervention ggf. auch gegen den Willen der Eltern.
	Seelische Misshandlung in Verbindung mit anderen Misshandlungsformen.	- Spuren körperlicher oder sexueller Gewalt. - Übrige Symptome eher unspezifisch.	- Misshandlung wird berichtet wenn für das Kind unerträglich geworden. - Zusätzlich körperliche Befunde.	- Beratung mit Jugendamt. - Herausnahme aus Familie prüfen.
Andere Erwachsene	Herabsetzungen durch pädagogische Bezugspersonen.	- Unspezifische Symptome. - Ggf. Verweigerung des Kontakts mit der Bezugsperson (Schulverweigerung). - Im Selbstwert ohnehin geschwächte Kinder/Jugendliche. - Eltern, die gegenüber Institutionen eher hilflos wirken.	- Eltern glauben ihren Kindern zu wenig. - Eltern wirken mit dem Verhalten Dritter überfordert.	- Eltern in ihrem Vertrauen auf ihre Kinder stützen - Unterstützung für Eltern für deren weiteres Vorgehen vermitteln. - Beratung mit Jugendamt .
Andere Minderjährige	Bullying und Mobbing z. B. durch Schulkameraden.	- Im Selbstwert ohnehin geschwächte Kinder/Jugendliche. - Kinder/Jugendliche mit Problemen in der Gruppenintegration. - Unspezifische Symptome.	- Kinder berichten ihren Eltern zu spät. - Lehrer erkennen Ausmaß der Situation zu spät. - Eltern sind mit der Gesamtsituation überfordert.	- Kontakt zwischen Kindern/Jugendlichen und Bezugspersonen fördern. - Bezugspersonen informieren. - Beratung mit Jugendamt und Schule.

3.4.7. Fallbeispiele aus der Praxis

Fallbeispiel 1

Noch während der Kindergartenzeit wird ein Mädchen von seinen Eltern regelmäßig mit Kleidung ausgestattet, in der es sich bekanntermaßen schämt. Versuche des Kindes, der Bekleidung durch Einnässen zu entgehen, beantwortet die Mutter mit der Anschaffung mehrerer gleicher Garnituren. Bei Einkäufen in der Stadt muss das Kind an bestimmten Örtlichkeiten manchmal stundenlang auf die Mutter „brav“ warten. In der Grundschulzeit beginnt eine systematische Demotivierung, indem dem Kind vorgehalten wird, es sei dumm, könne nicht lernen, taue sowieso nichts. Durch häufige Kinderarztbesuche wird gleichzeitig die besondere Fürsorglichkeit demonstriert, wobei das Kind über medizinische Themen in Ängste versetzt wird. Eine im frühen Jugendalter eingeschaltete Kinderpsychologin ist zwar über die Destruktionsfantasien des Kindes und seine emotionale Verstörtheit irritiert, lässt sich aber von den perfekten Umgangsformen der Eltern und deren dargestellter glaubhafter Besorgnis über den seelischen Zustand der Tochter blenden. Eine weiterführende Therapie kommt aufgrund der von den Eltern vorgegebenen Verweigerung des Kindes nicht zustande. Im Jugendalter steigert sich das missachtende Verhalten der Eltern. Verwandte wissen um die Not des Kindes, sehen aber bei äußerlich sehr guter Versorgung keine Interventionschancen. Eine befreundete Familie nimmt die Jugendliche immer wieder kurzfristig auf, erfährt aber dennoch nicht das tatsächliche Ausmaß der Herabsetzung, Verächtlichmachung und Degradierung im Elternhaus. Die Eltern wollen eine geschlossene Unterbringung ihrer Tochter. Die Jugendliche kann sich allerdings gegenüber dem Jugendamt aufgrund ihrer Lerngeschichte so gut angepasst zeigen, dass seitens der Behörde anstelle der geschlossenen Unterbringung ambulante Hilfen angeboten werden. Die ambulanten Hilfeangebote nehmen die Eltern nicht an, und es erfolgt kein weiterer Hilfeprozess. Eine Handhabe für „zwangsweise“ Hilfen zugunsten der Jugendlichen besteht aufgrund der Informationslage des Jugendamtes nicht. Erst der Schulabbruch kurz vor Volljährigkeit und die „Flucht“ zu einem Partner beenden die häusliche seelische Misshandlung. Aufgrund ihrer Vorerfahrungen kann die Jugendliche Hilfen des Jugendamtes nicht mehr annehmen. Seitens des Jugendamtes wird aufgrund des Alters der Jugendlichen keine weitere Intervention avisiert.

Bei dieser Jugendlichen waren zwar dem Umfeld und zum Teil auch professionellen Helfern erhebliche erzieherische Missstände bekannt. Bei äußerlich guter Versorgung wurde allerdings nicht ausreichend auf die Möglichkeit schwerwiegender seelischer Misshandlung geachtet. Das tatsächliche Ausmaß der seelischen Misshandlung wurde somit nicht erkenntlich, sodass notwendige Hilfen nicht zustande kamen.

Fallbeispiel 2

Ein 12-jähriger, gemeinsam mit seinem Bruder aus dem Ausland adoptierter Junge wird in seiner Adoptivfamilie gegenüber dem Bruder deutlich herabgesetzt, degradiert und als schlecht und unfähig bezeichnet. Er ist der Sündenbock der Familie und wird gegenüber seinem Bruder massiv ungerecht behandelt, wobei der ältere Bruder Lügen verbreitet. Der etwas ältere Bruder ist eher ruhig, schulisch sehr erfolgreich und im Verhalten angepasst. Der 12-Jährige zeigt ein lebendigeres Temperament und schulisch gewisse Probleme, was eine familiäre Dynamik seelischer Ausgrenzung weiter anheizt, die sich im Weiteren völlig verselbstständigt. Der Kinder- und Jugendarzt der Familie sieht einerseits die schulische Situation, aber auch die Verhaltensprobleme des Jungen, und drängt zu einer eingehenderen Diagnostik, die zunächst abgelehnt wird. Nach Beratung des Kinder- und Jugendarztes mit dem Jugendamt können die Eltern dann doch zu einer zunächst ambulanten Diagnostik motiviert werden. Dort deutet sich die seelisch misshandelnde Situation zu Hause verstärkt an. Die klinischen Hinweise lassen mindestens an eine weitere stationäre Diagnostik, aber durchaus auch an eine Herausnahme des Jungen aus der Familie denken.

Die Eltern wünschen keine stationäre Aufnahme vor Ort. In der gewählten, weiter entfernt liegenden Klinik erscheint der Vater zu keinem Zeitpunkt. Dort wird deutlich, dass der Junge zwischenzeitlich erhöhter pädagogischer Unterstützung bedarf und die Unterbringung in einer heilpädagogisch-therapeutisch ausgerichteten Einrichtung sinnvoll wäre. Eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt wird von der Mutter zunächst verweigert und als nicht nur unnötig, sondern am Bedarf vorbeigehend dargestellt. Nach Beratung und Absprache mit dem Jugendamt hinsichtlich einer Inobhutnahme und Signalen des Jungen, nicht nach Hause zurück kehren zu wollen, wird den Eltern die Gesamtsituation dargelegt. Diese lenken nur vordergründig ein und lehnen letztlich notwendige Hilfen ab, sodass seitens des Jugendamtes ein sorgerechter Eingriff über das Familiengericht erwirkt wird. Die Eltern bleiben weiterhin uneinsichtig und schreiben die Schuld den Behörden, gleichzeitig aber auch ihrem Jungen und seiner vermeintlichen Bössartigkeit zu. Die Mutter hält bei aller Widersprüchlichkeit einen gewissen Kontakt zu ihrem Adoptivsohn, der mit seinem vollen Einverständnis und erleichtert vom Jugendamt in einer Einrichtung untergebracht wird.

Mit Hilfe eines schrittweisen Vorgehens und gelungener Absprachen der beteiligten Fachleute untereinander konnten im Rahmen des Hilfeprozesses sowohl die fehlende Bereitschaft der Eltern zu konstruktiver Zusammenarbeit belegt, wie notwendige Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls erfolgreich umgesetzt werden.



4. Fallmanagement in Arztpraxen und Kliniken

Nikolaus Weissenrieder, Hermann Gloning, Thomas Fels

HINWEIS:

• Zum konkreten Fallmanagement im Einzelnen siehe auch Kapitel 4, zu den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen interdisziplinärer Zusammenarbeit siehe insbesondere Kapitel 2.

4.1. Festlegung von Ansprechpartnern und Vereinbarung eines verbindlichen Kommunikations- und Kooperationsrahmens vor Ort

Damit Familien möglichst rechtzeitig unterstützt werden können und das Kindeswohl umfassend sichergestellt werden kann, sind institutionalisierte, personenunabhängige und verbindliche Kooperations- und Verfahrensabsprachen zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen und Professionen erforderlich (siehe hierzu ausführlich Kapitel 2, insbesondere Ziffer 2.2.). Diese bieten die Grundlage für eine vertrauensvolle und enge Kooperation der Fachkräfte des Gesundheitsbereiches mit den Fachkräften des Jugendamtes und ggf. anderer Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe. Der Aufbau einer tragfähigen Zusammenarbeit soll frühzeitig erfolgen, damit die Grundlagen schon geschaffen sind, bevor sie sich am Einzelfall bewähren müssen. Die Steuerungs-, Planungs- und Gesamtverantwortung in der Kinder- und Jugendhilfe liegt bei den Jugendämtern (zu Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe siehe Ziffer 2.4.). Vorrangiges Ziel aller Interventionen ist die frühzeitige und effektive Hilfe, um das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen sicherzustellen. Grundlegende Absprachen und Abläufe sollten in einer gemeinsamen Vereinbarung schriftlich niedergelegt sein.

Durch frühzeitige persönliche Kontaktaufnahme der im Kinderschutz kooperierenden Stellen (unabhängig von einem konkreten Fall) können eine Vertrauensbasis geschaffen sowie Vorurteile und Fehleinschätzungen abgebaut werden.

Ziel der Kontaktaufnahme ist insbesondere die Information über das Unterstützungsangebot für Kinder, Jugendliche und Familien sowie über die Handlungsmöglichkeiten und die Grenzen der Kooperationspartner. Darüber hinaus bietet ein persönliches Gespräch die Möglichkeit, gegenseitige Erwartungen hinsichtlich der jeweiligen Aufgabenerfüllung auf ihre Richtigkeit und Umsetzbarkeit zu überprüfen und zu einer gemeinsamen Problemsicht und Sprache zu gelangen. Klare Absprachen über die Zusammenarbeit der Arztpraxen bzw. Kliniken mit den Jugendämtern und anderen Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren Stellen (z. B. Polizei) können so frühzeitig getroffen werden.

Institutionalisierte und verbindliche Kooperations- und Verfahrensabsprachen

Kontaktaufnahme und Kennenlernen

Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten insbesondere:

- Im Bereich des Präventiven Kinderschutzes die KoKi-Netzwerke frühe Kindheit (siehe hierzu Ziffer 2.4.2.).
- Regionale Qualitätszirkel/Fachforen, die sich mit dem Thema Kinderschutz, Gewalt und Vernetzung befassen. Diese bieten z. B. neben der Gelegenheit zum besseren gegenseitigen Kennenlernen insbesondere die Möglichkeit zum Austausch von Informationen und Erfahrungen; Einzelfälle können hier anonymisiert erörtert, Verfahren zur Optimierung der gemeinsamen Fallarbeit entwickelt und gemeinsame Standards erarbeitet werden (siehe hierzu insbesondere Ziffern 2.2.2. sowie 2.2.4.).
- Arbeitstreffen mit Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen, Schreibbabyambulanzen etc.).
- Einladung der zuständigen KoKi-Fachkraft in die Arztpraxis bzw. Geburts- und Kinderkliniken.

Wissen um Kooperationspartner und ihre Angebote

Die Empfehlung an die Eltern, eine bestimmte Institution aufzusuchen, muss überzeugend sein. Das konkrete Wissen um Kooperationspartner und ihre Angebote ermöglicht eine solche überzeugende Empfehlung. Für Familien, Kinder und Jugendliche muss deutlich sein, dass dort eine konkrete und passgenaue Hilfe erwartet werden kann („Mit Frau ... vom Jugendamt können Sie über das Problem reden, sie wird Ihnen helfen können.“). Daher ist es das Beste, wenn man Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der empfohlenen Einrichtung besitzt. In Fällen sexueller Gewalt muss in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt werden.

Vorhandene Info-Flyer des Jugendamtes und anderer Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere der Erziehungsberatungsstellen sowie der spezialisierten Beratungsstellen, sollten in der Arztpraxis bzw. Klinik bekannt sein und dort auch ausgelegt werden. Auch Hinweise auf Ratgeber im Internet (z. B. virtuelle Beratungsstelle www.bkeberatung.de und www.elternimnetz.de) bieten sich hier an.

Zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe siehe Ziffer 2.4., zu konkreten Ansprechpartnern und Adressen siehe Überblick bei Kapitel 6.

Benennung von Ansprechpartnern im Jugendamt vor Ort

Wichtigster Ansprechpartner zur Gefährdungseinschätzung bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist das Jugendamt (Jugendamtsleitung sowie Fachkräfte der Bezirkssozialarbeit bzw. des Allgemeinen Sozialdienstes, siehe hierzu im Einzelnen Ziffern 2.3.3., 2.3.4. sowie 2.2.). Um die Kooperation verbindlich und reibungslos zu gestalten, bestimmen die Jugendämter Ansprechpartner für die jeweilige Arztpraxis bzw. Klinik und teilen dieser die entsprechenden Informationen mit (Name, Vertretung, Erreichbarkeit – insbesondere auch für Nacht- und Wochenendzeiten etc.; siehe hierzu auch Ziffern 2.2.2. und 2.4.1.). Ansprechpartner im Jugendamt sind im Bereich des Präventiven Kinderschutzes die KoKi-Fachkräfte (siehe Ziffer 2.4.2.).

4.2. Fallmanagement – Vorgehen im Einzelfall in der Arztpraxis

Werden im Rahmen der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen familiäre Belastungssituationen und Unterstützungsbedarfe erkannt, geht es in erster Linie darum, beim Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern über die möglichen Leistungsangebote anderer Institutionen, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe aufzuklären und für eine Inanspruchnahme zu werben. Sind Maßnahmen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich, ist eine Einbindung anderer Institutionen (insbesondere des Jugendamtes) notfalls auch gegen den Willen der Patienten bzw. der Personensorgeberechtigten erforderlich (im Einzelnen siehe hierzu Kapitel 2, insbesondere Ziffer 2.3.).

4.2.1. Möglichkeit anonymisierter Beratung bzw. Klärung von Fragen

Die Anonymisierung eines Falles stellt für Ärztinnen und Ärzte eine Möglichkeit dar, sich ohne Entbindung von der Schweigepflicht sowie ohne Prüfung von Offenbarungsbefugnissen kompetenten Rat einzuholen. Zu beachten ist hierbei, dass eine Anonymisierung nicht immer dadurch erreicht wird, dass der Name der Betroffenen nicht genannt wird, da in manchen Fällen für die Identifizierung bereits die Schilderung der Umstände ausreichend sein kann.

Möglichkeiten zur anonymisierten Beratung bieten insbesondere die Jugendämter sowie die Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München. In der Kinderschutzambulanz ist sowohl eine (anonyme) telefonische oder persönliche Beratung als auch die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen möglich (im Einzelnen siehe Ziffern 2.3.5. und 2.3.6.).

4.2.2. Rahmenbedingungen für Gespräche

In Fällen akuter Kindeswohlgefährdung (z. B. bei körperlicher Gewalt oder lebensbedrohender Vernachlässigung) muss vor einem Gespräch der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen vor weiteren Übergriffen oder einer Eskalation sichergestellt sein. Hier besteht oft die Notwendigkeit, das Kind oder den Jugendlichen notfalls auch gegen den Willen der Eltern außerhalb des Familiensystems unterzubringen (z. B. Inobhutnahme und Unterbringung in einer Kinderschutzstelle durch das Jugendamt oder ggf. Einweisung in eine Klinik). Zur notwendigen Einbindung von Jugendamt oder Polizei siehe unten sowie Ziffern 2.3.4. und 2.4.3.

Die Gespräche sollen unter geeigneten Bedingungen stattfinden. Hierzu gehören:

- Ausreichende Gesprächszeit,
- ruhige Gesprächsumgebung ohne Unterbrechungen durch Anrufe oder durch das Praxispersonal,
- Bereithalten von Informationsmaterial über spezielle Beratungsangebote für Kinder, Jugendliche und deren Eltern.

4.2.3. Gespräch mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten

Im Mittelpunkt des Gesprächs steht die Sorge um das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen. Eine offene und teilnehmende Gesprächsführung ohne Verurteilung ermöglicht, mit den betroffenen Personen ins Gespräch zu kommen und im Gespräch zu bleiben. Besonders bei Trennungs- und Ehescheidungskonflikten ist es wichtig, eine neutrale und reflektierte Haltung einzunehmen, um nicht durch eine der Konfliktparteien instrumentalisiert zu werden.

Ein Aufklärungs- und Konfliktgespräch verlangt Einfühlungsvermögen und klare Standpunkte, unterscheidet sich jedoch nicht prinzipiell von anderen Arzt-Patienten-Gesprächen, die die Übermittlung einer belastenden Diagnose beinhalten. Es sollten ärztlicherseits kurz- und mittelfristige fallbezogene Interventionsziele angesprochen werden.

Das Gespräch sollte mit den Befunden begonnen werden, die auf Vernachlässigung bzw. körperliche, sexuelle oder seelische Gewalt hindeuten. Die Symptomatik des Kindes bzw. Jugendlichen bietet eine Möglichkeit, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen („Ihr Kind macht schon seit einiger Zeit einen sehr ängstlichen Eindruck auf mich. Haben Sie eine Vorstellung, woran es liegen kann?“). Stellt man bei der Untersuchung z. B. fest, dass ein Kind, das wegen Husten vorgestellt wird, mehrere Hämatome aufweist, sollten den Eltern diese Befunde mitgeteilt und über mögliche Ursachen gesprochen werden. Erfolgt keine schlüssige Erklärung, die den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung ausräumt, müssen sie über die Einleitung weiterer erforderlicher Schritte, ggf. die Einschaltung anderer Stellen, informiert werden, sofern der Schutz des Kindes oder Jugendlichen dadurch nicht gefährdet wird.

Im Gespräch mit den Eltern sollte auch auf Anzeichen hinsichtlich einer bei ihnen bestehenden psychischen Störung geachtet bzw. eruiert werden, ob diese sich in psychiatrischer Behandlung befinden. Das Vorliegen psychischer Erkrankungen erhöht das Risiko für Kindesmisshandlung erheblich (siehe auch Ziffer 1.3.).

4.2.4. Gespräche mit Kindern und Jugendlichen

Bei den Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen ist es äußerst wichtig, ihnen zu vermitteln, dass sie an dem, was ihnen angetan wurde, keine Schuld haben.

Die wichtigsten Regeln sind dabei:

- Gespräch in altersadäquater Weise führen.
- Nachfragen stellen, die eine Einschätzung zulassen, ob die Aussagen der Ärztin bzw. des Arztes verstanden wurden.
- Keine Suggestivfragen stellen, die die Glaubwürdigkeit des Kindes oder Jugendlichen später gefährden können.
- Kinder und Jugendliche angemessen beteiligen und Handlungsschritte transparent machen, soweit hierdurch der wirksame Schutz der Kinder oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
- Bittet ein Kind oder Jugendlicher um Inobhutnahme (Näheres hierzu siehe Ziffer 2.4.3.), so ist unter Nennung des Namens der zuständigen Fachkraft, auf die Zuständigkeit des Jugendamtes zu verweisen und das Jugendamt entsprechend zu informieren.
- Kinder und Jugendliche sind darauf hinzuweisen, dass sie sich auch ohne Zustimmung oder Kenntnis ihrer Eltern beim Jugendamt oder in der Erziehungsberatungsstelle kostenlos beraten lassen können (Beratungsmöglichkeiten im Internet, insbesondere www.bke-beratung.de).

4.2.5. Einbindung des Jugendamtes

Sowohl bei Fragen zur Stärkung elterlicher Kompetenzen als auch bei Fragen des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung und des richtigen Umgangs damit ist das Jugendamt zentraler Ansprechpartner (siehe im Einzelnen Ziffern 2.3.3., 2.3.4. sowie 2.4.). Das Jugendamt ist kraft Gesetzes die zentrale Stelle, wenn es um Fragen des Kinderschutzes und insbesondere die Klärung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung sowie die Sicherstellung des Kindeswohls geht. Eine **Handlungspflicht** zur Einbindung des Jugendamtes besteht, **wenn**

aus ärztlicher Sicht eine solche **zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich** ist. **Gewichtige Anhaltspunkte**, die für eine Misshandlung sprechen, sind **unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen** (im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.4., vergleiche auch Art. 14 Abs. 6 GDVG).

4.2.6. Helferkonferenzen

Das Jugendamt soll als federführende Stelle möglichst bald, nachdem es über gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung informiert worden ist, eine erste gemeinsame Helferkonferenz zur Beratung eines abgestimmten Vorgehens zum Wohle des Kindes oder Jugendlichen durchführen. An der Helferkonferenz können, mit Einwilligung der Personensorgeberechtigten, grundsätzlich alle Professionen beteiligt werden, die mit der Familie zusammenarbeiten, gearbeitet haben oder mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft zusammenarbeiten werden. Der Kreis soll so klein wie möglich und so groß wie nötig gehalten werden. Sinnvoll ist, die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt mit einzubeziehen und hierfür rechtzeitig um die Einwilligung der Personensorgeberechtigten zu werben. Die Organisation einer solchen Konferenz soll in der Regel durch die fallverantwortliche sozialpädagogische Fachkraft des Jugendamtes übernommen werden. Dabei sollen insbesondere die Praxiszeiten der kooperierenden Professionen berücksichtigt werden, damit ihnen eine Teilnahme möglich ist. Näheres zum datenschutzrechtlichen Rahmen siehe Ziffer 2.2.3.

4.2.7. Sofortmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für Kinder oder Jugendliche

Bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche durch Eltern bzw. andere Personensorgeberechtigte handelt es sich mitunter um lang anhaltende, aber auch situationsbedingte Prozesse (z. B. bei Alkoholeinfluss, bei aktuellem Schub psychisch erkrankter Eltern), die mit einer hohen physischen und psychischen Gefährdung junger Menschen verbunden sind. Das Jugendamt ist in diesen Fällen zur Sicherstellung des Kindeswohls unverzüglich einzubinden (siehe hierzu insbesondere Ziffer 2.3.4.).

Wesentliche Handlungsoptionen in akuten Krisensituationen sind:

- Krankenhauseinweisung,
- Kontaktaufnahme mit Jugendamt,
- Einschaltung der Polizei.

**Verhalten in
Krisensituationen**

Um besonders in Krisensituationen angemessen zu reagieren, empfiehlt es sich, folgende Eckpunkte zu berücksichtigen und das Verhalten entsprechend auszurichten (im Einzelnen siehe insbesondere Ziffern 2.3.4. sowie 2.4.3.):

- Bei den in der Arztpraxis vorgestellten Fällen von Kindesmisshandlung ist ein besonnenes Handeln erforderlich.
- Bei einer unmittelbaren Gefahr für Kinder und Jugendliche ist das Jugendamt, das für die Intervention und die ggf. erforderliche Inobhutnahme zuständig ist, unverzüglich einzubinden. Gegebenenfalls ist zusätzlich die Polizei zur Abwehr drohender Gefahren einzuschalten (insbesondere bei Gefahr für das Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewalt, Eskalation von Familienkonflikten). Die Polizei wird, sollte dies durch das Jugendamt nicht oder nicht rechtzeitig möglich sein, alle Maßnahmen zur Abwehr weiterer Gefahren treffen und die Erforschung und Verfolgung der Straftat sicherstellen.

- Bei akuten Misshandlungen mit schweren Verletzungen ist die umgehende Einweisung in eine Klinik angezeigt. Die Klinik ist über die anstehende Einweisung zu informieren. Durch eigene Begleitung bzw. mittels Krankentransport ist sicherzustellen, dass das Kind bzw. der/die Jugendliche dort auch ankommt. Das Jugendamt und die Personensorgeberechtigten sind über die Maßnahme unverzüglich zu informieren. Auch die Einschaltung der Polizei ist in diesem Fall angezeigt.
- Maßnahmen sind gegenüber den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern bzw. Personensorgeberechtigten eindeutig zu begründen („Ich muss jetzt das Jugendamt anrufen, weil ...“).
- Bei gewichtigen Anhaltspunkten für sexuelle Gewalt ist besonders sensibel vorzugehen. Ist die Ärztin bzw. der Arzt die einzige Person, der sich der junge Mensch anvertraut hat, ist es besonders wichtig, in der Rolle der Vertrauensperson verlässlich zu bleiben und sich beim Jugendamt Rat und Unterstützung zu holen und die weiteren Schritte transparent mit dem jungen Menschen zu besprechen.

4.2.8. Vorgehensweisen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung

Bei Kindern oder Jugendlichen mit schweren Verletzungen und dem Verdacht auf eine Misshandlung ist die umgehende Einweisung in eine Klinik angezeigt. Die Klinik ist über die anstehende Einweisung zu informieren. Durch eigene Begleitung bzw. mittels Krankentransport ist sicherzustellen, dass das Kind bzw. der/die Jugendliche dort auch ankommt. Die weitere Abklärung des Verdachts liegt im Verantwortungsbereich der Klinik (zum Vorgehen siehe Ziffer 4.3.).

In nicht akuten Fällen sind alle erhobenen Befunde zusammenfassend zu bewerten. Die Diagnose soll den körperlichen und psychischen Befund des Kindes oder Jugendlichen, die familiäre Interaktion und die Familiensituation beschreiben. Es wird festgestellt, ob ein Kind oder Jugendlicher normal entwickelt ist, ob Auffälligkeiten in seiner Entwicklung bestehen und ob diese Auffälligkeiten das Ausmaß von Behandlungsbedürftigkeit erreichen.

Der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung kann nicht nur aufgrund der Symptome, sondern auf verschiedene Weise entstehen (im Einzelnen hierzu siehe Kapitel 3). Verändertes Verhalten oder sonstige Auffälligkeiten beim Kind oder Jugendlichen sind mit einem weiten Blickwinkel zu betrachten, um nicht zu vorschnellen und möglicherweise falschen Einschätzungen zu kommen. Wenn psychologischer und sozialpädagogischer Sachverstand ergänzend zur ärztlichen Diagnose einbezogen wird, können Auffälligkeiten und verändertes Verhalten besser eingeordnet werden. Zentraler Ansprechpartner ist hier das Jugendamt (siehe Ziffern 2.3.3. und 2.4.1.).

Die Bezeichnungen Verdacht auf „Vernachlässigung, körperliche, seelische oder sexuelle Gewalt“ sollen in der Diagnose nicht an erster Stelle genannt werden. Der Verdacht kann als eine „Zusatzdiagnose“ die Ätiologie der Befunde bzw. die Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen beschreiben.

Informationsaustausch mit anderen Professionen

Häufig ist der (persönliche) Austausch insbesondere mit den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe (vor allem Jugendamt, evtl. auch Kinderkrippe, Kindergarten, Hort etc.) erforderlich, um weitere Informationen zu erhalten. Dies kann grundsätzlich nur mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten erfolgen. Die Frage „Ich erlebe das Kind in der Praxis immer nur in der Einzelsituation mit Ihnen und mir. Ich möchte mich gerne informieren, wie es sich in ... verhält. Darf ich mit dem ... Kontakt aufnehmen?“ kennzeichnet die ärztliche Empathie und wird in der Regel positiv beantwortet. Die Bitte „Teilen Sie dem ... bitte mit,

dass Sie mit dem Vorgehen einverstanden sind!“ sichert neben der schriftlichen Schweigepflichtentbindung das erforderliche Einverständnis. Der konkrete Umfang der Schweigepflichtentbindung ist zu benennen. Allgemeine Entbindungen von der Schweigepflicht sind unwirksam (im Einzelnen siehe Ziffer 2.2.3. sowie Musterformular bei Dokumentationshilfen in Kapitel 7).

Die Arztpraxis hat insbesondere folgende Aufgaben (im Einzelnen siehe Ziffer 2.3.):

- Gesundheitliche Versorgung von Kindern bzw. Jugendlichen und Beobachtung des Gesundheitszustandes,
- interdisziplinärerer medizinischer Austausch (z. B. mit Kinder- und Jugendpsychiatrie),
- frühzeitiges Erkennen einer Gefährdung von Kindern bzw. Jugendlichen,
- psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen beschreiben und benennen,
- Gespräche mit Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern führen,
- enge Kooperation mit anderen Hilfesystemen, insbesondere den öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe,
- Information der Eltern über die Kompetenzen des Jugendamtes, von Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe und anderer Institutionen (insbesondere hinsichtlich spezieller Beratungsangebote),
- Unterstützung der Kontaktaufnahme zu geeigneten Hilfsmöglichkeiten anderer Institutionen durch aktive Vermittlung.

Aufgaben der Praxis

Kinder bzw. Jugendliche mit einer Verdachtsdiagnose auf Misshandlung müssen in kurzen Abständen wieder einbestellt werden. Der neue Termin ist verbindlich zu vereinbaren. Rechtzeitig vor dem Termin wäre es sinnvoll, die Eltern telefonisch daran zu erinnern. Die Einhaltung des Termins ist zu beobachten. Diese Praxis sollte beibehalten werden, bis die Verdachtsdiagnose ausgeräumt werden kann oder sich anderenfalls der Verdacht zu gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung erhärtet (Näheres zur Einbindung des Jugendamtes siehe auch Ziffern 2.3.3. und 2.3.4.).

In der Zeit zwischen den Praxisbesuchen können Ärztinnen und Ärzte:

- sich anonym hinsichtlich der Einschätzung der Gefährdung vom Jugendamt oder spezialisierten Beratungsstellen beraten lassen,
- mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten (schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht) zusätzliche Informationen über das Verhalten des Kindes bzw. Jugendlichen, z. B. in der Kindertageseinrichtung einholen,
- den Fall gesondert dokumentieren.

4.2.9. Feedback

Die Zusammenarbeit im Einzelfall beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen unter Berücksichtigung der bestehenden Datenschutzbestimmungen (siehe hierzu Ziffern 2.2.3. und 2.3.5.). Damit die behandelnden Ärzte im Hilfeprozess einbezogen bleiben können, ist eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten zur Information über den weiteren Hilfeverlauf durch das Jugendamt sehr wichtig. Hierfür sollte das Jugendamt nachdrücklich werben.

4.2.10. Anforderungen an die Dokumentation

Die Dokumentation ist in allen Fällen von Gewalt erforderlich (im Einzelnen siehe jeweilige Kapitel – Ziffern 3.1.4., 3.2.4., 3.3.6., 3.4.4.).

Die wichtigsten Regeln sind dabei:

- Wichtige Angaben des Kindes oder Jugendlichen möglichst wortwörtlich notieren (z. B. „Ich will nicht mehr nach Hause – was kann ich tun?“).
- Umgang der Begleitpersonen mit dem Kind bzw. Jugendlichen beschreiben (z. B. besorgt, mitfühlend, barsch, manipulierend etc.).
- Umgang der Begleitpersonen untereinander sowie mit der Ärztin bzw. dem Arzt beschreiben (z. B. kooperativ, aggressiv etc.).
- Schilderungen und Erklärungen zum Hergang möglichst genau dokumentieren. Aus diesen Aufzeichnungen muss stets hervorgehen, wer welche Angaben gemacht hat.
- Alle Auffälligkeiten dokumentieren, nicht nur solche, die mit dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung in Verbindung gebracht werden.
- Eigene Erläuterungen, Hinweise und Aufklärung über weitere Schritte grob festhalten.
- Einbindung des Jugendamtes, der Polizei etc. sowie getroffene Absprachen mit Datum festhalten (insbesondere subjektive Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung festhalten).
- Entbindung von der Schweigepflicht schriftlich dokumentieren und von den Personensorgeberechtigten unterschreiben lassen (z. B. Erzieherin gegenüber Arzt unter präziser Angabe, welche Informationen eingeholt und gegeben werden dürfen; im Einzelnen siehe hierzu Ziffer 2.2.3.).

4.3. Fallmanagement in Kliniken

Thomas Fels

Die Ausführungen in Ziffer 4.1. und 4.2. gelten auch für Kliniken, allerdings unterscheidet sich das Fallmanagement in Kliniken und Arztpraxen in einigen Punkten. Zudem ist aufgrund verschiedener klinikinterner Infrastrukturen teilweise ein anderes, den lokalen Gegebenheiten angepasstes Vorgehen notwendig. Im Folgenden kann nur ein beispielhaftes Vorgehen zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung skizziert werden, an dem sich Kliniken orientieren können. Zu den Rahmenbedingungen und Handlungsgrundsätzen interdisziplinärer Zusammenarbeit siehe insbesondere Kapitel 2.

Die nachstehenden Ausführungen sind abgeglichen mit den „Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung“ (Herausgeber Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. und Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin; www.dakj.de). Sie beziehen sich exemplarisch auf die im Kinderkrankenhaus St. Marien Landshut aufgebaute Kinderschutzgruppe „AG Kindeswohl“ (www.kinderkrankenhaus-landshut.de).

4.3.1. Festlegung von Ansprechpartnern und Vereinbarung eines verbindlichen Kommunikations- und Kooperationsrahmens vor Ort

Zunächst sollte eine Kinderschutzgruppe etabliert werden, die aus den verschiedenen klinikinternen Fachdisziplinen besteht. Die Kinderschutzgruppe sollte von einem festen Team geleitet und organisiert werden. Ansprechpartner bzw. Vertreter der jeweiligen Disziplinen und die klinikinterne Erreichbarkeit müssen festgelegt werden. Informationen über die Kinderschutzgruppe, ihre Struktur sowie klinikinterne Abläufe bei einer (vermuteten) Kindeswohlgefährdung sollten ins Intranet gestellt werden, damit sie für alle Klinikmitarbeiter jederzeit „nachlesbar“ sind.

Die Kinderschutzgruppe braucht externe Partner zur Vernetzung. In vielen Kinderschutzgruppen hat sich eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit bewährt. Die einzelnen Berufsgruppen, die mit Kindern oder Jugendlichen zu tun haben, müssen dabei ohne Hierarchie miteinander kooperieren.

In einer konstituierenden Sitzung können die bisherigen Aktivitäten der kooperierenden Institutionen und Personen dargestellt sowie Kompetenz, Erfahrung, aber natürlich auch die für die konkrete praktische Arbeit notwendigen Grundlagen besprochen werden. Dieses Treffen an einem „Runden Tisch“ ermöglicht neben einem persönlichen Kontakt zu den verschiedenen Berufsgruppen insbesondere eine Information über die Hilfeangebote und Handlungsmöglichkeiten des Jugendamtes (z. B. Allgemeiner Sozialdienst bzw. Bezirkssozialarbeit, KoKi - Netzwerk frühe Kindheit, siehe hierzu auch Ziffer 2.4.) sowie anderer Einrichtungen und Dienste vor Ort.

Im Rahmen dieser Besprechung müssen die Aufgaben der Kinderschutzgruppe definiert werden, z. B. standardisiertes Vorgehen in der Klinik bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten nicht nur innerhalb der Kinderschutzgruppe, sondern auch der Netzwerkpartner, sollten unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgaben und Befugnisregelungen sowie datenschutzrechtlichen Bestimmungen beschrieben werden. Es soll letztlich eine Struktur z. B. in Form eines Ablaufdiagramms festgelegt werden, wie bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung vorzugehen ist (siehe hierzu auch Ziffer 2.2.2.).

Kinderschutzgruppe

**Arbeitsweise,
Aufgaben und Ziele**

Herausragende Bedeutung kommt insbesondere der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt zu. Dieses ist der zentrale Ansprechpartner einer Klinik, wenn es um die Stärkung von elterlichen Erziehungskompetenzen sowie um die Abklärung von Kindeswohlgefährdungen und die Sicherstellung des Kindeswohls geht (siehe hierzu Ziffern 2.3.3., 2.3.4. sowie 2.4.1.).

Auch ein Kennenlernen der zuständigen Familienrichter ist sinnvoll. Bei der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen gegen den Willen der Eltern wird zwar im Regelfall das Jugendamt die erforderlichen Maßnahmen für eine Sorgerechtsbeschränkung durch das Familiengericht ergreifen (siehe hierzu Ziffer 2.4.3.). In besonders gelagerten Fällen kann dies jedoch auch seitens der Klinik erforderlich werden. Wichtig ist ferner ein Kennenlernen der Ansprechpartner bei der Polizei und der Staatsanwaltschaft. Hier erweist sich das persönliche Kennen insbesondere in dem Fall als sehr hilfreich, in dem abgewogen wird, ob eine Strafanzeige erstattet werden soll oder nicht (siehe hierzu auch Ziffer 2.5.).

Zur Sicherstellung des Kindeswohls in akuten Krisenfällen muss gewährleistet sein, dass die relevanten Kooperationspartner, vor allem auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten, erreichbar sind (siehe hierzu auch Ziffern 2.2.2. sowie 2.4.1.). Bei den Besprechungen ist es deshalb wichtig, die jeweilige Erreichbarkeit zu klären.

Eine Kinderschutzgruppe soll in der Klinik Fort- oder Weiterbildungen zum Thema organisieren und anbieten. Dies trägt zur Sensibilisierung und Stärkung im Umgang mit Verdachtsmomenten bei.

4.3.2. Vorgehen in der Klinik bei einem Verdachtsfall

Anamnese

Beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung obliegt der aufnehmenden Ärztin bzw. dem aufnehmenden Arzt in der Ambulanz die Aufgabe der Erhebung einer Anamnese, die möglichst genau dokumentiert werden soll. So soll z. B. bei einem „Unfall“ der beschriebene Unfallhergang in der zeitlichen Abfolge (inklusive der Uhrzeitangaben) einschließlich der anwesenden Personen bei diesem Ereignis, dem Verhalten nach dem „Unfall“ bis zur Vorstellung in der Notfallambulanz dokumentiert werden. Die Personen, die das Kind bzw. den Jugendlichen vorstellen, sollen namentlich erfasst werden, auch deren Beziehung zum Kind bzw. Jugendlichen (Mutter, Vater, Lebenspartner eines Elternteils, Verwandte, Freunde etc.).

Es ist sinnvoll, wichtige Aussagen wörtlich zu notieren sowie den Umgangston der Begleitpersonen mit dem Kind bzw. Jugendlichen zu dokumentieren. Grundsätzlich soll man sich in der Aufnahmesituation im Gespräch auf die medizinisch notwendigen Maßnahmen beschränken. Durch eine unterstützende zugewandte Haltung der Ärztin bzw. des Arztes gegenüber den Begleitpersonen kann ein Vertrauensverhältnis entstehen. Aus diesem heraus kann dann die Notwendigkeit weiterer medizinischer Diagnostik erklärt werden. Eine zu frühe Konfrontation mit dem Verdacht macht diese Diagnostik nahezu unmöglich. Deshalb soll zunächst abgewartet werden, bis der anfängliche Verdacht z. B. durch weitere Untersuchungen abgeklärt ist.

Körperliche Untersuchung

An die Anamnese schließt sich in gewohnter Weise die genaue körperliche Untersuchung an. Die Verwendung eines Dokumentationsbogens ist förderlich. Es ist in jedem Fall wichtig, die Befunde mit Gründlichkeit und Ruhe zu erheben, da dies auch eine Vertrauen schaffende Maßnahme gegenüber den Begleitpersonen darstellen kann. Man muss sich vergegenwärtigen, dass der Grund der Vorstellung in der Regel die Sorge um das Kind bzw. den Jugendlichen ist, die man mit den Begleitpersonen in der Aufnahmesituation teilt. Das aufnehmende Ärzteteam soll sich immer neutral verhalten.

Klinikinterne Abklärung: Weg zur ersten Fallkonferenz (Hilfsplan):

Spätestens nach Erhebung der Anamnese und der körperlichen Untersuchung erfolgt die Einbindung des zuständigen Hintergrunddienstes. In der unmittelbar danach stattfindenden ersten Fallkonferenz (Teilnehmer sind Dienst- und Oberärztinnen bzw. Dienst- und Oberärzte, die zuständige Bereichspflegekraft sowie der psychosoziale Dienst) erfolgt die gemeinsame Einschätzung, ob Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen. Möglicherweise kann eine erste Fallkonferenz erst nach stationärer Aufnahme, ggf. am nächsten Tag nach Aufnahme erfolgen.

Klinikinterne Abklärung

Wenn Anzeichen für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung bejaht werden, sollte die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten kontaktiert werden, um abzuklären, ob es in der Vergangenheit Besonderheiten gab, ob eventuelle Ereignisse vorlagen, die den aktuellen Verdacht unterstützen (frühere Krankenhausaufenthalte bei „Unfällen“ etc.). Die Einbindung des Jugendamtes erfolgt bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (Näheres hierzu siehe Ziffern 2.3.4. – 2.3.6. sowie 2.4.3.). Zeigen die Eltern in diesen Fällen keine Kooperationsbereitschaft, sind sie uneinsichtig für die Notwendigkeit der Diagnostik und Therapie oder liegen Anzeichen für Alkohol- oder Drogenmissbrauch vor, so sollten Mitarbeiter des Jugendamtes bereits beim ersten gemeinsamen Gespräch anwesend sein. Die Eltern sind im Bedarfsfall auch darauf hinzuweisen, dass die Ablehnung weiterer, für das Kindeswohl notwendiger Diagnostik bzw. Therapie zu einer Inobhutnahme durch das Jugendamt oder zu einer gerichtlichen Einschränkung des Sorgerechts führen kann. Eine Absprache zwischen Klinik und Jugendamt über die Rollenverteilung im Gespräch mit den Eltern ist sinnvoll. Häufig bewährt hat sich, dass die Ärztin bzw. der Arzt die Befunde schildert und zusammen mit den Fachkräften des Jugendamtes die Ursachen hinterfragt.

Einbindung anderer, insbesondere Jugendamt

Das Erstgespräch mit den Eltern sollte mit der Darstellung der Befunde begonnen werden. Die Beschreibung der Befunde soll klar und dem Bildungsniveau der Eltern angepasst sein. Anklagende Formulierungen sind nicht hilfreich. Wenn die Erklärungen der Eltern für die Verletzung(en) des Kindes bzw. Jugendlichen nicht schlüssig sind, muss das deutlich zur Sprache gebracht werden. In diesem Gespräch bekommen die Anwesenden meist einen Eindruck über die emotionale Beziehung der Eltern zu ihrem Kind, soziale Aspekte der Familie, die Familienkonstellation und vieles mehr.

Die Eltern sollten insbesondere gefragt werden, wer das Kind tagsüber betreut oder welche Kindertagesstätte es besucht. Sehr wichtig ist die Nachfrage nach Geschwisterkindern, auch aus früheren Beziehungen der Eltern, nach deren Aufenthaltsort und der jetzigen Beziehung zu den Eltern. Es sollte auch versucht werden, eine eventuelle Alkohol- oder Drogenabhängigkeit der Eltern oder anderer Bezugspersonen zu erfassen. Von ähnlicher Bedeutung ist die Erfassung von psychiatrischen Erkrankungen der Eltern, eventueller Gewalt der Partner untereinander oder auch anhängiger Straf- oder Zivilprozesse. Je dichter die Informationen sind, umso leichter ist es, sich einen Gesamteindruck zu verschaffen.

Die Frage, ob die Strafverfolgungsbehörden eingeschaltet werden, kann nur am speziellen Fall beantwortet werden (siehe auch Fallbeispiele). Entsteht im Erstgespräch der Eindruck, dass keinerlei Einsicht der Eltern besteht, die Umgangsformen im Gespräch sehr aggressiv sind und vielleicht den Behandelnden gedroht wird, muss erwogen werden, die weitere Nachfrage nach Ursachen von Verletzungen komplett der polizeilichen Ermittlung zu übergeben. Besondere Sensibilität ist im Umgang bei Verdacht auf sexuelle Gewalt erforderlich.

Generell muss bei festgestellter Kindesmisshandlung bzw. Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine solche während der stationären Behandlung mit dem Jugendamt gemeinsam in weiteren Gesprächen festgelegt werden, welche Maßnahmen getroffen werden können und müssen, um das Kind bzw. den Jugendlichen zu schützen (zwingend federführende Fallsteuerung durch das Jugendamt). Aufgabe des Krankenhauses ist es ferner, die weiterbehandelnden Ärzte zeitnah mit einem ausführlichen Brief zu informieren.

Besteht der Verdacht, aber noch keine gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindesmisshandlung, bedarf es weiterer Abklärungen. Auch in diesen Fällen ist der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen sicherzustellen (im Einzelnen siehe auch Ziffern 2.3.3. – 2.3.6. sowie 2.4.).

4.3.3. Fallbeispiele aus der Praxis

Fallbeispiel 1

Ein vier Monate alter Junge wird nachts notfallmäßig vorgestellt. Von den Eltern wird berichtet, dass der Junge am Vortag geimpft worden und nun nachts unruhig gewesen sei. Beim Herausheben aus dem Bett habe er den linken Arm hängen lassen, was den Eltern komisch vorgekommen sei und weshalb sie mit dem Kind in die Kinderklinik zur Abklärung gefahren seien. Nachts wird in der Ambulanz der Kinderklinik der Arm bei noch unklarer Genese ruhiggestellt und die Auflage an die Eltern ausgesprochen, das Kind zeitnah wieder vorzustellen. Am nächsten Morgen erfolgt die Wiedervorstellung des Kindes wegen anhaltender Schmerzen. Die Röntgenaufnahme ergibt links eine ältere Unterarm-Fraktur und eine frische Oberarmfraktur. Der Patient wird zur weiteren Diagnostik stationär aufgenommen. Die Röntgenaufnahmen aller Extremitäten und des Thorax, die Sonographie des Schädels und Abdomens sowie ein Augenärztkonsil ergeben keine weiteren Verletzungen. Auf Frage des Arztes, was denn passiert sei, vermuten die Eltern ein Hängenbleiben am Gitter des Bettes. Nach stationärer Versorgung des Kindes erfolgt das Erstgespräch mit den Eltern. Hierbei wird diesen mitgeteilt, dass die vorliegenden Brüche bei einem vier Monate alten Säugling den Verdacht auf eine Misshandlung nahelegen. Ein Hängenbleiben am Gitterbett, wie zunächst von den Eltern angegeben wurde, komme als Ursache nicht in Betracht. Die Eltern bestreiten sofort eine Gewaltanwendung ihrerseits und fühlen sich angegriffen. Weitere Maßnahmen wollen sie nicht zulassen. Daher erfolgt die Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt. Da die Eltern mit der Inobhutnahme nicht einverstanden sind, beantragt das Jugendamt ferner unverzüglich eine einstweilige Anordnung des Familiengerichts.

Das Jugendamt führt mehrere gemeinsame Gespräche mit den Eltern und der in der Klinik eingerichteten Kinderschutzgruppe. Die Ursachen für die Entstehung der Brüche können nicht abschließend geklärt werden, eine Misshandlung ist jedoch nicht eindeutig nachzuweisen. Es ergibt sich, dass soziale Belastungen in der Familie vorliegen, sodass im Einvernehmen mit den Eltern eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) durch das Jugendamt eingesetzt wird. Diese soll neben der Unterstützung der Familie auch eine Kontrollfunktion wahrnehmen. Die SPFH erfolgt anfangs engmaschig. Außerdem werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Kindes beim Kinder- und Jugendarzt vorgegeben. Von einer Strafanzeige wird abgesehen, da sich der Verdacht auf Misshandlung nicht erhärtet hat und sich die Eltern zudem äußerst kooperativ und um das Kindeswohl bemüht zeigen. In einem Gespräch mit der sozialpädagogischen Fachkraft räumt die Mutter zudem glaubhaft ein, dass das Kind in einem Moment der Unachtsamkeit vom Wickeltisch gefallen sei. Die SPFH kommt noch dreimal in der Woche in die Familie. Regelmäßig finden die Hilfeplangespräche mit dem Jugendamt statt. Nach einem halben Jahr zeigt das Kind eine gute Entwicklung und keine weiteren Verletzungen, weshalb das Jugendamt von einer günstigen Prognose ausgeht.

Eine Einschränkung des Sorgerechts durch das Familiengericht war aufgrund der Kooperationsbereitschaft der Eltern und der Tatsache, dass die familiären Belastungen reduziert und die familiären Ressourcen gestärkt werden konnten, nicht erforderlich.

Fallbeispiel 2

Bei einem drei Monate alten Jungen fällt dem Vater eine Schwellung des rechten Oberschenkels auf, für die er keine Erklärung hat. Er bringt seinen Sohn in eine Kinderklinik. Dort erfolgt die Röntgenaufnahme des rechten Oberschenkels mit Nachweis einer distalen Oberschenkelfraktur, die mit einer Gipsschiene versorgt wird. Die Aussagen der Eltern zu der Verletzung sind widersprüchlich und können diese nicht plausibel erklären. Da eine Misshandlung nicht ausgeschlossen werden kann, wird das Kind zur weiteren Abklärung stationär aufgenommen, womit sich die Eltern einverstanden erklären. Die weitere Diagnostik zeigt beidseitige Frakturen des distalen Ober- und proximalen Unterschenkels. Ferner finden sich an den Unterarmen Spuren, die durch ein festes Zugreifen erklärt werden können. Es finden sich auch blasse Hämatome am Gesäß. Da gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung des Kindes vorliegen, erfolgt unverzüglich die Einbindung des Jugendamtes. Dieses nimmt das Kind in Obhut. Durch die Klinik erfolgt zudem eine sofortige Anzeige bei der Polizei.

Abgewandelter Sachverhalt zu Fallbeispiel 2

Die Eltern verweigern die stationäre Aufnahme des Kindes zur weiteren Abklärung:

Für den behandelnden Arzt liegen aufgrund der nicht geklärten Verletzungsursache und insbesondere des Verhaltens der Eltern, durch das die medizinische Versorgung des Kindes nicht ausreichend sichergestellt werden kann, gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor. Das Jugendamt wird eingebunden. Dieses nimmt das Kind zur weiteren medizinischen Abklärung in der Klinik in Obhut.

5. Literatur

Kapitel 1 und 2

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.: Fachzeitschrift *proJugend* Nr. 4/2010. „Da hat sich was verändert...“ Jugend, Medien, Pornografie. München, 2010.

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.: Fachzeitschrift *proJugend* Nr. 2/2009: Generation Web 2.0. Herausforderungen für den Jugendschutz. München, 2009.

Allroggen, M./Spröber, N./Rau, T./Fegert, J.: Sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen, Ursachen und Folgen, Expertise der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2011.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: „Kinderschutz braucht starke Netze“. München, 2007.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: „Bayerisches Gesamtkonzept zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen, Initiativen – Projekte – Vorhaben“, 2., überarbeitete Auflage. München, 2007.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Förderprogramm und Konzept KoKi-Netzwerk frühe Kindheit; www.koki.bayern.de.

Brisch, K.-H./Hellbrügge, T.: Bindung, Angst und Aggression; Theorie, Therapie und Prävention. Stuttgart, 2010.

Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut, Fachbereich KI 12 (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik. Wiesbaden, 2010.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin, 2009.

Deegener, G./Körner, W.: Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung; Theorie, Praxis, Materialien, 2008.

Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen, Abschlussbericht des DJI-Projekts im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann. München, 2011.

Fegert, J./Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./Künster, A./Hofer, A./König, C: Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben, Werkbuch Vernetzung; Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm in Zusammenarbeit mit den beteiligten Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie BMFSFJ; Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2010.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013 in Kraft getreten am 12. März 2011, www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15) sowie Bekanntmachung [1260 A] des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien:

Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch vom 13. September 2007 samt der zugrunde liegenden tragenden Gründe (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/482) und Bekanntmachung [1488 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung vom 21. Februar 2008 samt der zugrunde liegenden tragenden Gründe (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/638).

Grimm, P./Badura, H.: Medien – Ethik – Gewalt, Neue Perspektiven. Schriftenreihe Medienethik Band 10. Franz Steiner Verlag. Stuttgart, 2011.

Jäger/Fischer/Riebel/Fluck: Mobbing unter Schülerinnen und Schülern in der BRD, Zentrum für empirische pädagogische Forschung, Universität Koblenz-Landau, 2007.

jugendschutz.net: „Chatten ohne Risiko? Sicher kommunizieren in Chat, Messenger und Community“, 4. Auflage, Mainz, 2009, www.jugendschutz.net/pdf/chatten_ohne_Risiko.pdf sowie www.jugendschutz.net und www.chatten-ohne-risiko.net.

kibs, Kinderschutz e.V.: Dokumentation der Fachtagung am 19./20.11.2009 in München zum Thema Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt „Es kann sein, was nicht sein darf...“. München, 2009.

Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Deutsches Jugendinstitut e.V. (zitiert: DJI-Handbuch „Kindeswohlgefährdung“). München, 2006, http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm#1.3.

Korn: Mobbing in Schulklassen – systematische Schikane, in: Fachzeitschrift *proJugend*, 2/2006. München, 2006.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: JIM-Studie 2011; Jugend, Information, (Multi-) Media; Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger; Herausgeber. Stuttgart, 2011.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: KIM-Studie 2010; Kinder + Medien, Computer + Internet; Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Stuttgart, 2011.

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

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH): Datenschutz bei Frühen Hilfen, Praxiswissen Kompakt, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DJIuF).

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH): Modellprojekte in den Ländern, Zusammenfassende Ergebnisdarstellung, Herausgeber. Köln, 2010.

Olweus, D.: Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können. 4. Auflage, Huber. Bern, 2006.

Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“: Abschlussbericht. BT-Drs. 17/8117, 2011.

Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb): Handbuch zur Familienbildung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe in Bayern, ifb-Materialien 7-2010.

Sunderland, M.: Die neue Elternschule, Kinder richtig verstehen und liebevoll erziehen. London, 2006.

Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann: Abschlussbericht, 2011.

Unabhängiger Beauftragter der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs: Glossar unter <http://beauftragter-missbrauch.de/course/view.php?id=18>.

Wiesner, R.: SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 4. Auflage. München, 2011.

Zentrum Bayern, Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt: Schützen – Helfen – Begleiten, Handreichung zur Wahrnehmung des Schutzauftrags der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. München, 2010.

Ziegenhain, U./Fegert, J.: Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2. Auflage. München, Basel, 2008.

Kapitel 3

Körperliche Gewalt

Alexander, R.C./Levitt, C.J./Smith, W.L.: Abusive Head Trauma: In: Reece, RM, Ludwig, St. (Hrsg.): Child Abuse. Medical Diagnosis and Management. Second Edition, Lippincott Williams & Wilkins, S. 47–80, 2001.

American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries – Technical Report. Pediatrics 108: 206–210, 2001.

AWMF online. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 2008/2009.

Bilo, R./Robben, S./van Rijn, R.: Forensic Aspects of Paediatric Fractures. Differentiating Accidental Trauma from Child Abuse. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, 2010.

Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut, Fachbereich KI 12 (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik. Wiesbaden, 2010.

Helfer, R./Slovic, Th./Black, M.: Injuries resulting when small children fall out of bed. Pediatrics 60: 533-535, 1977.

Herrmann, B.: ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen – das Shaken Baby Syndrom. Kinder- und Jugendarzt 36: 256–265, 2005.

Herrmann, B./Dettmeyer, R./Banaschak, S./Thyen, U.: Kindesmisshandlung. Springer Verlag. Heidelberg, 2008.

Hobbs, C.J.: Skull fracture and the diagnosis of abuse. Arch Dis Childhood 59: 246–252, 1984.

Hoffmann, G.H.: Glutarazidurie Typ I. Dt. Ärztebl. 94: A-981-A-986, 1997.

Kemp, A.M.: Dunstan F., Harrison S., et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008 Oct 2;337:a1518.

Kindler, H.: Wie kann ein Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung abgeklärt werden? In: Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 68. München, 2006.

Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*, Deutsches Jugendinstitut e.V. München, 2006, http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm#1.3.

Kleinschmidt-DeMasters, B.K./Gilden, D.H.: The expanding spectrum of herpesvirus infections of the nervous system. *Brain Pathol* 11: 440–451, 2001.

Levin, A.V.: Ocular manifestations of child abuse. In: Reece, RM, Ludwig, St (Hrsg.): *Child Abuse. Medical Diagnosis and Management. Second Edition*, Lippincott Williams & Wilkins, S. 97–107, 2001.

Maxeiner, H.: Das Schütteltrauma von Säuglingen: eine schwerwiegende Diagnose auf unsicherem Fundament? *Arch Kriminol* 221: 65–86, 2008.

Mützel, E.: Rechtsmedizinische Befunde bei Kindesmisshandlungen. *Bayer. Ärztebl.* 1: 10–12, 2007.

Peschel, O./Mützel, E./Penning, R.: *Das Kind in der Forensischen Medizin. Festschrift für Prof. Wolfgang Eisenmenger*. ecomed Verlag, 2009.

Weiß, R.H.: *Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern*. Hogrefe Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2000; www.mediaculture-online.de.

Adams, J.A.: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. 2009 Update. *APSAC Advisor*. 22:2 2-7, 2010.

Arnsberger, M.: Gefährliche Anmache im Internet, *Stern*, 13. Dezember 2008.

AWMF S2 Leitlinie Kindesmisshandlung und Vernachlässigung der DGSPJ, übernommen von der DGKJ und DGKCh; 2008/2009.

Bange, D./Enders, U.: Auch Indianer kennen Schmerz. *Sexuelle Gewalt gegen Jungen*. Kiepenheuer und Witsch, S. 121–160. Köln, 2005.

Bange, D./Körner, W.: *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*, Hogrefe. Göttingen, 2002.

Beule, C.: *Darüber spricht man(n) nicht! Sexueller Missbrauch an Jungen*, VDM Verlag Dr. Müller. Saarbrücken, 2008.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Pilotstudie Gewalt gegen Männer in Deutschland, personale Gewaltwiderfahrnisse in Deutschland*, 2004.

Sexuelle Gewalt

Deutsches Jugendinstitut: Digital kompetent oder abgehängt? Wege von Kindern und Jugendlichen ins Netz. DJI Studie „Digital Divide – Digitale Kompetenz im Kindesalter“, Thema 2010/02. München, 2010.

Egle, U.T./Hoffmann, S.O.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung, Schattauer Verlag. Stuttgart, 2000.

Enders U.: Zart war ich, bitter war's: Handbuch gegen sexuellen Missbrauch, Kiepenheuer & Witsch, 2009.

Enders, U.: Angebote für Kinder und Jugendliche zum Umgang mit neuen Medien vor dem Hintergrund möglichen Erlebens sexueller Gewalthandlungen, Impulsreferat auf der Fachtagung „Aktuelle Herausforderungen im Kinder- und Jugendschutz – Sexuelle Gewalt durch die neuen Medien“. Berlin, 2006.

Fegert, J.: Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen, Juventa Verlag. Weinheim, 2006.

Heiliger, A.: Sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen. Hintergründe, Risikofaktoren und Ansatzpunkte für Prävention, Fachtagung: (Sexuelle) Gewalt in Teenagerbeziehungen. Hannover, 2006.

Hermann, B./Dettmeyer, R./Banaschak, S./Thyen, U.: Kindesmisshandlung, 2. Auflage, Springer Verlag. Heidelberg, 2010.

Katzer, C.: Gefahr aus dem Netz – Der Internet-Chatroom als neuer Tatort für Bullying und sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, 2007, <http://kups.ub.uni-koeln.de/2152>; siehe auch DJI, Thema 2007/08: Tatort Internet – Sexuelle Gewalt in den neuen Medien, www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=752&Jump1=LINKS&Jump2=25.

Klees, E.: Geschwisterinzest im Kindes- und Jugendalter, Papst Verlag. Stuttgart, 2008.

Kloiber, A.: Sexueller Missbrauch an Jungen, Asanger Verlag. Heidelberg, 2002.

Koch, D.: Sexueller Missbrauch – Kinder als Täter, GRIN Verlag. München, 2006.

Kohlhofer, B./Neu, R./Sprenger, N.: E.R.N.S.T. machen – Sexuelle Gewalt unter Jugendlichen verhindern, Verlag Mebes & Noack. Köln, 2008.

Lehmann, J.: Digitale Generation? Der Umgang von Heranwachsenden mit neuen Medien am Beispiel des Handys, Baltic Sea Press. Rostock, 2009.

Lilli, eine Web-Site für Jugendliche und junge Frauen und Männer, www.lilli.ch, 2010.

Pfister, M.-L.: Sexuelle Übergriffe unter Geschwistern, Familiäre Hintergründe, Sexualität und Doktorspiele, Jahresbericht 2005.

CASTAGNA, Beratungsstelle für sexuell ausgebeutete Kinder, weibliche Jugendliche und in der Kindheit betroffene Frauen, www.castagna-zh.ch.

Riebel, J./Jäger, R./, Fischer, U.: Cyber-Bullying in Germany – an exploration of prevalence, overlapping with real life bullying and coping strategies. *Psychology Science Quarterly*, Volume 51, S. 298–314, 2009 (3).

Scheithauer, H./Hayer, T./Niebank, K.: Problemverhaltensweisen und Risikoverhalten im Jugendalter – Ein Überblick, Kohlhammer Verlag. Stuttgart, 2008.

Stephan, R.: Cyber-Bullying in sozialen Netzwerken, Verlag Werner Hülsbuch. Boizenburg, 2010.

Tiedke, C.: Bullying unter Schülern, GRIN Verlag. München, 2009.

Tröndle, H./Fischer, T.: Strafgesetzbuch und Nebengesetze. Kommentar. 54. Auflage, C. H. Beck Verlag. München, 2007.

Ulrich, C.: Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen, Hogrefe Verlag. Göttingen, 2007.

Wegmann, N.: Am Rande der Wahrnehmung – Sexueller Missbrauch, GRIN Verlag. München, 2008.

Wickenhäuser, R.: Orte der Wirklichkeit, Springer Verlag. Heidelberg, 2010.

AWMF S 2, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Leitlinie Kindesmisshandlung und Vernachlässigung der DGSPJ, übernommen von der DGKJ und DGKCh; 2008/2009, www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/AWMF-S2_Leitlinie_Kinderschutz_2008-2009.pdf.

Vernachlässigung

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Förderprogramm und Konzept KoKi-Netzwerk frühe Kindheit, www.koki.bayern.de.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Leitlinie Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch, 2007, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-034_S1_Vernachlaessigung__Misshandlung__sexueller_Missbrauch_11-2006_11-2011_01.pdf.

Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Deutsches Jugendinstitut e.V. München, 2006, http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm#1.3.

Mutke, B.: Gefährdung des Kindeswohls – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *IKK_Nachrichten* Nr. 2/2001, 1–6, 2001.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Daten und Fakten, www.fruehehilfen.de/wissen/daten-und-fakten-kindesvernachlaessigung-und-misshandlung.

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt: Sozialpädagogische Diagnose. Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München, 2009, www.blja.bayern.de.

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt: Schützen – Helfen-Begleiten. Handreichung zur Wahrnehmung des Schutzauftrags der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. München, 2010, www.blja.bayern.de.

Ziegenhain, U./Fegert, J.: Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung, 2. Auflage, Ernst Reinhardt. München, 2008.

Seelische Gewalt

Carbone-Lopez, K./Esbensen F-A./Brick, B.T.: Correlates and consequences of peer victimization: Gender differences in direct and indirect forms of bullying. *Youth Violence and Juvenile Justice* 8: 332–350, 2010.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie: Leitlinie Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-034_S1_Vernachlaessigung_Misshandlung_sexueller_Missbrauch_11-2006_11-2011_01.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Leitlinie Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071-003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf.

Duncan, R. D.: Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bully victimization and psychological distress. *Child maltreatment*, 4: 45–55, 1999.

Engfer, A.: Kindesmisshandlung. Ursachen – Auswirkungen – Hilfen. Ferdinand Enke. Stuttgart, 1986.

Franz, M./Jäger, K.: Interdisziplinäre Anforderung und Herausforderung in der Prävention und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Ziegenhain, U./Fegert, J. (Hrsg.): Kindeswohl und Vernachlässigung, S. 152–160. Ernst Reinhardt Verlag. München und Basel, 2007.

Garbarino, J./Vondra, J.: Psychological maltreatment of children and youth. In: Brassard, M., Germain, R., Hart, S. (Hrsg.): *The psychological maltreatment of children and youth*, S. 25–44, Pergamon Press. New York, 1986.

Hart S.N./Brassard M.R./Binggeli N.J./Davidson H.A.: Psychological Maltreatment. In: Myers J.B., Berliner L., Briere J., et al. (Hrsg.) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd Ed.), Thousand Oaks, Sage, S. 79–103, 2002.

Kindler, H.: Was ist unter seelischer Misshandlung zu verstehen? In: Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst*, Deutsches Jugendinstitut e.V. München, 2006, <http://db.dji.de/asd/4.htm>.

Kindler, H.: Was ist über die Folgen psychischer Misshandlung von Kindern bekannt? In: Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner A. (Hrsg.): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst*, Deutsches Jugendinstitut e.V. München, 2006, <http://db.dji.de/asd/25.htm>.

Uslucan, H.: Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In: Suzeß, G., Hammer, W. (Hrsg.) *Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*, S. 150–165, Klett-Cotta. Stuttgart, 2010.

Kapitel 4

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Leitlinie Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071-003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf.

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM): Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken: Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 2010, www.dakj.de.

Landeshauptstadt München: Qualitätssicherung in Gefährdungsfällen – Einwertungstabelle (Jugendhilfe). München, 2008.

Leitfaden für Kinderarztpraxen in Hamburg: Gewalt gegen Kinder. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1996.

Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands e.V., Landesverband Bayern, 2001.

6. Ansprechpartner und Adressen

Kinder- und Jugendhilfe	
<p>Informationen zu den Strukturen, Aufgaben und Ansprechpartnern der Kinder- und Jugendhilfe in Bayern sind insbesondere auch abrufbar unter: www.stmas.bayern.de/jugend, www.herzwerker.de sowie www.blja.bayern.de.</p> <p>Informationen speziell zum Kinderschutz in Bayern stehen ferner unter www.kinderschutz.bayern.de zur Verfügung.</p>	
<p>Jugendämter in Bayern</p> <p>www.stmas.bayern.de/familie/beratung/jugendamt</p> <p>www.blja.bayern.de/adressen/jugendaemter</p>	<p>Jugendämter tragen in der Kinder- und Jugendhilfe die Gesamt-, Planungs- und Steuerungsverantwortung. In Bayern planen und koordinieren 96 Jugendämter alle Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. Sie sind in erster Linie Dienstleister für Familien und junge Menschen (Stärkung elterlicher Kompetenzen sowie der Befähigung junger Menschen auf ihrem Weg zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten). Wichtige Aufgabe ist ferner die Sicherstellung des Kindeswohls (Ausübung des staatlichen Wächteramtes). Dort werden deshalb insbesondere auch die fachliche Kompetenz und das spezifische Wissen vorgehalten, um Kindeswohlgefährdungen abzuklären und mit Problematiken wie Gewalt umzugehen.</p> <p>Bei der Aufgabenerfüllung werden die Jugendämter maßgeblich von den Einrichtungen und Diensten der freien Jugendhilfeträger unterstützt.</p>
<p>Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit)</p> <p>www.koki.bayern.de</p> <p>www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/koki/kokibay</p>	<p>Wichtige Anlaufstellen im Bereich des Präventiven Kinderschutzes sind die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi), die in Bayern flächendeckend etabliert sind. Zielgruppen der KoKi sind insb. Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die gezielter und qualifizierter Unterstützung bedürfen. Wesentliche Aufgabe der KoKi ist die systematische Vernetzung der regionalen Angebote Früher Hilfen zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen bei familiären Belastungssituationen. Sie organisieren, koordinieren und pflegen das „KoKi – Netzwerk frühe Kindheit“ vor Ort und helfen Eltern bei der Suche nach der richtigen Hilfe. Durch Unterstützung aus dem interdisziplinären Netzwerk sollen elterliche Kompetenzen gestärkt und so Überforderungssituationen vermieden werden, die zu Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern führen können.</p>
<p>Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen</p> <p>www.erziehungsberatung.bayern.de</p> <p>www.lag-bayern.de/erziehungsberatung/beratungsstellen</p>	<p>Familien in Bayern steht ein flächendeckendes Netz von rd. 180 Erziehungsberatungsstellen kostenfrei zur Verfügung. Sie unterstützen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte in Belastungssituationen bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren. Neben psychologischer Diagnostik bieten die multidisziplinären Teams qualifizierte Beratung und Unterstützung sowie therapeutische Leistungen für Familien sowie Eltern und Kinder einzeln und in Gruppen an, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Fragen der kindlichen Entwicklung, • bei allen Fragen der Erziehung, • bei familiären Beziehungsproblemen, • bei Trennung und Scheidung, • bei Gewalt im sozialen Nahraum, • bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.

<p>Virtuelle Beratungsstelle – Erziehungsberatung im Internet der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) www.bke-beratung.de www.bke-jugendberatung.de www.bke-elternberatung.de</p>	<p>Das Angebot der Erziehungsberatungsstellen wird ergänzt durch die Erziehungsberatung im Netz in der Trägerschaft der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke). Seit dem 01.01.2005 wird das gemeinsame Länderprojekt „Virtuelle Beratungsstelle – Erziehungsberatung im Internet“ im Regelbetrieb durchgeführt.</p> <p>In der virtuellen Beratungsstelle beraten die Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen Eltern, Kinder und Jugendliche online per E-Mail, aber auch in Chats und Foren zu spezifischen Fragen.</p>
<p>kibs – Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für männliche Opfer sexueller Gewalt des Kinderschutzes e. V. www.kibs.de</p>	<p>„kibs“ ist bayernweiter Ansprechpartner für Jungen und junge Männer (bis 27 Jahre), die Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Angebote werden auch für Angehörige und Bezugspersonen von Betroffenen sowie für Fachkräfte vorgehalten. Die Beratung kann auch online und anonym erfolgen. „kibs“ arbeitet eng mit den bayerischen Erziehungsberatungsstellen zusammen.</p>
<p>Beratungsangebote für Eltern mit Schreibabys (bzw. bei frühkindlichen Regulationsstörungen) www.stmas.bayern.de/familie/bildung/schreibabys</p>	<p>Als Ansprechpartner stehen bei Regulationsstörungen generell Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung. In Bayern leisten zudem die Frühförderstellen sowie die Sozialpädagogischen Zentren einen wichtigen Beitrag zur Diagnose und Behandlung von sog. Schreibabys.</p> <p>Darüber hinaus bieten speziell fortgebildete Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe (v. a. in den Erziehungsberatungsstellen) Eltern kompetente Entwicklungs- und Erziehungsberatung an.</p>
<p>Differenzierte ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere: Inobhutnahmestellen bzw. Kinderschutzstellen</p>	<p>Zur Unterstützung von Familien und insbesondere von Kindern und Jugendlichen gibt es weitere zahlreiche und differenzierte ambulante sowie (teil-)stationäre Angebote.</p> <p>Inobhutnahmestellen bzw. Kinderschutzstellen nehmen in Krisensituationen Kinder und Jugendliche bis zur Abklärung des weiteren Hilfebedarfs vorläufig auf.</p> <p>Die regionalen Angebote können bei den jeweils zuständigen Jugendämtern vor Ort erfragt werden.</p>
<p>Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Bayern e. V. www.kinderschutzbund-bayern.de</p>	<p>Präventive Beratungsangebote für gelingende Elternschaft und für Kinderschutz.</p>
<p>Kinderschutz-Zentren www.kinderschutz-zentren.org</p>	<p>Adressenverzeichnis und weitere Informationen der örtlichen Kinderschutz-Zentren in Deutschland.</p>

Gesundheitsbereich	
<p>Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/ambulanz www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/kinderschutzambulanz</p>	<p>Bayernweiter Ansprechpartner bei Fragen zum Erkennen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Zudem kostenlose Untersuchung sowie Dokumentation von Verletzungen; ggf. Sicherung von Beweismitteln und Spuren einer Misshandlung.</p> <p>Ferner interdisziplinäre Fortbildungen und Veranstaltungen (Ziel v. a. bayernweit einheitliche Qualitätsstandards).</p>
<p>Online-Plattform Remed online www.remed-online.de</p>	<p>Online-Plattform zur geschützten Kontaktaufnahme mit der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München; (anonyme) Beratung zu Fällen von Kindeswohlgefährdung.</p>
<p>Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) www.blaek.de</p>	<p>Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) ist zusammen mit den 63 ärztlichen Kreisverbänden (ÄKVs) und den acht ärztlichen Bezirksverbänden (ÄBVs) die gesetzliche Berufsvertretung aller bayerischen Ärztinnen und Ärzte.</p>
<p>Kinder- und Jugendärzte www.kinderaerzte-im-netz.de</p> <p>BVKJ Landesverband Bayern http://bayern.bvkj.de/bayern/show.php3?id=3&nodeid</p> <p>PaedNetz Bayern www.paednetz.de/pnb/show.php3?id=2</p>	<p>Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) ist die Interessenvertretung der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland und hält Adressen und weitere Informationen zu diesem Thema bereit.</p> <p>Bayerische Interessenvertretung: BVKJ Landesverband Bayern .</p> <p>PaedNetz ist ein Qualitätsverbund niedergelassener Kinder- und Jugendärzte, mit dem Ziel, den Kindern und Jugendlichen bayernweit eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Hier wird auch Hilfe bei der Suche eines PaedNetz-Arztes vor Ort gegeben.</p>
<p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) www.kvb.de</p>	<p>Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) stellt die ambulante Gesundheitsversorgung in Bayern sicher und hält insbesondere Adressen von Ärzten und Psychotherapeuten sowie weitere Informationen bereit.</p>
<p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bayern www.ptk-bayern.de www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_ps_startseite.html</p>	<p>Der Suchdienst der PTK Bayern unterstützt bei der Suche nach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Mitglieder der PTK Bayern (Bay. Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sind.</p>
<p>Krankenhäuser in Bayern www.bkg-online.de www.bkg-online.de/herzlich-willkommen-beim-bayerischen-krankenhausregister</p>	<p>Die Bayerische Krankenhausgesellschaft stellt auf ihrer Internetseite Informationen und Serviceangebote rund um das Thema „Krankenhäuser in Bayern“ zur Verfügung.</p> <p>Mit dem Bayerischen Krankenhausregister (BKR) bzw. dem Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) stellen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Bayerische Krankenhausgesellschaft ihre Suchmaschine ins Internet.</p>

<p>Spezialisierte Ärzte, Kliniken www.bkjpp.de</p>	<p>Der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) hält Informationen, Adressen und Termine zum BKJPP, aber auch zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderneurologie und Psychotherapie bereit.</p> <p>Ferner besteht dort die Möglichkeit, per Datenbank eine Praxis oder eine Klinik bzw. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bundesweit zu suchen.</p>
<p>Kinder- und Jugendgynäkologen www.kindergynakologie.de/html/sprechstunden.html</p>	<p>Angebotsliste mit Kontaktdaten und Informationen zu den in Deutschland angebotenen kinder- und jugendgynäkologischen Sprechstunden.</p>
<p>Gesundheitsämter www.stmug.bayern.de/gesundheit/organisation/oegd</p>	<p>Zentrale Fachbehörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bayern ist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (www.lgl.bayern.de).</p> <p>Die Gesundheitsämter sind als Behörde vor Ort Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu den Aufgaben der Gesundheitsämter gehören nach dem GDVG u. a. gesundheitliche Aufklärung und Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention etc. Im Bereich Kindergesundheit umfassen die Aufgaben u. a. das Tracking im Rahmen des Neugeborenenstoffwechsel- und Hörscreenings, die flächendeckende Schuleingangsuntersuchung, die ärztliche Abklärung des Förderbedarfs bei Verdacht auf kindliche Entwicklungsstörungen einschließlich ärztlicher Beratung von Eltern, Schulen und Kindergärten sowie die ärztliche Mitwirkung bei der Erstellung eines Hilfeplans durch das Jugendamt für Kinder und Jugendliche, die längerfristige Hilfe benötigen.</p>
<p>Frühförderstellen/Sozialpädiatrische Zentren in Bayern www.stmas.bayern.de/teilhabe/fruehfoerd www.fruehfoerderung-bayern.de/fruehfoerderstellen www.fruehfoerderung-bayern.de/fruehfoerderstellen/sozialpaediatriische-zentren</p>	<p>Wichtige Ansprechpartner zur rechtzeitigen Erkennung von Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen, von drohenden oder bestehenden Behinderungen. Frühförderung ist ein System von Hilfeangeboten, dessen Aufgaben in der Früherkennung, der Beratung und Begleitung von Eltern, der Frühdiagnostik und der frühen Förderung von in ihrer Entwicklung gefährdeten Kindern im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter bestehen. Dafür steht in Bayern ein flächendeckendes Netz von über 140 Frühförderstellen zur Verfügung. Daneben leisten 14 Sozialpädiatrische Zentren einen wichtigen Beitrag u. a. bei Diagnose und Therapie körperlicher, geistiger oder seelischer Gesundheitsstörungen vom Säuglings- bis ins Jugendalter.</p>
<p>Bayerischer Hebammen Landesverband e. V. www.bhlv.de</p> <p>Projekt MAJA. Hebammen helfen Eltern www.stmas.bayern.de/familie/bildung/maja www.bhlv.de/de/projekt-maja</p>	<p>Informationen zum Angebot der Hebammen und Entbindungspfleger in Bayern sind auf der Internetseite des Bayerischen Hebammenverbandes zu finden.</p> <p>Kursprogramm für eine familienpädagogische und präventive Weiterbildung für alle Hebammen (MAJA – Hebammen helfen Eltern). Entwicklung durch das StMAS zusammen mit dem Bayerischen Hebammen Landesverband e. V. und dem Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb).</p>

Opferentschädigung, –beratung und -unterstützung	
<p>Zentrum Bayern Familie und Soziales www.zbfs.bayern.de/oeg</p>	<p>Für den Vollzug des OEG sind in Bayern in erster Linie die Regionalstellen des Zentrums Bayern Familie und Soziales zuständig. Diese Regionalstellen bieten auch eine Sonderbetreuung durch besonders geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, welche die Opfer von Gewalttaten sowie deren Angehörige umfassend über alle im Einzelfall möglichen Hilfen informieren und beraten. Über einen Anrufbeantworter ist die Sonderbetreuung auch außerhalb der Dienstzeiten erreichbar.</p>
<p>Traumaambulanzen www.zbfs.bayern.de/oeg/oeg-traumaambulanz</p>	<p>Das Zentrum Bayern Familie und Soziales hat für Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalttaten geworden sind, Traumaambulanzen in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken in ganz Bayern eingerichtet (vgl. Leitfaden 2009 ZBFS, www.zbfs.bayern.de/imperia/md/content/blvf/oeg/leitfaden_traumaambulanz.pdf).</p>
<p>WEISSER RING e. V. www.weisser-ring.de</p>	<p>Gemeinnütziger Verein, der Opfern von Straftaten hilft. Er steht Kriminalitätsofern an über 70 Außenstellen in Bayern mit Rat und Tat zur Seite. Die Hilfen werden auch zu einem großen Teil von Vergewaltigungsofern und sexuell missbrauchten Kindern in Anspruch genommen.</p> <p>Über das bundesweite Opfer-Telefon 116 006 kann der WEISSE RING e. V. täglich von 7 bis 22 Uhr erreicht werden.</p>
Polizei Bayern	
<p>Polizeidienststellen Polizeipräsidien www.polizei.bayern.de</p>	<p>Jede Polizeidienststelle ist Tag und Nacht über Notruf 110 erreichbar. Die jeweilige Polizeidienststelle vor Ort ist zu finden unter www.polizei.bayern.de/wir/organisation/dienststellen/index.html/2141.</p>
<p>Beauftragte der Polizei für Frauen und Kinder www.polizei.bayern.de/schuetzenvorbeugen/beratung/frauenundkinder</p>	<p>Die Beauftragten der Polizei für Frauen und Kinder informieren und unterstützen insbesondere Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Opfer von Gewalttaten im sozialen Nahraum.</p>
<p>Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes www.polizei-beratung.de</p>	<p>Zielgruppenspezifische Informationen und Verhaltenstipps der Polizei.</p>
Justiz Bayern	
<p>Ansprechpartner bei den Generalstaatsanwaltschaften www.justiz.bayern.de</p>	<p>Bei den Generalstaatsanwaltschaften für die Bezirke der Oberlandesgerichte München, Nürnberg und Bamberg gibt es jeweils einen Ansprechpartner für Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: www.justiz.bayern.de/ministerium/opfer/ansprechpartner</p>
<p>Sexualwissenschaftliche Ambulanz an der Universität Regensburg www.kein-taeter-werden-bayern.de</p>	<p>Projekt: „Kein Täter werden“. Die Sexualwissenschaftliche Ambulanz an der Universität Regensburg bietet noch nicht straffällig gewordenen Männern mit pädophilen Neigungen eine kostenlose Therapie unter Schweigepflicht an. Dieses Angebot gilt auch für Nutzer von Kinderpornografie, die deswegen therapeutische Hilfe suchen.</p>

Weitere Ansprech- und Beratungsstellen	
Selbsthilfegruppen www.seko-bayern.de	Verzeichnis über die in Bayern vorhandenen Selbsthilfegruppenthemen. In Bayern gibt es derzeit 219 Selbsthilfeorganisationen.
Häusliche Gewalt/ Gewaltschutzgesetz www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie	Spezielle Informationen zum Thema Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt, zum Gewaltschutzgesetz sowie zu Ansprechpartnern in Bayern
Frauennotrufgruppen www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie/notruf	Notrufgruppen sind ambulante Beratungsstellen, die sich auf die Beratung von Frauen und Kindern spezialisiert haben, die Opfer von sexueller oder körperlicher Gewalt geworden sind.
Weitere Angebote, insbesondere Frauenhäuser etc. www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/familie/beratung	Spezielle Beratung für Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind, bieten insbesondere Frauenhäuser und Notrufe.
Frauenhauskoordinierung e. V. www.frauenhauskoordinierung.de	
SOLWODI www.solwodi.de/bayern.0.html	Verein, der Frauen in Notsituationen hilft. Anlaufstelle für ausländische Frauen, die durch Sextourismus, Menschenhandel oder Heiratsvermittlung nach Deutschland gekommen sind. Beratungsstellen in Augsburg, Bad Kissingen, München, Passau
JADWIGA – STOP dem Frauenhandel ökumenische GmbH www.jadwiga-online.de	Die Fachberatungsstelle setzt sich für die Rechte der Opfer von Frauenhandel ein. Sie bietet umfassende Unterstützung und Hilfen für die Betroffenen in Krisensituationen an.
IMMA e. V. – Initiative Münchner Mädchenarbeit www.imma.de	Beratungsstelle für Mädchen und junge Frauen, Zufluchtstelle und Onlineberatung.
AMYNA e. V. – Institut zur Prävention von sexuellem Missbrauch www.amyna.org	Beratungsstelle zur Prävention gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen.
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e. V. (DGfPI) www.dgfpi.de	Zusammenschluss von ca. 800 Fachkräften aus Deutschland und dem angrenzenden Ausland mit dem gemeinsamen Ziel, aktiv für eine Verbesserung des Kinderschutzes einzutreten.
IzKK – Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=53	Bundesweite, interdisziplinäre Informations-, Beratungs- und Vernetzungsstelle zur Unterstützung der primären, sekundären und tertiären Prävention von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Angesiedelt in der Abteilung Familie und Familienpolitik des Deutschen Jugendinstitutes (DJI).

<p>Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) www.fruehehilfen.de</p>	<p>Im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ betreiben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in gemeinsamer Trägerschaft das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Das Zentrum unterstützt die Praxis dabei, familiäre Belastungen früher und effektiver zu erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen.</p>
--	--

Beratungsangebote im Netz und telefonische Anlaufstellen

<p>Virtuelle Beratungsstelle – Erziehungsberatung im Internet der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) www.bke-beratung.de</p>	<p>Das Angebot der Erziehungsberatungsstellen wird ergänzt durch die Erziehungsberatung im Netz in der Trägerschaft der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke). Siehe bereits oben.</p> <p>Kinder- und Jugendberatung sowie Elternberatung: Hier gibt es schnelle Antworten auf brennende Fragen von Eltern sowie Kindern und Jugendlichen per E-Mail, aber auch Chats und Foren zu spezifischen Themen durch die Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen im Internet.</p>
<p>Eltern im Netz www.elternimnetz.de</p>	<p>Elternratgeber im Internet mit unmittelbarer Verbindung zur Beratungsstruktur der Jugendhilfe vor Ort über die Eingabe der Postleitzahl.</p>
<p>„Nummer gegen Kummer“ 0800 111 0333 www.nummergegenkummer.de</p>	<p>Kostenfreies Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und Eltern.</p> <p>Fachlich ausgebildete, ehrenamtliche Erwachsene stehen Kindern und Jugendlichen für ihre Fragen zur Verfügung (Themen z. B. Sexualität, Liebe, Partnerschaft; Computer und Internet, Ernährung etc.).</p>
<p>kids-hotline – Onlineberatung https://kids-hotline.de</p>	<p>Onlineberatung des Kinderschutz e. V. München für junge Menschen bis 21 Jahre.</p>
<p>Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs www.beauftragter-missbrauch.de</p>	<p>Insbesondere: Telefonische Anlaufstelle, für von sexuellem Kindesmissbrauch Betroffene. Organisatorisch ist der Unabhängige Beauftragte beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angesiedelt.</p>

Angebote zur Beratung und zur Information zum Thema Jugendschutz, insbesondere Jugendmedienschutz u. a.

<p>Jugendschutz in Bayern www.jugendschutz.bayern.de</p> <p>Kampagnenseite der Bayerischen Staatsregierung zum Jugendmedienschutz (Was spielt mein Kind?) www.was-spielt-mein-kind.de</p> <p>Gewaltprävention www.stmas.bayern.de/jugend/gewalt</p>	<p>Informationen zu Ansprechpartnern und Angeboten zum Jugendschutz in Bayern sind auf der Internetseite des StMAS zu finden.</p> <p>Bayernweite Internetplattform, auf der Informationen und Angebote rund um die Themen Medien, Mediennutzung und Stärkung der Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen, Eltern, Fachkräften und anderen Multiplikatoren als Navigationsseite gesammelt werden.</p> <p>Informationen zur Gewaltprävention (u. a. Mobbing bzw. Cyber-Mobbing) sowie weiterführende Links zu Angeboten und Ansprechpartnern in Bayern.</p>
---	--

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V.

www.bayern.jugendschutz.de

Die Aktion Jugendschutz, die vom StMAS institutionell gefördert wird, unterstützt als bayernweite Fachinstitution im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz Eltern und Fachkräfte in Fragen zu Medienpädagogik, Gewalt- und Suchtprävention. Neben der Fachzeitschrift *proJugend* gibt sie zahlreiche Arbeitshilfen und Broschüren heraus, unterstützt Fachkräfte durch Fortbildungen und koordiniert landesweite Projekte wie ELTERNTALK.

ELTERNTALK

www.elterntalk.net

ELTERNTALK fördert seit 2002 in Bayern niedrigschwellig und innovativ Eltern- und Erziehungskompetenzen rund um die Themen Fernsehen, Computer- und Konsolenspiele, Handy, Internet und Konsum.



Weitere Ansprechpartner und Angebote sind auf der Internetversion des Leitfadens abrufbar (www.aerzteleitfaden.bayern.de/vt/149.php).

7. Dokumentationshilfen

Im Folgenden sind Vorlagen zu finden, die als Arbeitshilfen in der täglichen Praxis genutzt werden können:

Entbindung von der Schweigepflicht

Beiliegendes Musterexemplar zur „Entbindung von der Schweigepflicht“ gibt Hilfestellung zu Form und Inhalt einer rechtswirksamen Einwilligung. Sie ist mit dem Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt.

Dokumentationsbogen – Misshandlung

Neben dem im Folgenden abgebildeten Dokumentationsbogen kann auf der Homepage des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München oder direkt bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) auch ein „Untersuchungsbogen Forensische Zahnmedizin“ abgerufen werden: www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/ambul_dokubogen_zahn.pdf oder www.kzvb.de/zahnarztpraxis.

Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz – Version für Klein- und Vorschulkinder

Exemplarisch findet sich im Anhang auch ein Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz, der in modifizierter Form in den Dokumentationsbogen des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München integriert wurde.

Perzentilenkurven

Perzentilenkurven sind insbesondere unter folgenden Links abrufbar:
www.stillkinder.de/who_kurven.html
www.wachstum.de/das_normale_wachstum/perzentilen.htm

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name, Vorname des/ der Personensorgeberechtigten)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

als gesetzliche Vertreterin/ gesetzlicher Vertreter von

(Name, Vorname des Kindes bzw. Jugendlichen)

Frau/ Herrn

(Name, Anschrift des Geheimnisträgers)

gegenüber

(Name, Anschrift des Dritten)

von der Schweigepflicht.

Zweck der Datenübermittlung und Umfang der Daten:

Mir ist bekannt, dass ich diese **freiwillige** Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Erklärung beraten.

(Ort, Datum) (Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten)



Dokumentationsbogen - Misshandlung

Name:

geb.:

Untersuchung am:

Uhrzeit:

Untersucher:

In Begleitung von:

Sprachliche Verständigung:

Auftraggeber/Adresse:

(Fremd)-Anamnese:

Vorfallsort:

Vorfalldatum und -zeit:

angegebene/r Täter:

Vorgeschichte:



- **Allgemeiner Zustand (Psyche), z.B. weinerlich, ängstlich, etc.:** _____

- **Verhalten bei Untersuchung:**

<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> ablehnend
<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> altersentsprechend
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> sonstiges:

1. Allgemeine Anamnese:

- Vorerkrankungen: _____

- bekannte vorbestehende Infektionen, z.B. HIV, Hepatitis, etc.: _____

- Medikation: nein wenn ja, welche: _____

- **Pflege-/Ernährungszustand:**
 - adäquat
 - V.a. Vernachlässigung/ungepflegt
 - V.a. Gedeih-/Entwicklungsstörung

- **Körperlicher Befund:**
 - unauffällig
 - siehe Doku-Bogen
 - Körpergröße/-gewicht: _____

2. Gynäkologische Anamnese:

- gynäkologische Erkrankungen: _____

- Erster Tag der letzten Regelblutung: _____
- Klimakterium: _____
- Postmenopausal: _____
- Schwangerschaft: nein unbekannt
 wenn ja, SSW: _____
- Letzter freiwilliger Sexualekontakt: _____
- Verhütung: nein
 wenn ja, mit: _____
- Anzahl der Geburten: _____

3. V.a. Vergewaltigung:

nein

ja

- Art des sexuellen Übergriffs:

Penetration	Ja	Nein	Versucht	Unbekannt	Finger	Penis	Gegenstand
Oral							
Vaginal							
Anal							

- Kondombenutzung: _____
- Ejakulation: _____
- Gleitmittelbenutzung: _____

- Reinigung nach dem Vorfall:

- gewaschen/geduscht? nein ja
- Mund gespült? nein ja
- Urin gelassen? nein ja
- Stuhlgang gehabt? nein ja

• **Spuren am Körper:**

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> durch Küssen, Lecken, Saugen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| | <input type="checkbox"/> wenn ja, wo: | |
| <input type="checkbox"/> durch Beißen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| | <input type="checkbox"/> wenn ja, wo: | |
| <input type="checkbox"/> durch Würgen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| | <input type="checkbox"/> ja | |

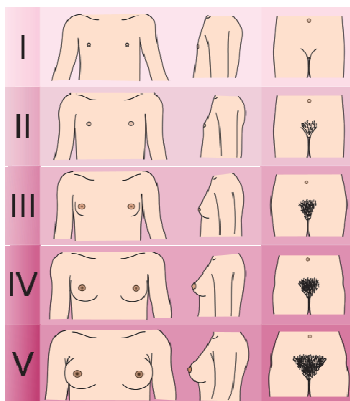
4. Gynäkologische Untersuchung:

• **Untersuchungstechnik:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenlage | <input type="checkbox"/> Separation |
| <input type="checkbox"/> Traktion | |
| <input type="checkbox"/> Knie-Ellenbogen-Position | <input type="checkbox"/> Gynäkologischer Stuhl |

• **Genitalentwicklung:**

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Achselbehaarung: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schambehaarung: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruststadium nach Tanner: | _____ |



• **Genitaler Befund:**

1. Labien: _____
2. Scheidenbereich: _____
3. Hymen: _____
4. Klitoris: _____
5. Dammbereich: _____

- **Reifungsperiode (zum Untersuchungszeitpunkt):**

- Hormonelle Ruheperiode
- Präpubertäre Phase
- Pubertäre Phase

- **Hymenalkonfiguration:**

- annulär
- semilunär
- anders:

- **Analbefund:**

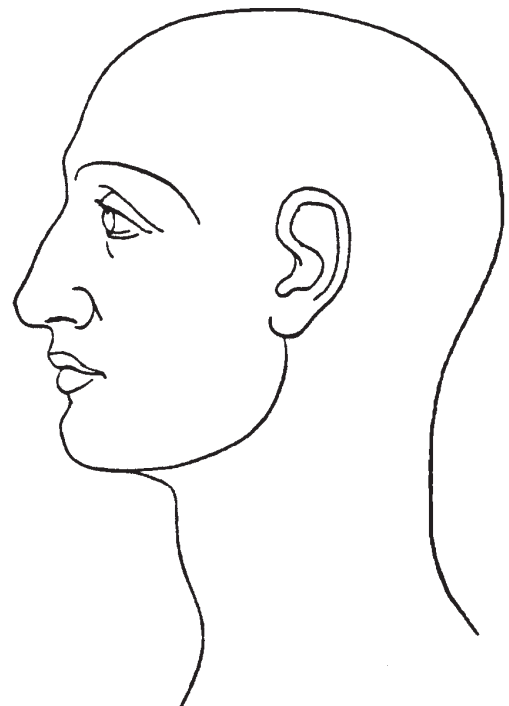
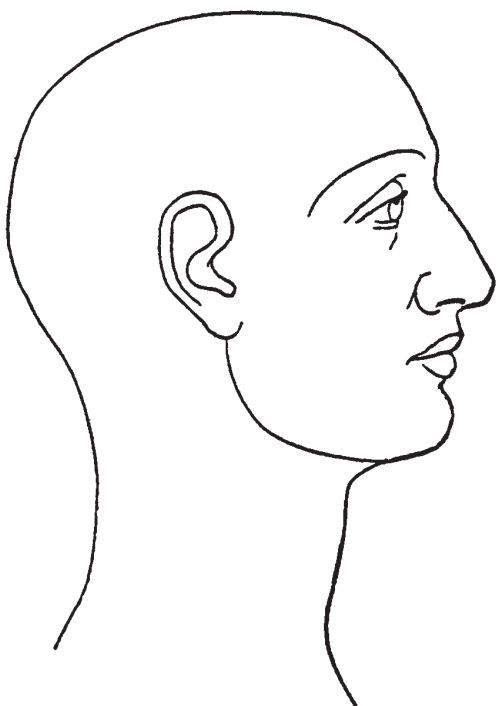
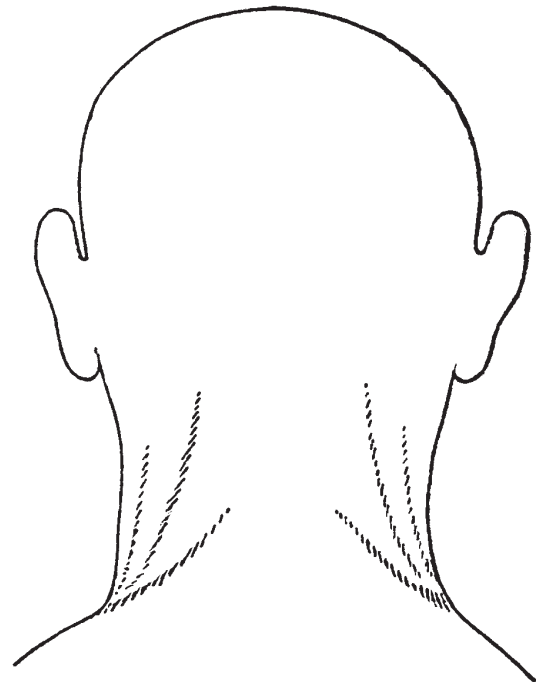
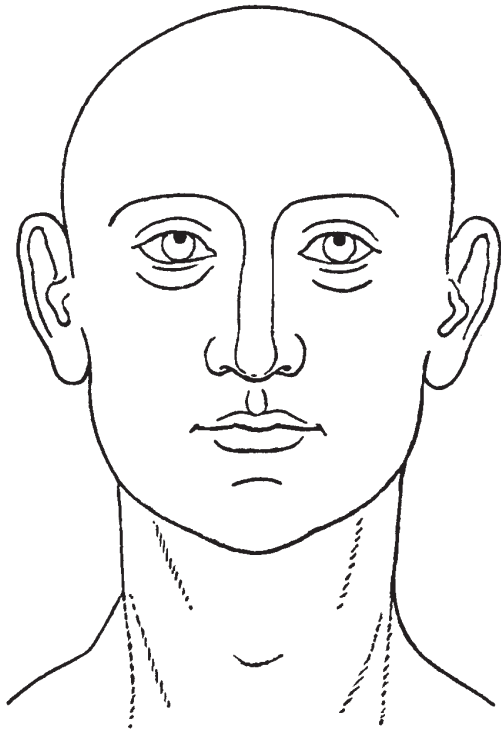
- Dilatation Fissuren
- Normal sonstiges:

- **Verhalten bei der Untersuchung (Schmerzen, Verkrampfung, etc.):** _____

Name:

geboren:

Datum:

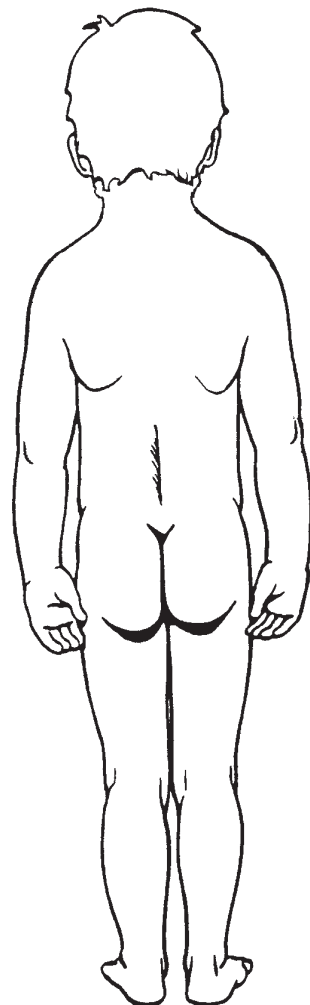
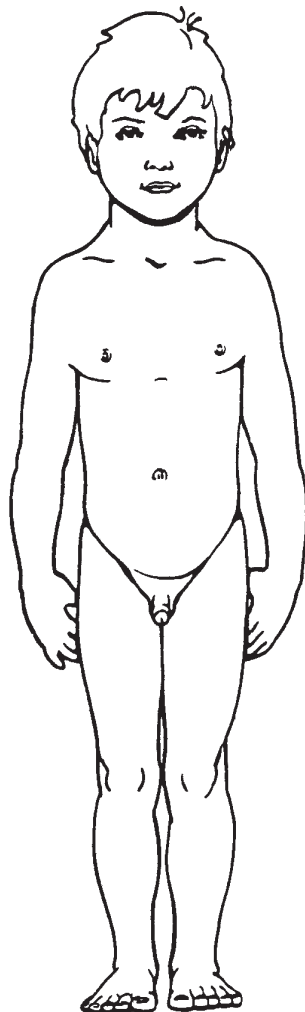




Name:

geboren:

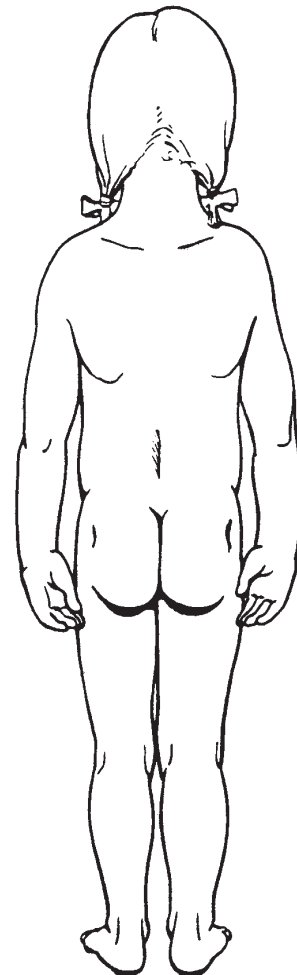
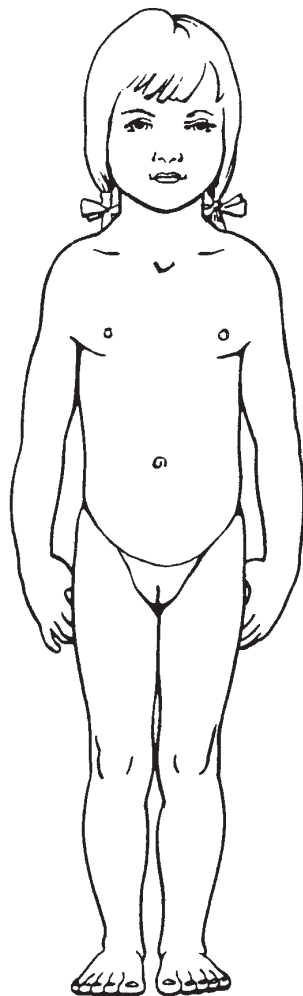
Datum:



Name:

geboren:

Datum:



Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz

Version für Klein- und Vorschulkinder

Erhoben von : _____

am: _____

A. Angaben zur Familie:

Geschlecht des Kindes: männlich weiblich

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Kind lebt bei:

Kind wird zudem betreut von: _____

Leben im Haushalt Geschwister? ja nein wenn ja, wie viele? _____

B. Belastungen in der Familie:

NEIN JA Soziale Belastungen in der Lebenssituation der Familie:

- Mutter \leq 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt
- mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter \leq 20
- Alleinerziehend
- Bezugsperson erlebt aktuell eine krisenhafte Trennung
- Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der aktuellen Partnerschaft
- Bekannte psychische Erkrankung der Mutter oder des Partners/ psychiatrische Vorbehandlung
- Nikotinkonsum \geq 20 Zigaretten / Tag
- Hinweise auf Alkoholprobleme/ Drogenkonsum bei Mutter oder Partner
- Finanzielle Notlage
- Soziale/ Sprachliche Isolation (im Alltag keine Kontaktperson verfügbar, bekommt keinen Besuch)
- Sonstige: _____

NEIN JA Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen:

- Schwieriges Verhalten in Vergleich zu Gleichaltrigen
- Diagnostizierte Verhaltensauffälligkeiten (z.B. ADS/ADHS)
- Deutliche Entwicklungsverzögerung
- Körperliche/geistige Behinderung
- Chronische Erkrankung
- Sonstige: _____

NEIN JA Beobachtbare Schwierigkeiten bezüglich des Fürsorgeverhaltens von Mutter/Vater gegenüber dem Kind:

- Wirkt am Kind desinteressiert
- Wenig Interesse an Förderung des Kindes
- Macht ablehnende Äußerungen
- Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
- Reagiert nicht oder mit Überforderung auf Signale des Kindes
- Nimmt Unterstützungsangebote trotz erkennbarer Auffälligkeiten des Kindes
- Das Kind fehlt häufig (unentschuldigt)/ es wird nicht regelmäßig gebracht
- Sonstige: _____

C. Einschätzung:

Liegt Ihrer Meinung nach eine Kindswohlgefährdung vor?

Nein Ja

Wie sicher fühlen Sie sich in der Einschätzung, ob derzeit eine Kindswohlgefährdung vorliegt?

sehr unsicher unsicher eher unsicher sicher sehr sicher

Wie hoch schätzen Sie das momentane Risiko für das Kind ein?

sehr niedrig niedrig eher hoch hoch sehr hoch

Haben Sie vor, bezüglich Ihrer hier angekreuzten Wahrnehmungen ein Gespräch mit den Eltern zu führen?

- Es hat bereits ein Gespräch stattgefunden
- Ein Gespräch ist in konkreter Planung
- Ich brauche vorher noch mehr Informationen
- Ein Elterngespräch zu diesem Thema ist nicht nötig

Haben Sie vor, in diesem Fall ein Gespräch mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft (§ 8a SGB VIII) zu führen?

Ja Ich brauche vorher noch mehr Informationen Nein

Quellenangabe:

Modifiziert nach: Künster, Thurn, Fischer, Wucher, Kindler, Ziegenhain: Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz, Version für Klein- und Vorschulkinder, Stand 09.12.2011

Meysen, Schönecker, Kindler (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe

Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, Hofer, König, Fegert (2010): Modellprojekt guter Start ins Kinderleben- Werkbuch Vernetzung

www.aerzteleitfaden.bayern.de



Aufbruch Bayern. Für Ihre Zukunft.
Im Mittelpunkt unserer Politik stehen die Menschen in Bayern.
Wir stärken die Familien. Wir sorgen für beste Bildung. Wir setzen auf Innovation.
Für Arbeitsplätze von morgen. Für eine erfolgreiche und lebenswerte Heimat.
Für beste Chancen überall in Bayern. www.aufbruch.bayern.de



Wollen Sie mehr über die Arbeit der Bayerischen Staatsregierung erfahren?
BAYERN DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Telefon 089 12 22 20 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de
erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen
Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen
Stellen und Ansprechpartner bei der Bayerischen Staatsregierung.



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Winzererstr. 9, 80797 München
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@stmas.bayern.de
www.zukunftsministerium.bayern.de
Gestaltung: Coach Communication GmbH
Bildnachweis: Herbert Koch, Andreas Bohnenstengel, Radius Images/Corbis
Druck: Druckerei Schmerbeck, Tiefenbach
Gedruckt auf umweltzertifiziertem Papier
Stand: März 2012
Artikelnummer: 10010402

Bürgerbüro: Tel. 089 1261-1660, Fax 089 1261-1470
Mo. bis Fr. 9.30 bis 11.30 Uhr, Mo. bis Do. von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr
E-Mail: buergerbuero@stmas.bayern.de