



BRANDENBURGER LEITFADEN

FRÜHERKENNUNG VON GEWALT GEGEN KINDER UND JUGENDLICHE

Erkennen
Fallmanagement
Interdisziplinäre Hilfesysteme

8. Auflage 2021

IMPRESSUM

FRÜHERKENNUNG VON GEWALT GEGEN KINDER UND JUGENDLICHE

BRANDENBURGER LEITFADEN

Erkennung, Fallmanagement, Interdisziplinäre Hilfesysteme

8. Auflage 2021

Herausgeber : Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) – Landesverband Brandenburg und
Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH

Unterstützt durch: Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention im Bündnis Gesund Aufwachsen,
Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH,
Landespräventionsrat Brandenburg

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

Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH

Doreen Winter, Ministerium des Innern und für Kommunales des Landes Brandenburg,
Referat 45 – Kriminalitätsangelegenheiten

Ike Borg, Paragraph 13 e. V. Potsdam

Steffen Müller, Landessportbund Brandenburg

Hendrik Karpinski, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Niederlausitz GmbH

Andrea Hardeling, Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Gestaltung: Werbestudio Zum Weissen Roessl

Fotos: ASIFE, Armin Staudt, cliersch, complize, coscaron, Weigand, were – Photocase.com
ahmad safarudin – stock.adobe.com

Druck: bürokom Hennigsdorf

© 2021 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., LV Brandenburg, Dipl.-Med. Detlef Reichel und Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH, Dipl.-Päd. Hans Leitner

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrte Leser,

die meisten Kinder und Jugendliche wachsen im Land Brandenburg behütet und beschützt auf. Sie erleben ein ihnen zugewandtes Elternhaus, welches ihnen die notwendigen Grundlagen bietet, um zu selbstständigen und verantwortungsbewussten Persönlichkeiten heranzuwachsen. Das ist sehr erfreulich. Es kommt aber auch zu Situationen, in denen Kinder und Jugendliche Formen von Vernachlässigung und Gewalt sowie existentiellen Ängsten und Sorgen ausgesetzt sind und der Hilfe und Unterstützung bedürfen.

Wir wissen, dass wir nicht mit letzter Sicherheit solche Taten vermeiden können, da eine lückenlose Kontrolle und Überwachung innerhalb familiärer und institutioneller Systeme sowie der Lebensumwelt von Kinder und Jugendlichen zurecht ausgeschlossen ist.



Im Jahr 2019 leiteten nach Auskunft der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik die kommunalen Jugendämter im Land Brandenburg 6.859 Verfahren zur Einschätzung des Kindeswohls ein. In etwa einem Drittel dieser Meldungen lag im Ergebnis der Prüfung durch die Jugendämter eine Kindeswohlgefährdung vor. Hauptmelder von Anzeichen einer möglichen Kindeswohlgefährdung waren die Polizei, Gerichte und Staatsanwaltschaften, Mitteilungen von Personen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen sowie Meldungen von Schulen.

Fachkräfte, die im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, begegnen in ihrem Alltag immer wieder Situationen, in denen sie sich zunächst um die ihnen anvertrauten Kinder sorgen und sich die Frage stellt, ob eine mögliche Gefährdung des Kindes vorliegt oder nicht. Darauf schließen sich Fragen an, wie und mit welchen Möglichkeiten dem betreffenden Kind geholfen und eine mögliche Gefährdung abgewendet werden kann. Zur Klärung und Beantwortung wird fachliches Wissen und Handlungskompetenz benötigt. Das Vorliegen von Leitlinien und Verfahrensstandards im Kinderschutz sowie Empfehlungen zur Gefährdungseinschätzung unterstützen diese schwierige und herausfordernde Arbeit. Insbesondere dann, wenn eigene Handlungsmöglichkeiten oder Verantwortungsbereiche zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen erschöpft sind bzw. die Fachkraft an eigene Grenzen stößt, ist das Zusammenwirken der Professionen und Fachbereiche zwingend erforderlich. Hierfür bedarf es eines klaren Rollen- und Aufgabenverständnisses, Kenntnis über rechtliche Grundlagen und Wissen über interdisziplinäre Unterstützungs- und Hilfesysteme.

Der Brandenburger Leitfaden zur „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ sensibilisiert und informiert die Fachkräfte zum Themenkomplex des Kinderschutzes und zeigt auf, wie ein verantwortungsvoller Informationsaustausch mit dem Ziel, eine Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen und einen wirksamen Schutz zu gewährleisten, umgesetzt werden kann. Durch eine gemeinsame Fallkenntnis können Zugangswege zu Familien eruiert und zeitnah Hilfen eingesetzt werden.

Für eine gelingende Zusammenarbeit zum Wohl der Kinder und Jugendlichen ist es unabdinglich, dass wir wachsam bleiben, genau hinschauen und mit Kindern, Jugendlichen, ihren Familien sowie mit allen beteiligten Akteuren im Kinderschutz im Kontakt bleiben. Der Kommunikation und Kooperation zwischen den wichtigsten Professionen im Kinderschutz, der Jugendhilfe, der Bildungs- und Gesundheitsbereiche sowie der Polizei und Justiz kommt dabei eine wesentliche Rolle zu und soll mit der Herausgabe dieses Leitfadens in der täglichen Praxis weiter gestärkt werden.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen der Lektüre hilfreiche Erkenntnisse für Ihre Praxis und Anregungen für einen guten Austausch mit allen beteiligten Akteuren.



A handwritten signature in black ink that reads 'Britta Ernst'.

Britta Ernst
Jugendministerin im Land Brandenburg

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

beim Thema Kinderschutz darf niemand wegschauen. Häusliche Gewalt und deren Prävention geht alle an! Gewalthandlungen reichen von Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Misshandlung bis zu seelischen Verletzungen. Sie frühzeitig zu erkennen, ist eine Herausforderung.

Dieser Leitfaden gibt allen Fachkräften, die Kinder und Jugendliche betreuen, versorgen oder behandeln, eine leitliniengestützte Orientierung und praktische Informationen an die Hand, um frühzeitig Gewalthandlungen gegen Kinder zu erkennen und den Familien über ein Netzwerk von Akteuren Hilfe anzubieten.

Der Brandenburger Leitfaden informiert umfassend über epidemiologische Erkenntnisse, die Früherkennung von Symptomen bei Vernachlässigung oder nach Gewalt und stellt Informationen zu präventiven und frühen Hilfen für Familien zur Verfügung.

Bereits 2003 wurde der Leitfaden *von* Fachkräften *für* Fachkräfte entwickelt und seitdem kontinuierlich überarbeitet und erweitert. Inzwischen gilt er in Brandenburg als Standardwerk – nun schon in der 7. Auflage.

Die vorliegende Aktualisierung enthält neue Informationen zum Kinderschutz im Sport, in der Schulsozialarbeit, in der Kinder- und Rechtsmedizin und zum Zusammenhang von Kinderschutz und Sucht. Weiterhin wurden die Inhalte der S3-Kinderschutzleitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik“ einbezogen und können somit an die Fachkräfte weitergereicht werden.

Den Leitfaden kontinuierlich zu aktualisieren, ist auch eine Aufgabe der Arbeitsgruppe Unfall- und Gewaltprävention im Bündnis Gesund Aufwachsen im Land Brandenburg (BGA). In diese Arbeitsgruppe bringen Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen wie Kinderschutz, frühe Hilfen, Unfallprävention und medizinische Versorgung gemeinsam ihre Erfahrungen und Expertise ein.

Von Anfang an hat das Gesundheitsministerium diese Arbeit mitgetragen. Die Zusammenarbeit mit den Ministerien für Inneres und für Kommunales (MIK) und für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) sowie mit der Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg ist seit vielen Jahren gute Praxis.

Um Kinder und Jugendliche wirkungsvoll vor Gewalt und ihren Folgen zu schützen, braucht es das Engagement aller! Der Leitfaden soll eine handlungspraktische Anleitung sein, innerhalb des bestehenden Hilfesystems sachgerecht und professionell zu unterstützen und zeitnah zu intervenieren.

Ich freue mich, wenn der vorliegende Leitfaden Ihnen in ihrer anspruchsvollen alltäglichen Arbeit zum Wohle der Kinder und Jugendlichen behilflich ist. Mein Dank gilt allen, die bei der Erarbeitung des Leitfadens mitgewirkt haben.



Ursula Nonnemacher
Ministerin für Soziales, Gesundheit,
Integration und Verbraucherschutz

Sehr geehrte Damen und Herren,

Kinder und Jugendliche haben den verfassungsmäßigen Anspruch auf Schutz vor Vernachlässigung und Gewalt. Diesen Schutzauftrag setzt der Staat über unterschiedliche Maßnahmen und Instanzen um. Die Ziele aller staatlichen Bemühungen sind dabei Vorbeugung, Verhinderung, Aufdeckung und Unterstützung. Die Mechanismen der unterschiedlichen, mit Kinderschutz befassten, staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen greifen jeweils an verschiedenen Stellen ein bzw. gehen ineinander über.

Als Vorsitzender des Landespräventionsrates Brandenburg stehe ich einem ressortübergreifenden Gremium vor, dessen fach- und professionsübergreifende Arbeit interdisziplinären Austausch fördert und unterstützt. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Kinder und Jugendliche vor Gewalt, Missbrauch und Verwahrlosung zu schützen.



Neben den hier zentral verantwortlichen Institutionen übernimmt die Polizei eine entscheidende Rolle in diesem Bereich. Unser Polizeigesetz beginnt mit den Worten: „Die Polizei hat die Aufgabe, Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung abzuwehren“. Im Rahmen dieser Aufgabe sorgt sie für die Prävention und Verfolgung von Straftaten und trifft die erforderlichen Vorbereitungen, um im Ernstfall effektiv leisten zu können. Da Kinder sich nicht oder nicht ausreichend selbst schützen können, stehen sie als besonders Schutzbedürftige im Fokus der Behörden. Unter Umständen müssen vernachlässigte oder misshandelte Kinder und Jugendliche bis ins Erwachsenenalter und darüber hinaus die traumatischen Erlebnisse ihrer Kindheit bewältigen. Umso wichtiger ist es daher, alle Maßnahmen der Gefahrenabwehr, aber auch der Strafverfolgung effizient zu nutzen.

Gerade im Zusammenhang mit dem Kindeswohl kommen der Polizei vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten zu: Im Rahmen von Streifen- oder Ermittlungstätigkeiten haben die Beamten Zugang zu Betroffenen und können auf unmittelbare Weise direkt vor Ort Hilfe leisten. Maßgebliche Bedeutung kommt dabei dem polizeilichen Opferschutz zu. Als Innenminister betrachte ich es als eine essentielle Daueraufgabe, den Gedanken des Opferschutzes in die verschiedenen polizeilichen Organisationseinheiten zu transportieren und dort fest zu verankern. Das polizeiliche Opferschutzkonzept enthält daher neben Präventions- und Interventionsstrategien auch Verhaltensempfehlungen für einen angemessenen und einfühlsamen Umgang mit Opfern im Kindes- und Jugendalter. Parallel dazu bilden spezialisierte Opferschutzbeauftragte, die Hilfesuchende und Polizeibedienstete beraten und unterstützen, eine weitere, elementare Säule polizeilichen Opferschutzes. Diese Opferschutzbeauftragten sind es auch, die Kontakte zu Opferschutzeinrichtungen herstellen, um unbedingt notwendige Kooperationen zu initiieren.

Der vorliegende Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erhöht die Aufmerksamkeit für das weitreichende Thema Kinderschutz. Er bietet durch seine differenzierte und umfassende Darstellung eine stabile Basis für angemessenes Handeln, das am Wohl der Kinder und Jugendlichen orientiert ist. So leistet er auch einen effektiven Beitrag, frühzeitig Gewalthandlungen gegen Kinder zu erkennen, aufzuklären und – aus der Perspektive der Prävention ist dies besonders hervorzuheben – weiteres Leid zu verhindern.

Wir sind im Land Brandenburg mit unserem Koalitionsvertrag die gemeinsame Verpflichtung eingegangen, den Kinderschutz in unserem Land zu verbessern. Dies gelingt dann besonders gut, wenn verschiedene Akteure zusammenarbeiten und das Netzwerk aus Prävention, Intervention und Hilfen weiter gestärkt wird. Der vorliegende Leitfaden ist ein gelungenes Beispiel einer ressort-, fach- und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und Akteure, die im Land Brandenburg mit der Kindes- und Jugendfürsorge betraut sind.

Dem Brandenburger Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche wünsche ich deshalb eine möglichst breite Leserschaft. Und dieser Leserschaft wünsche ich, dass sie ihren Nutzen aus den beschriebenen Methoden, Strategien und Verhaltenskodizes ziehen kann. Denn es muss die oberste Priorität staatlicher Institutionen sein, denjenigen zu helfen, die sich nicht selbst helfen können.

INHALT

ZIELE DES LEITFADENS	9
1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?	11
1.1 Körperliche Gewalt	12
1.2 Seelische Gewalt	12
1.3 Vernachlässigung	14
1.4 Sexualisierte Gewalt	15
1.5. Häusliche Gewalt	15
2. Epidemiologie	18
2.1 Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder	18
2.2 Belastungs- und Schutzfaktoren	24
3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die berufliche Praxis	27
3.1 Bundeskinderschutzgesetz	27
3.2 Ärztliche Schweigepflicht	28
3.3 Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung	29
4. Diagnostik und Befunderhebung	31
4.1 Empfehlungen zur ärztlichen Diagnostik	31
4.2 Körperlicher Befund	31
4.2.1 Anamnese	31
4.2.2 Untersuchung	32
4.3 Folgen sexualisierter Gewalt	36
4.4 Psychischer Befund	37
4.5 Beurteilung der familiären Situation	38

5.	Fallmanagement im Rahmen des Kinderschutzes	40
5.1	Allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung	40
5.2	Fallmanagement in der Betreuung von Müttern und Familien durch Hebammen	41
5.3	Fallmanagement in der Kinder- und Jugendarztpraxis	44
5.4	Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik	52
5.5	Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	61
5.6	Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst	68
5.7	Fallmanagement in den Frühförder- und Beratungsstellen	73
5.8	Fallmanagement an der Schnittstelle Kindermedizin und Rechtsmedizin	76
5.9	Exkurse zum Kinderschutz	79
5.9.1	Fallmanagement in der Kita	79
5.9.2	Fallmanagement in der Schule	83
5.9.3	Fallmanagement in der Sozialarbeit an Schule	89
5.9.4	Fallmanagement im Sport	95
5.9.5	Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes im Kinderschutz	98
5.9.6	Aufgaben der Polizei beim Kinderschutz	101
6	Interdisziplinäre Hilfesysteme	104
6.1	Netzwerkarbeit	104
6.1.1	Netzwerke Kinderschutz	104
6.1.2	Netzwerke Frühe Hilfen	107
6.1.3	Netzwerk Gesunde Kinder (NGK)	109
6.2	Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes	110
6.3	Frauenhäuser – ambulante Beratung für Frauen mit Gewalterfahrung	111
6.4	Suchtberatung	112
	Schlagwortverzeichnis: Beratungs-, Hilfs- und Schutzangebote	114
	Literatur	116

Anhang 121

- Anlage 1:** AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) des Kinderschutzleitlinienbüros
- Anlage 2:** Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht § 203 StGB – Verletzung von Privatgeheimnissen
- Anlage 3:** Dokumentation 1: Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung
- Anlage 4:** Dokumentation 2: Verdacht auf sexualisierte Gewalt
- Anlage 5:** Checkliste Kindeswohlgefährdung für Berufsheimnisträger gemäß § 4 KKG



Ziele des Leitfadens

Die vorliegende 7. Auflage des Leitfadens stellt eine handlungspraktische Anleitung dar. Er bietet nicht nur allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die Kinder und Jugendliche versorgen, betreuen oder ärztlich behandeln, eine Orientierungshilfe, um Anzeichen von Vernachlässigung oder körperlicher, seelischer oder sexualisierter Gewalt frühzeitig zu erkennen und innerhalb eines bestehenden Hilfesystems sachgerecht und professionell zu intervenieren.

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

Der Leitfaden bezieht die Aufgaben und Verfahren der Jugendhilfe, insbesondere die Bereiche Jugendamt, Kita und Sozialarbeit an Schule, sowie der Schule selbst und der Polizei im Kinderschutz mit ein. Wichtig ist dabei im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes, dass die verschiedenen Akteure in den Netzwerken Frühe Hilfen zusammenarbeiten und Ansprechpartner*innen bekannt sind. In den Landkreisen und kreisfreien Städten sind daher miteinander kommunizierende Hilfesysteme Voraussetzung für einen nachhaltigen Kinderschutz.

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

Anliegen des vorliegenden Leitfadens ist auch, die Fachkräfte bei dem Aufbau interdisziplinärer Hilfesysteme für den Kinderschutz zu unterstützen. Der Nutzer des Leitfadens kann sich hier informieren, wer mit welchen Kompetenzen und Befugnissen welche Leistungen zur Früherkennung und zur frühzeitigen Hilfe bei Vernachlässigung, Gewalt und sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erbringt. Erläutert und durch Fallbeispiele illustriert, werden die Vorgehensweisen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Hebammen, der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, der Kinder- und Jugendkliniken, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und Zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter sowie der Frühförder- und Beratungsstellen.

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

Mit der Vorlage des Leitfadens wollen wir einen Beitrag zur Sicherung des Wohles aller betroffenen Kinder und Jugendlichen leisten.

Handlungspraktische
Anleitung

Multiprofessionelle
Zielsetzung

Hilfestellung bei der
Kooperation



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

Die Ängste eines Kindes

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

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

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

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

Wiebke Kollenrott

Klasse 9b der Realschule Hoher Weg
Goslar, September 1995

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

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

Gewalt gegen Kinder war lange Zeit legitim

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

Gewalt umfasst körperliche, psychische und seelische Schädigung

- **Körperliche Gewalt** (s. Abschnitt 1.1)
- **Seelische Gewalt** (s. Abschnitt 1.2)
- **Vernachlässigung** (s. Abschnitt 1.3)
- **Sexualisierte Gewalt** (s. Abschnitt 1.4)
- **Häusliche Gewalt** (s. Abschnitt 1.5)

Nicht selten treten mehrere Formen der Gewalt gleichzeitig auf.

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

Kindesmisshandlung ist Folge fehlgeleiteter Familiendynamik

1.1 Körperliche Gewalt

Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

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

Kleine Kinder sind besonders gefährdet

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

Recht auf gewaltfreie Erziehung

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

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



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



1.2 Seelische Gewalt

Die Vertrauensbeziehung von Kind zu Eltern wird gestört

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

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

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

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

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

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

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

Das Kind
erlebt Ablehnung

Überzogene oder
inkonsequente
Bestrafungen

Instrumentalisierung in
Beziehungskonflikten



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

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



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



1.3 Vernachlässigung

Körperliche, erzieherische und emotionale Vernachlässigung

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

Mangelndes Wissen oder Einsicht der Eltern

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

Vernachlässigung durch mangelnde Bindung im Kleinkindalter

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

Vernachlässigung in Abhängigkeit vom Alter des Kindes

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

1.4 Sexualisierte Gewalt

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

Während körperliche oder seelische Gewalt gegen Kinder häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt wird, ist die sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern in der Regel ein planvolles, oft über Jahre andauerndes Verhalten, das sich in seiner Intensität allmählich steigert. Die Täter*innen benutzen ihre Macht als Ältere oder ihre Autorität innerhalb eines Abhängigkeitsverhältnisses (als Vater, Lehrer*in, o.Ä.). Sie üben emotionalen Druck aus, missbrauchen die Loyalität eines Kindes und machen sich das Opfer durch Bestechung mit Geschenken, durch Versprechungen, Erpressungen oder auch mit körperlicher Gewalt gefügig. Viele der erwachsenen Täter und Täterinnen verpflichten oder erpressen die Kinder zum Schweigen über die Gewalt.

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

1.5 Häusliche Gewalt

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

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

Die Schläge, Diskriminierungen und Beleidigungen lösen nicht nur beim Opfer, sondern auch bei dessen Kindern, die dies miterleben, Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wertlosigkeit aus. Viele misshandelte Frauen wagen nicht, sich gegen diese Gewalt zu stellen. Im Gegenteil, sie fühlen sich subjektiv schuldig und übernehmen die Verantwortung für das, was geschehen ist. Zumeist bagatellisieren sie die erlittene Gewalt.

Sexualisierte Gewalt erfolgt unter Ausnutzung von Abhängigkeit

Geplantes Verhalten

Formen sexueller Gewalt

Oftmals Bagatellisierung durch die Opfer

Auch der Schritt, den Partner oder die Partnerin zu verlassen, kann für diese Frauen ungewiss und Angst einflößend sein. Wollen sie sich trennen, riskieren sie weitere, meist noch schlimmere Gewaltausbrüche. Die Männer können damit drohen, sie umzubringen, sich selbst oder die ganze Familie zu töten.

Zunehmende Furcht der Kinder vor Täter*innen

Das Miterleben von Gewalt wirkt auf Kinder einschüchternd, beängstigend und beschämend. Sie verlieren nach und nach das Vertrauen zur Mutter und erfahren, dass diese sich selbst und ihre Kinder nicht ausreichend beschützen kann. Manche Kinder versuchen sogar ihre Mutter zu schützen. Die Furcht vor der gewalttätigen Allmacht des Täters oder der Täterin steigt zunehmend. Die Kinder reagieren oft mit Einschränkung ihrer sozialen Kontakte bis hin zur völligen Isolierung. Dazu können gesundheitliche Beeinträchtigungen und Entwicklungsauffälligkeiten kommen. Die Kinder zeigen häufig Verhaltensauffälligkeiten in Form von aggressivem, selbst- und fremdverletzendem Verhalten oder reagieren eher introvertiert mit Rückzug, depressiven Störungen, Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, Schreckhaftigkeit bis zur Suizidalität.

Familie prägt Sozialverhalten von Kindern und Jugendlichen

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

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

Fallbeispiel: häusliche Gewalt – Perspektive eines Kindes

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

Studie zu Femizid

Der Schritt den Partner zu verlassen mag ungewiss und vielleicht auch Angst einflößend sein. Gibt eine Frau z. B. ihrem Partner Anlass zu der Vermutung, sie wolle ihn verlassen, riskiert sie einen weiteren, meist noch schlimmeren Gewaltausbruch. Der Mann kann damit drohen, sie umzubringen, sich selbst oder die ganze Familie zu töten. Diese Drohungen sind für Kinder sehr realistisch und unerträglich. Eine Studie aus dem Jahr

2004 „Femizid – Tötungsdelikte an Frauen in Partnerschaften“ – Besonderheiten der Gewalteskalation“ belegt auch die Gefahr von Drittmorden nach einer Trennung. Davon war von den in der Familie lebenden Kindern jedes vierte Kind von einem Drittmord betroffen.



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

Landesregierung Brandenburg²

Unterstützung von
misshandelten Frauen
wichtig für Kinderschutz

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



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

2. Epidemiologie

2.1 Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder

Datenlage

Datenlage lückenhaft

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

amtliche DRG-Statistik

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

polizeiliche Kriminalstatistik

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) gibt nur Auskunft über das Ausmaß der Gewalthandlungen, die polizeilich als strafbares Verhalten registriert wurden (sog. „Hellfeld“). Nach Auswertung der Langzeitentwicklung (2010 – 2019) der PKS im Land Brandenburg werden jährlich ungefähr 200 Kinder misshandelt, 485 Kinder und 65 Jugendliche sexuell missbraucht sowie 200 Fälle von Kinderpornographie (Verbreitung, Erwerb, Besitz, Herstellung kinderpornographischer Schriften) registriert. Da ein Großteil der Gewaltdelikte, wenn sie innerhalb der Familie geschehen, niemals zur Anzeige gelangen, reicht die Polizeiliche Kriminalstatistik allein nicht aus, um das Ausmaß der (u. a. sexuellen) Gewalt gegen Kinder und Jugendlichen darstellen zu können.

empirische Sozialforschung

Die empirische Sozialforschung gewinnt Erkenntnisse einerseits durch qualitative Befragungen von Opfern, Täter*innen und/oder Zeug*innen, andererseits durch bevölkerungsbezogene repräsentative Befragungen, beispielsweise von Kindern und Jugendlichen zu ihren Gewalterfahrungen (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, Children's Worlds+). Sie gibt damit Aufschluss über Gewalthandlungen, die nicht polizeilich erfasst werden (sog. „Dunkelfeld“).

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

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

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

Gewaltbedingte Todesfälle kommen am häufigsten bei Säuglingen vor. Im Zeitraum zwischen 2010 und 2018 lag der Anteil tätlicher Angriffe an allen äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität als Todesursache in Deutschland im Durchschnitt bei 32 % mit Schwankungen von 22 % (2016) bis 42 % (2013). Jungen sind dabei mit 37 % im Durchschnitt häufiger betroffen als Mädchen mit 26 %. Die zeitliche Entwicklung zeigt insgesamt einen Rückgang dieses Anteils, wenn auch weiterhin auf hohem Niveau. In den Altersgruppen 1-14 Jahre und 15-19 Jahre lag dieser Anteil im Durchschnitt bei 9,7 % und 2,9 %; hier waren die Anteile bei den Mädchen im Durchschnitt höher mit 12 % und 5,4 % im Vergleich zu 8,4 % und 2,0 % bei den Jungen.

In Brandenburg sind die entsprechenden Fallzahlen sehr gering und unterliegen dadurch starken Schwankungen über die Jahre; eine valide Aussage zur Situation in Brandenburg lassen die Daten demnach nicht zu.

Bezogen auf die amtliche DRG-Statistik für Deutschland (DESTATIS 2019), welche die vollstationären Patienten in Krankenhäusern beschreibt, lag der Anteil der wegen eines „Missbrauchs“ verletzten und stationär behandelten Säuglinge in den Jahren 2015 bis 2019 im Durchschnitt bei 31 %. Dies stellt ein Drittel aller Fälle der unter 18-Jährigen Kinder und Jugendliche dar. Im Jahr 2019 lag der Anteil bei 31 % bezogen auf insgesamt 977 Missbrauchsfälle der unter 18-Jährigen. Für die 1-14-Jährigen lag dieser Anteil bei 58 % und für 15-17-Jährige bei 11 %. Bei den Säuglingen und 1-14-Jährigen waren die Jungen häufiger betroffen als Mädchen mit 10 % und 5 % höheren Anteilen, wohingegen die Mädchen im Alter von 15-17 Jahren um über 10 % stärker betroffen waren als Jungen.

In Brandenburg lag der Anteil der Missbrauchsfälle bei Säuglingen in den Jahren 2015-2019 im Durchschnitt bei 29 %. Auch hier betrifft ein Drittel der Missbrauchsfälle der unter 18-Jährigen Kinder und Jugendliche die Gruppe der Säuglinge. Für das Jahr 2019 wurden laut DRG-Statistik insgesamt 40 Missbrauchsfälle bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren berichtet. Der geschlechtsspezifische Anteil lag im Jahr 2019 für Jungen im Altersbereich von Säuglingen und Kindern unter 15 Jahren höher als für Mädchen, wohingegen der Anteil von Missbrauchsfällen bei Mädchen im Alter von 15-17 Jahren deutlich über dem Anteil von Jungen lag – wie es für Deutschland ebenfalls beobachtet wurde.

Die Erhebung von krankenhausbearbeiteten Daten zu Verletzungen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen wird in Brandenburg über das europäische Projekt Injury Data Base (IDB) realisiert. Im Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus werden alle verletzten Patienten, die in der Notfallambulanz oder stationär behandelt werden, nach dem Verletzungshergang differenziert erfasst und anonymisiert über das LAVG ausgewertet. In den Jahren 2016 und 2017 hat zusätzlich auch das Ernst-von-Bergmann Klinikum in Potsdam Daten erhoben.

Die Spitze des Eisberges

Gewaltbedingte Todesfälle kommen am häufigsten bei Säuglingen vor

Die im Krankenhaus behandelten „Missbrauchsfälle“ betreffen insbesondere Säuglinge

Krankenhausbezogene Erfassung von Gewalthandlungen

Jungen werden häufiger durch Gewalttaten verletzt

Im Zeitraum 2015 bis 2019 wurden 5.546 Verletzungsfälle bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren erfasst; 4.166 in Cottbus und 1.380 in Potsdam. Bei 3,6 % dieser Verletzungen in Cottbus konnte Gewalt (tätlicher Angriff) als Ursache festgestellt werden; in Potsdam waren es 1,8 %. In allen Altersgruppen werden Jungen häufiger durch Gewalttaten verletzt als Mädchen. Auch steigt der Anteil der durch Gewalttaten bedingten Verletzungen bei Jungen mit zunehmendem Alter deutlicher an als bei Mädchen. Der Altersgipfel mit 10 % wird in der Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen Jungen erreicht und lässt hier einen besonderen Handlungsbedarf für die Prävention erkennen.

Die Daten der Brandenburger Injury Data Base (IDB) ermittelte in den Jahren 2015-2019 einen Anteil von Verletzten im Säuglingsalter von 4,5 % bezogen auf alle Verletzten unter 18 Jahren. Der Anteil für eine gewaltbedingte Verletzung (tätlicher Angriff) betrug 2,3 %. Die am stärksten betroffene Altersgruppe für Verletzungen insgesamt sowie für gewaltbedingte Verletzungen ist die Gruppe der 6 bis 14-Jährigen.

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

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

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

Gewalterfahrung: ein Viertel der 11- bis 17-Jährigen

In Hauptschulen besonders ausgeprägt

In der Befragung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) von 6.813 Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Selbstauskunft) wurde bei insgesamt einem Viertel (25,1 %) der Befragten eine Gewalterfahrung festgestellt. Opfer von Gewalthandlungen waren 4,6 % der Befragten (5,2 % der Jungen, 3,9 % der Mädchen). Auf der anderen Seite gaben im Durchschnitt 14,9 % an (19,6 % der Jungen, 9,9 % der Mädchen), ein oder mehrmals Täter*in gewesen zu sein (12-Monats-Prävalenz). Bei dieser differenzierteren Analyse nach Geschlecht und Alter waren, wie durch die oben genannten Daten gut zu sehen, die Jungen sowohl als Opfer als auch Täter deutlich stärker betroffen. Des Weiteren zeigten sich erhebliche schultypbezogene Unterschiede bei der Gewalterfahrung nach Opfer- und Täter*innenstatus. Gymnasiasten waren gegenüber Real-, Haupt- und Gesamtschüler*innen die Gruppe mit der geringsten Gewalterfahrung. Bei Hauptschüler*innen hingegen war der Täter*innenanteil besonders prominent (Jungen 26,4 %, Mädchen 20,4 %). Der Migrationsstatus und die Zugehörigkeit zu einer niedrigen Sozialstatusgruppe erhöhten signifikant die Gewalthandlungen als Täter*in (Migrant vs.

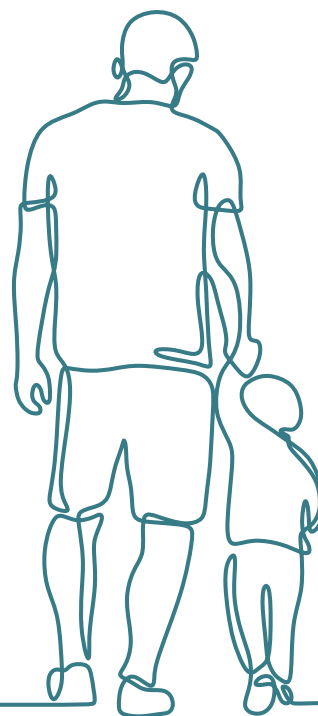
Nicht-Migrant 20,1 % vs. 13,8 % ; niedriger vs. hoher Sozialstatus 21,8 % vs. 11,5 %). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Tätererfahrungen bei Schulkindern häufig vorkommen und daher ein schulbezogener Ansatz in der Gewaltprävention von Bedeutung ist (Schlack & Hölling 2007).

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

Die Studie Children's Worlds+ innerhalb des internationalen Forschungsprojekts Children's Worlds⁵, die vorwiegend die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen ermitteln sollte, befragte 3.448 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 15 Jahren in unterschiedlichen Schulformen mit quantitativen und qualitativen Methoden. Die Daten konnten zum Thema Gewalterfahrung in Deutschland zeigen, dass zwischen 58,7 % (Gymnasium) und 78,4 % (Grundschule) der Kinder und Jugendlichen je nach Schulform Erfahrungen mit physischen Aggressionsformen oder Hänseleien und Ausgrenzung gemacht haben. Der Anteil körperlicher Gewalt – erfragt als Hauen – war bei den Grundschüler*innen zwar am geringsten, aber in Kombination mit den anderen Formen der Gewalt (Hauen und Ausgrenzung, Hauen und Hänseleien, alle drei Formen) wiederum am höchsten.

Neue Erkenntnisse zum Ausmaß elterlicher Gewalt gegenüber Kindern konnte die Studie von Baier et al. gewinnen, da nach der Gewalterfahrung der Neuntklässler vor dem zwölften Lebensjahr (in der Kindheit) gefragt wurde. Insgesamt erlebten 15,3 % in ihrer Kindheit schwere Gewalt (mit einem Gegenstand geschlagen, mit der Faust geschlagen/getreten, geprügelt/zusammengeschlagen).

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



⁵) Informationen zum Projekt unter: www.isciweb.org

Mobbing/Bullying

Bei rund jedem
5. Jugendlichen
psychische Folgen

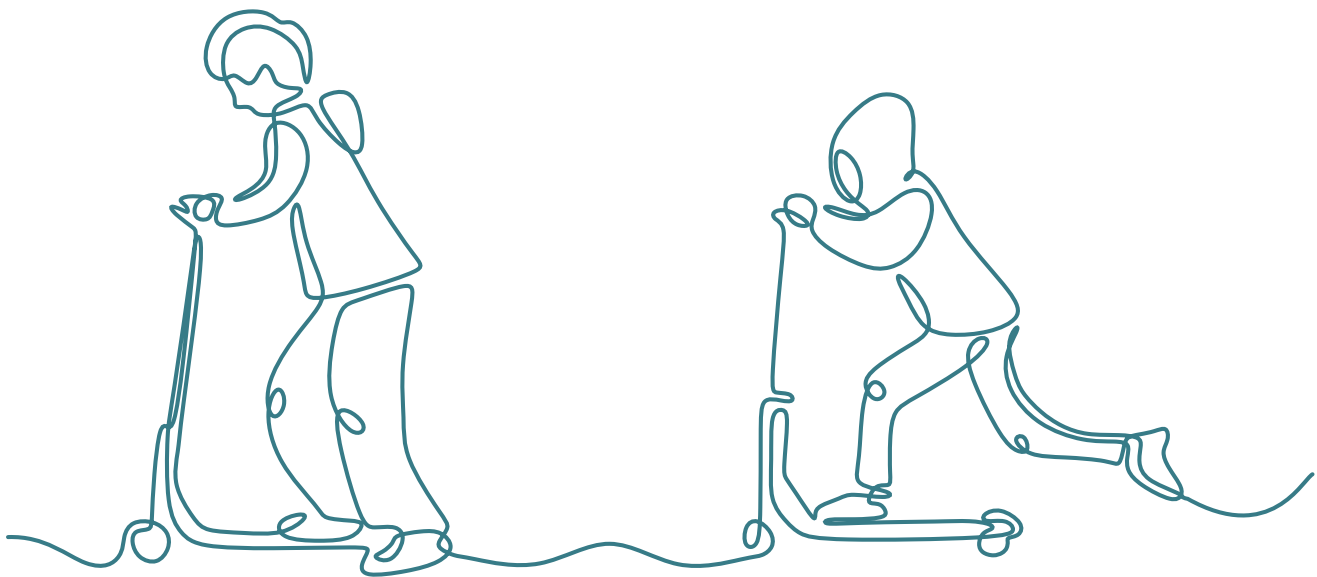
Zum Begriff des Mobbing/Bullying existiert keine allgemein anerkannte Definition. Olweus sieht Mobbing als gegeben an, wenn ein Kind wiederholt oder über einen längeren Zeitraum den negativen Handlungen (physisch oder psychisch) eines oder mehrerer anderer Kinder ausgesetzt ist (Olweus 2006). Anlehnend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

Cybermobbing/ Cyberbullying

Mittels moderner Kommunikationsmittel wie digitalen sozialen Netzwerken hat sich in der letzten Dekade eine neue Form des Bullyings/Mobbing etabliert, das so genannte Cybermobbing. Im Gegensatz zum vorher beschriebenen Mobbing können die Täter*innen anonym bleiben oder eine falsche Identität verwenden. Die Opfer sehen sich mit Unwahrheiten, Beleidigungen, Drohungen oder kompromittierenden (evtl. digital montierten) Bildern oder Videos konfrontiert.

9 % der Brandenburger
Jugendlichen von
Mobbing betroffen

Nach den Studienergebnissen der HBSC-Studie⁶ („Health Behaviour in Schoolaged Children“), die im Jahr 2018 in Brandenburg durchgeführt wurde, waren 9 % der 11 bis 15-Jährigen in den vergangenen Monaten Opfer von Mobbing und 4 % von Cybermobbing; einen Unterschied beim Mobbing hinsichtlich Alter und Geschlecht gibt es nicht.



⁶⁾ Nancy John, Ludwig Bilz, 2020: Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2018 im Auftrag der WHO.

Beim Cybermobbing scheinen Jungen und 15-Jährige häufiger Erfahrungen als Mob-bende zu haben als Mädchen bzw. 11- oder 13-Jährige. Im Vergleich zu den Ergebnissen auf Bundesebene zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich Mobbing und Cybermobbing als Opfer oder Täter*in (John & Bilz 2020).

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

**Cybermobbing:
Erhebliche psychische
Folgen**

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

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

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



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

2.2 Belastungs- und Schutzfaktoren

Die Wurzeln von Gewalt gehen auf verschiedene Ebenen zurück

Die Forschung zur Kindesmisshandlung führt Gewalt gegen Kinder auf den Einfluss unterschiedlicher Systeme zurück und fasst dies im sogenannten „Ökologischen Modell“ zusammen (Weltgesundheitsorganisation 2003). Gewalt ist ein komplexes Phänomen und beruht auf einer Vielzahl von Faktoren (individuelle, soziale, kulturelle, ökonomische und politische). Unterschieden werden Einflussfaktoren auf der Ebene des Individuums (z. B. Behinderung des Kindes, Biografie der Eltern), des Mikrosystems der Familie (Eltern-Kind-Interaktion, Partnerschaft), der Nachbarschaft und Gemeinde (z. B. sozial unterstützende Netzwerke) und des Makrosystems der Gesellschaft (Tolerierung oder Ablehnung von Gewalt in der Erziehung, Rechtsprechung und Gesetzgebung) (Abb. 1). Einige Bedingungen wirken dauerhaft und kontinuierlich (z. B. die chronische Erkrankung eines Elternteils), andere treten kurzfristig oder vorübergehend auf (z. B. die Trennung der Eltern).

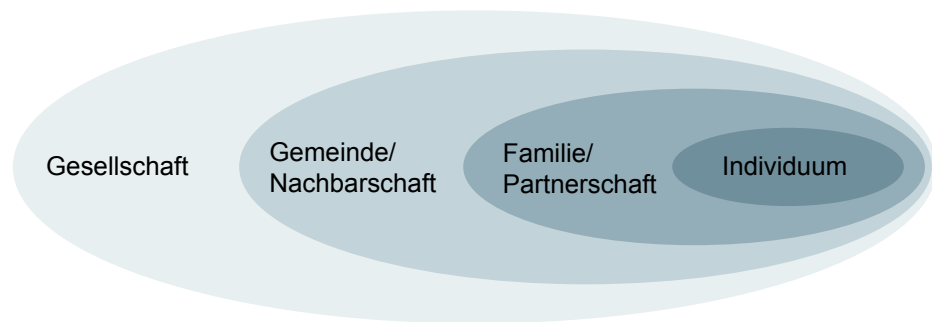


Abbildung 1: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt (nach Weltgesundheitsorganisation 2003)

Belastungsfaktoren erhöhen Gefährdung des Kindes

Belastungsfaktoren (auch „Risikofaktoren“) sind solche Gefährdungen, die die Wahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung erhöhen. So können auf das Umfeld bezogene Belastungsfaktoren, wie wirtschaftliche Not und soziale Ausgrenzung, mit elternbezogenen Belastungsfaktoren, z. B. belastende Lebensereignisse und psychische Krisen, zusammenwirken, was bei fehlenden Ressourcen der Eltern zu Vernachlässigung von Kindern führen kann (Egle 2004).

Gewalt gegen behinderte Kinder fast viermal so häufig

Unter den kindbezogenen Belastungsfaktoren (Tabelle 3) kommt einer Behinderung des Kindes eine besondere Bedeutung zu. Eine Meta-Analyse von 11 Studien zur Wahrscheinlichkeit körperliche Gewalt als behindertes Kind bzw. Jugendlicher zu erfahren ergab ein 3,6-fach erhöhtes Risiko gegenüber Kinder ohne eine Behinderung. Das Risiko sexuelle Gewalt zu erleben war um das 2,9-fache erhöht. Als Erklärung wird hier herangezogen, dass eine Behinderung des Kindes oftmals eine zusätzliche Anforderung für die – möglicherweise ohnehin bereits überforderten – Eltern bedeuten kann (Sullivan & Knutmann 2004). Zudem ist auch die Möglichkeit zu bedenken, dass die Behinderung erst durch wiederholte Gewaltausübung, z. B. durch ein Schütteltrauma im Säuglings-

salter und später durch Schläge auf den Kopf, verursacht wurde (Hermann 2005). Die so genannte „ACE“-Studie („Adverse Childhood Experiences“ Felitti 2002) konnte zeigen, dass physische und auch psychische Beeinträchtigungen durch Misshandlungen im Kindesalter zum Teil lebenslang anhielten. Fachleute sollten daher gerade bei Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung besonders aufmerksam auf mögliche Zeichen einer Gewaltanwendung achten.

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

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

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

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

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

Schutzfaktoren
wirken protektiv

Schutzfaktoren kompensieren solche Gefährdungen aufgrund persönlicher und biografischer Potenziale des Kindes (sog. „Resilienz“, z.B. positives Selbstwertgefühl) oder aufgrund vorhandener oder aktivierbarer personaler und sozialer Ressourcen (z.B. individuelle Fähigkeiten, positive Beziehungen zu weiteren Bezugspersonen etc.). Das Zusammenspiel beider Einflussgruppen ist sehr komplex. Bestimmte Faktoren können in der einen Situation als Schutz, in einem anderen Zusammenhang aber durchaus als Risiko wirken. Insgesamt gilt: Bei fehlendem Schutz kommt eine Belastung voll zum Tragen. Je mehr Belastungsfaktoren auftreten, desto mehr Schutzfaktoren werden benötigt, um eine positive Entwicklung zu gewährleisten (Egle et al. 2004). Jede der oben aufgeführten Belastungen tritt auch in Familien auf, in denen es zu keinen Kindesmisshandlungen kommt. Erst spezifische Konstellationen können die innerfamiliären Beziehungen oder die Persönlichkeit der Eltern so weit destabilisieren, dass dies zu einer Kindesmisshandlung führen kann. Jede Risikoeinschätzung bedarf deshalb einer präzisen Interpretation (Deegener & Körner 2006).

Präzise Interpretation
notwendig

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



3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die berufliche Praxis

3.1 Bundeskinderschutzgesetz

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

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

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

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) hat mit Wirkung 1. Januar 2012 bestimmt, dass: „Ärztinnen und Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert“ zur Abwendung einer Gefährdung des Wohls eines Kindes befugt sind bei

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

das Jugendamt zu informieren bzw. diesem die erforderlichen Daten mitzuteilen.⁷

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

In der aktuell anstehenden Reform des SGB VIII (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kinder und Jugendlichen – Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG) ist vorgesehen, dass Personen, die gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KKG, also Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, oder Entbindungspfleger oder Angehörige anderer Heilberufe, dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen sind, sofern dies nach fachlicher Einschätzung des Jugendamtes erforderlich ist.

⁷⁾ Siehe BKISchG Artikel 1 § 4 Abs. 3 (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

3.2 Ärztliche Schweigepflicht

Entbindung von der Schweigepflicht möglich

Als Ärztin oder Arzt sind Sie an die Schweigepflicht und den Datenschutz gebunden (§ 203 StGB)⁸. Damit werden die Rechte des Kindes oder Jugendlichen und anderer Familienmitglieder geschützt. Bei dringendem Verdacht auf Misshandlung oder sexuelle Gewalt können Sie jedoch von Ihrer Schweigepflicht entbunden werden:

Erklärung des Kindes

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

Rechtfertigender Notstand bei Gefahrenabwendung

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

Keine Meldepflicht

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

Anonymisierung

- Wenn Sie sich kompetenten Rat, z.B. gemäß § 4 Abs. 2 KKG durch eine Fachkraft der Jugendhilfe oder bei anderen Fachleuten einholen möchten, kann die Verletzung der Schweigepflicht durch eine Anonymisierung des Falles vermieden werden.

⁸) Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 2007 (Bibl. I S. 1786). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/stgb/index.html>.

3.3 Rechtsgrundlagen der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung⁹

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefährdungen ihres körperlichen, seelischen und geistigen Wohlergehens zählt zu den zentralen gesetzlichen Aufgaben der Jugendämter. Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII¹⁰ umfasst der staatliche Schutzauftrag folgende Pflichten und Aufgaben der Jugendämter:

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

Schutzauftrag der Jugendämter

Nachgehen aller Verdachtsfälle

Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Schutz durch Hilfe für Eltern

Einbezug externer Fachkräfte

Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft

⁹⁾ Bitte aktuellen Stand der Reform des SGB VII beachten: Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen / Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJStG

¹⁰⁾ Aches Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (Bibl. I S. 3134), geändert durch Artikel 2 Abs. 23 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (Bibl. I S. 122). Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/index.html.

Einbezug aller Träger

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

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

Beratung von Kindern in Notsituationen

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

Inobhutnahme in akuten Gefahrensituationen

In akuten Not- und Gefahrensituationen ist das Jugendamt grundsätzlich berechtigt und verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen vorübergehend in seine Obhut zu nehmen. Dies gilt auch, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher selbst um Inobhutnahme bittet. (§ 42 SGB VIII)¹¹. Das Jugendamt kann dann zunächst alle sorgerechtlichen Entscheidungen treffen, die im Interesse des Kindeswohls geboten sind. Es kann das Kind oder den Jugendlichen in einer auf Krisenintervention ausgerichteten Jugendhilfeeinrichtung oder in einer Pflegefamilie unterbringen. Ggf. ist unverzüglich eine familiengerichtliche Entscheidung bezüglich der Einschränkung der elterlichen Sorge einzuholen.

Unterstützung durch die Polizei

Wenn es zum Schutz des Kindes unabdingbar ist, kann das Jugendamt ein Kind oder einen Jugendlichen auch mit Unterstützung der Polizei von seinen sorgeberechtigten Eltern oder anderen Personen zur Inobhutnahme wegnehmen. Widersprechen die Eltern der Inobhutnahme, muss sich das Jugendamt an das Familiengericht wenden.

Gesundheitliche Sorge

Im Rahmen der Inobhutnahme hat das Jugendamt auch das Recht der gesundheitlichen Sorge für das Kind. Es kann z. B. verlangen, dass das Kind in einer Klinik zur Diagnostik oder Behandlung aufgenommen wird (beachte dabei Anlage 1 Kinderschutzleitlinie) oder im Zuge einer ärztlichen Behandlung bis auf Weiteres in der Klinik verbleibt, und es ist berechtigt, Auskunft über Ergebnisse der ärztlichen Diagnostik und der erforderlichen ärztlichen Behandlungen zu verlangen.

¹¹⁾ Ahtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 2012 (BGBl I S. 2975 ff. Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/index.html.

4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Empfehlungen zur ärztlichen Diagnostik

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

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

Der Anfangsverdacht bei Kindesmisshandlung ist meist vage. Deshalb ist eine gründliche und vollständige Untersuchung erforderlich. Wichtig ist eine schonende und kindorientierte Untersuchung. Hierfür ist eine gründliche Vorbereitung erforderlich. Vermeiden Sie möglichst Mehrfachuntersuchungen. Dokumentieren Sie Ihre Beobachtungen. Eine Eröffnung des Befundes gegenüber den Eltern ist erst nach sicherer Diagnose angezeigt. In Bezug auf eine solche ärztliche Diagnostik wird dringend auf die Einhaltung der Standards gemäß „S3 Kinderschutzleitlinie“ (Anlage 1) hingewiesen.

4.2 Körperlicher Befund

4.2.1 Anamnese

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

Von elementarer Bedeutung für die weitere jugendamtliche und juristische Betreuung ist die exakte Dokumentation der Anamnese. Sie sollten die Eltern bzw. Betreuungspersonen bitten, ihre mündliche Unfallschilderung auch schriftlich zu erklären. Die schriftliche Fixierung erleichtert die Aufdeckung sich widersprechender Angaben. Die Erklärungen können zu einem späteren Zeitpunkt für eine juristische Abklärung Bedeutung erlangen (z. B. Gerichtsverfahren).

Kindesmisshandlung ist ein Krankheitsbild mit vielfältigen Symptomen

Kindorientierte Untersuchung

Häufig unklare Vorgeschichte bei Kindesmisshandlung

Auf Dokumentation achten

4.2.2 Untersuchung

Schonende, aber vollständige Status-erhebung

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

Hautsymptome

Hämatome sind das häufigste Symptom

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

Tabelle 4: Eher unverdächtige und eher verdächtige Körperstellen für Hämatome

Eher unverdächtig	Eher verdächtig
<ul style="list-style-type: none">o Stirno Schläfeo Naseo Kinno Hüfteo Beckeno Knieo Schienbeineo Ellenbogeno Dorsale Unterarme (Außenseiten)o Palmare Handflächen (Handteller)	<ul style="list-style-type: none">o Thorax (Brustkorb)o Rückeno Genitaleo Dorsale Oberschenkel (Gesäß und Oberschenkelrückseite)o Ohreno Kieferwinkelo Mastoid (Warzenfortsatz hinterm Ohr)o Wangeno Oberlippeo Frenulum (Bändchen) der Oberlippe (Zwangsfüttern)o Hals (Würgemale), Nackeno Ventrale Unterarme (Innenseite der Unterarme, Schutz vor Schlägen), Schultero Oberarme symmetrisch, Handrücken

Hämatome an ungewöhnlichen Körperstellen

Als beweisend anzusehen sind viele Hämatome unterschiedlichen Alters an mehreren und ungewöhnlichen Körperstellen (s. Abbildung 2). Das Alter der Hämatome kann jedoch nur sehr schwer anhand ihrer Farbe bestimmt werden. Verschieden gefärbte Hämatome können gleichzeitig, sich ähnelnde Hämatome können zu unterschiedlichen Zeiten entstanden sein. Einen wichtigen Hinweis gibt deshalb das Verhalten der Eltern. Können sie keinen überzeugenden Grund für die Hämatome angeben, ist ein Verdacht auf Misshandlung angebracht. Auch Handabdrücke, Kneif- und Griffmarken sowie Abdrücke von Gegenständen wie Gürtel oder Riemen sind wegweisend. Zu achten ist auf das Vorliegen von Bissspuren. Tierbissverletzungen sind meist spitz zulaufend und punktförmig, menschliche Bisse oft hufeisenförmig. Aus der Größe der menschlichen

Bissspur kann z. T. auf die Größe des Gebisses geschlossen werden. Ein steriler, zur DNA-Sicherung angefeuchteter, anschließend luftgetrocknet aufbewahrter Abstrich ist für etwaige spätere DNA-Analysen (Speichel!) sinnvoll.

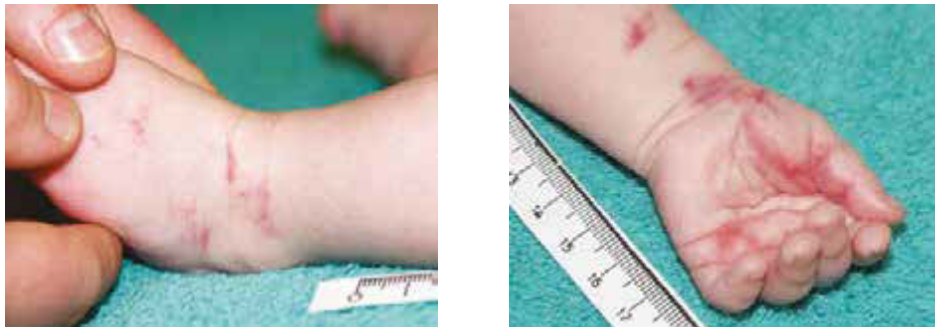


Abbildung 2: Untypische Hämatome an Händen und Füßen eines Säuglings nach Misshandlung

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

Verbrennungen und Verbrühungen

Knochenbrüche

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

Knochenbrüche in den ersten drei Lebensjahren

Ältere Schädelfrakturen sind meist schwierig zu diagnostizieren, da sie ohne typische Verknöcherung verheilen. Eine hohe Spezifität weisen Brüche an Enden langer Röhrenknochen auf, da die dafür erforderlichen Kräfte im Kleinkindesalter durch unfallbedingte Geschehen nur selten erreicht werden. Typisch sind Eckfrakturen („corner chip“). Durch Rotationskräfte können bei Säuglingen Knochenhautreaktionen mit Ablösung beobachtet werden. Brüche der mittleren Knochenbereiche durch Misshandlung sind weniger spezifisch, trotzdem aber häufiger. Oberschenkelfrakturen bei Säuglingen

Schädel- und Rippenfrakturen

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

Kopfverletzungen

Kopfverletzungen sind die häufigste Todesursache bei Misshandlung

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

Subdurales Hämatom bei Schütteltrauma

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

Nachweis durch Diagnose intraokulärer Blutung

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

Untersuchung des Augenhintergrundes

Erst nach Ausschluss angeborener Stoffwechselerkrankungen oder Gerinnungsstörungen, von Hirngefäßmissbildungen, Blutungen infolge entzündlicher Erkrankungen usw. ist ein Schütteltrauma als Blutungsursache in Betracht zu ziehen. In der amerikanischen Fachliteratur hat sich mittlerweile die Überzeugung etabliert, dass eine zu Hause entstandene, zum Tode oder schwerwiegender Symptomatik führende subdurale Blutung eines Säuglings bis zum Beweis des Gegenteils als Misshandlungsfolge anzusehen ist, nämlich als Folge heftigen Schüttelns. Wichtig bei allen Kopfverletzungen ist die Augenhintergrundsblutung, da sie ohne nachvollziehbares schweres Schädel-Hirn-Trauma einer der stärksten Hinweise für eine Kindesmisshandlung ist. Aus diesem Grunde bedarf jedes fraglich misshandelte Kind einer Untersuchung des Augenhintergrundes.

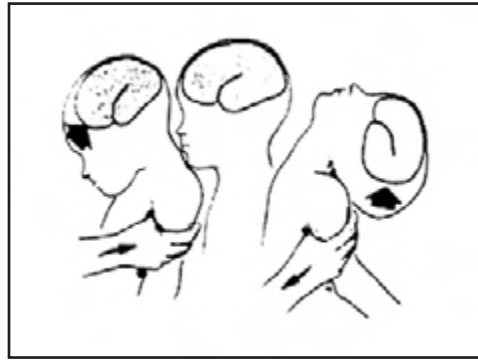
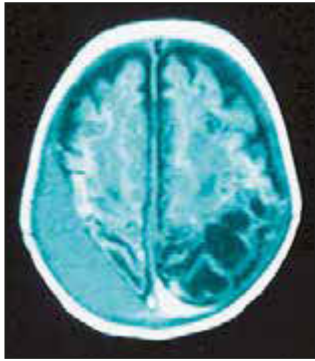


Abbildung 3: Computertomographischer Befund eines geschüttelten Säuglings (Reste einer schweren Blutung bzw. ausgedehnte Defektheilungen) sowie schematische Darstellung der Krafteinwirkung beim Schütteln

Thorax- und Bauchtraumen

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

Thorax- und Bauchtraumen sind seltener, aber potenziell tödlich

Apparative Diagnostik

Bei suspekten Befunden ist zumindest bei Säuglingen und Kleinkindern eine Übersichtsröntgenuntersuchung zum Nachweis bzw. Ausschluss anders nicht erkennbarer älterer Frakturen erforderlich. Die American Academy of Pediatrics¹² empfiehlt bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr die obligate konventionell radiologische Bildgebung, zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr als Individualentscheidung. Vergleichbare Empfehlungen werden von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie gegeben. Hier werden als zu untersuchender Skelettstatus der Schädel in zwei Ebenen, der knöcherne Brustkorb, die Brust- und Lendenwirbelsäule, beide Arme, Beine und Füße sowie das Becken angegeben.¹³ In der eigenen Klinik wird meist auf das Röntgen von BWS, LWS und Becken aus strahlenhygienischen Gesichtspunkten verzichtet. Ein „Ganzkörper-Babygramm“ ist nicht mehr zeitgemäß. Bei klinischem Verdacht auf ZNS-Verletzungen erfolgt i. d. R. eine Schädelcomputertomographie, bei Verdacht auf Bauchverletzungen eine Abdomensonographie, ggf. auch eine computertomographische Untersuchung.

Röntgenuntersuchung bei Kindern unter 3 Jahren wichtig

¹²⁾ Siehe auch unter <http://www.aap.org>

¹³⁾ Empfehlung der Universität Düsseldorf, siehe unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF.

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

4.3 Folgen sexualisierter Gewalt

Vager Anfangsverdacht

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

Einfühlsame Gesprächsführung

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

Schonende körperliche Untersuchung

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

Forensische Aspekte beachten

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

Kaum eindeutige Befunde

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

4.4 Psychischer Befund

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

- „Frozen watchfulness“ (gefrorene Aufmerksamkeit) gilt in der Misshandlungsliteratur als ein typisches Merkmal misshandelter Kinder: Das Kind sitzt still auf seinem Platz und beobachtet seine Umgebung und die Geschehnisse aus den Augenwinkeln heraus. Es bewegt sich erst, wenn es sich unbeobachtet glaubt.
- Ängstlichkeit, Traurigkeit, Stimmungs labilität und mangelndes Selbstvertrauen gelten als Merkmale von sexualisierter Gewalt. Manche misshandelte Kinder sind auffallend ruhig und zurückgezogen. Entwicklungsrückstände in der motorischen und sprachlichen Entwicklung sind nicht selten. „Hier gefällt es mir“, oder „Ich gehe gern ins Krankenhaus“ können verschlüsselte Botschaften sein, welche die unerträgliche Situation der betroffenen Kinder übermitteln sollen, ohne sie direkt benennen zu müssen. Manche Kinder, die in einer deprivierenden Umgebung leben, entwickeln sich in einer neuen Situation, z. B. während eines Klinikaufenthalts, rasch zum Positiven.
- Häufig treten Störungen des Sozialverhaltens auf, insbesondere Aggressivität und Distanzlosigkeit. Inadäquates sexualisiertes Verhalten oder nicht altersentsprechendes Wissen über die Sexualität können Hinweise auf mögliche sexuelle Gewalt gegenüber dem Kind geben. Plötzliche Wesens- und/oder Verhaltensänderungen, Schulleistungsknick, sozialer Rückzug oder unangemessene Aggressivität können Folge von sexueller Gewalt sein. Mit Hilfe von Spielszenarien oder Zeichentests kann der Verdacht vielleicht bestätigt oder verworfen werden.

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

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

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

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

Merkmale von Misshandlung und Vernachlässigung

Frozen watchfulness

Niedergeschlagenheit und Entwicklungsrückstände

Auffälligkeiten im Sozialverhalten

Einzelbefund ist kein Beweis

Suggestivfragen vermeiden

Sorgfältige Dokumentation

Hinweise auf Ablehnung und Vernachlässigung

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

4.5. Beurteilung der familiären Situation

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

Tabelle 5: Leitfragen zur Familienanamnese bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

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

Hausbesuche nutzen

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



5. Fallmanagement im Rahmen des Kinderschutzes

5.1. Allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung

Das Wohl des Kindes im Vordergrund

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

Dem Problem sachlich begegnen

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

Persönliche Einstellungen prüfen

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

Eigene Grenzen und Möglichkeiten beachten

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

Zusammenarbeit mit anderen suchen

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

Unterstützung der Familie

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

Gefährdungsrisiko abschätzen

Eine wichtige Hilfe bei Kindesmisshandlung stellt die erste Risikoabschätzung dar: Ist ein sofortiges Einschreiten erforderlich oder kann ggf. abgewartet werden, um die Gefährdung bei weiteren Untersuchungsterminen besser beurteilen zu können? Je jünger das Kind ist, desto höher ist das Gefährdungsrisiko einzuschätzen, ebenso bei bereits bestehender Entwicklungsverzögerung, bei chronischer Erkrankung oder Behinderung. Die Schutzbedürftigkeit ist maßgeblich nach dem Alter des Kindes, seinem Entwicklungsstand und seinem aktuellen Gesundheitszustand zu beurteilen. Es können folgende Abstufungen des Gefährdungsrisikos unterschieden werden:

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

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

Die Angebote der Hebammenhilfe zur Versorgung von Schwangeren und von Mutter und Kind stellen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen dar. Alle Leistungen der Hebammen werden von den Frauen und ihren Familien freiwillig angenommen. Die präventive Arbeit der Hebammen mit den Eltern reicht von der Geburtsvorbereitung bis hin zur Wochenbettbetreuung, die bis zum Ende der 12. Woche nach der Geburt andauert. Während ihrer Hilfen haben die Hebammen vielfältige Möglichkeiten, auf einen wirksamen Kinderschutz hinzuwirken.¹⁴

Versorgung von Schwangeren und von Mutter und Kind

Fallbeispiel: psychisch kranke Frau mit zweitem Kind

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

Ursache: psychische Erkrankung der Kindesmutter; Überforderungssituation der Eltern

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

Ergebnis: Festigung der Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind

¹⁴⁾ Mehr zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als im Leitfaden nachfolgend beschrieben, finden Sie auf der Homepage des Hebammenlandesverbandes Brandenburg e.V. unter www.hebammen-brandenburg.de

Während der Schwangerschaft

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

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

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

Bei der Geburt

Angebot von Hilfen bei Belastungen

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

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

Nach der Geburt

Betreuung durch Hausbesuche

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

Zeigt eine Mutter während der Wochenbettbetreuung einen erweiterten Betreuungsbedarf, ohne dass eine unmittelbare Gefahr für das Kind besteht, empfiehlt die zuständige Hebamme der Mutter ein Gespräch mit dem ambulant betreuenden Kinder- und

Jugendarzt, dem Gynäkologen oder dem Hausarzt. Weiterhin unterbreitet sie der Familie konkrete Hilfsangebote.

Angebot von Hilfen bei erweitertem Betreuungsbedarf

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

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

Hilfen bei Gefährdung des Kindes

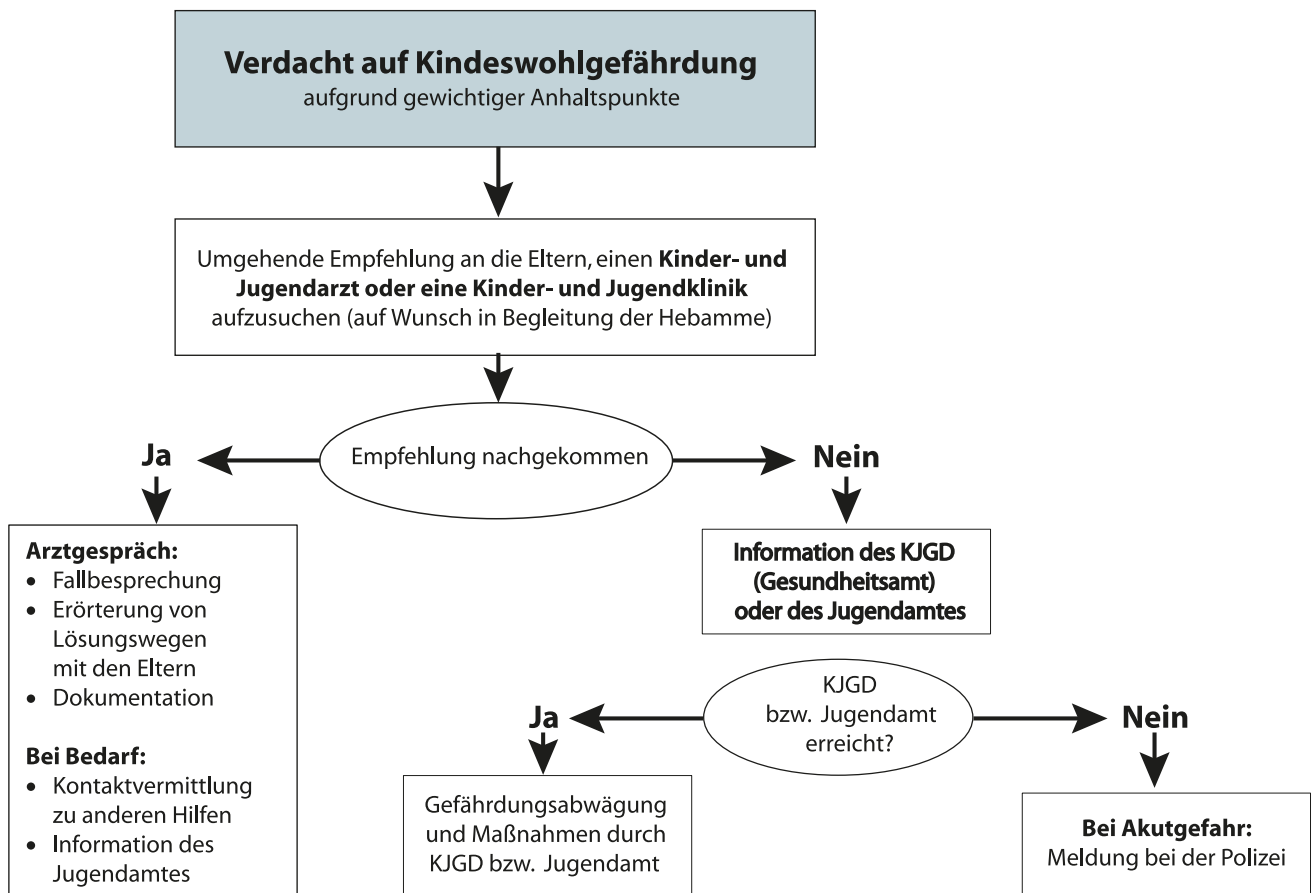


Abbildung 4: Fallmanagement für Hebammen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich eines Hausbesuchs

Familienhebammen

Zusatzqualifikation Familienhebamme

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

Familienhebammen im Einsatz bei besonderen Problemlagen

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

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

5.3 Fallmanagement in der Kinder- und Jugend- arztpraxis

Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen

Gemeinsames Fallmanagement

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

Fallbeispiel: Gewaltverletzung bei einem Säugling

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

1. *Diagnose*: Schädeldachfraktur

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

2. *Diagnose*: Ellenbogenfraktur

Ursache: wiederholte Gewalt durch Kindesvater

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

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

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

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

Ein vertrauensvoller Kontakt zum Kind und seiner Familie ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention weiterer Gewalt. Im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung ist es deshalb eine wichtige Aufgabe von ihnen, die möglicherweise gefährdete Arzt-Patienten-

Aufgaben der Kinder- und Jugendarztpraxis

Eltern beraten

Vertrauen aufbauen

Neutralität bei Partnerschaftskonflikten

Beziehung zu stabilisieren. Nur so ist ein gemeinsames Fallmanagement mit dem Jugendamt und anderen spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

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



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis

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

Diagnoseeröffnung gegenüber Eltern oder Begleitpersonen¹⁵

Eröffnungsgespräch vorbereiten

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

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

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

¹⁵⁾ beachte dabei Nr. 131 bis 134 der S3 Kinderschutzleitlinie

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

Gesprächsführung in sachlicher Atmosphäre



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis

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

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

Falldokumentation für eventuelle gerichtliche Beweissicherung

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

Psychosomatische Grundversorgung

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

Therapie unter Abwägung aller Risiken

Die Behandlungsziele sind:

Behandlungsziele

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

Eilmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr

Meist keine akut abzuwendende Gefahrensituation

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

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



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis:

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

Angemessenes, abgestuftes Reagieren

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

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





Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis:

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

Kriterien nach Bentovim

Für die „innere Bewertung“ der aktuellen Situation und vorhandener Ressourcen ist die Kenntnis und Anwendung der Bentovim-Kriterien¹⁶ hilfreich:

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

Zusammenarbeit mit anderen Hilfeinrichtungen

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

¹⁶⁾ Bentovim, Arnon, 1987, engl. Kinder- und Familienpsychiater/Therapeut, London; zitiert nach B. Hermann et al. und H. G. Schlack et al



Empfehlung für die kinder- und jugendärztliche Praxis:

- Für ein wirksames gemeinsames Fallmanagement benötigen Sie gute persönliche Kontakte zu den Sozialen Diensten der Jugendämter, Gesundheitsämtern, spezialisierten Krankenhausabteilungen, Beratungsstellen zum Kinderschutz sowie zu Frauen- und Familienberatungsstellen. Um die Kontakte zu fördern, können Sie die Jugend- und Gesundheitsämter bzw. die Beratungs- und Hilfestellen in Ihrer Umgebung besuchen oder die zuständigen sozialpädagogischen Fachkräfte in Ihre Praxis einladen. Einen weiteren geeigneten Rahmen für Kontakte bieten die regionalen Arbeitsgemeinschaften zum Kinderschutz, die bereits in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs vorhanden sind. Eine entsprechende Übersicht finden Sie unter www.fachstelle-kinderschutz.de. Wir empfehlen eine Netzwerkkarte Kinderschutz, in der Sie griffbereit alle möglichen Kooperationskontakte namentlich und in Bezug auf deren Erreichbarkeit erfassen.
- Die Voraussetzungen für ein gemeinsames Fallmanagement können Sie durch eine besondere zeitliche Gestaltung Ihrer Behandlung in der Praxis aufbauen. Kinder und Jugendliche mit der Verdachtsdiagnose „Misshandlung“ sollten Sie in kurzen Abständen wieder in die Praxis einbestellen. In der Zwischenzeit können Sie zusätzliche Informationen von Einrichtungen ggf. mit anonymisierter Fallbesprechung einholen, ein „Betreuungsnetz“ für ein gemeinsames Fallmanagement knüpfen und die gewissenhafte Falldokumentation vornehmen.
- Um einen umfassenden Einblick in die soziale und familiäre Situation des von Ihnen betreuten Kindes/Jugendlichen zu gewinnen, sollten Sie an den entsprechenden Fall- und Hilfeplankonferenzen des Jugendamts teilnehmen. Auf diesen Konferenzen werden die auf den Einzelfall zugeschnittenen Hilfsangebote entwickelt und koordiniert. Lassen Sie sich deshalb in die Fall- oder Hilfeplankonferenzen oder ähnliche Maßnahmen der Jugendämter und anderer Beratungseinrichtungen einbeziehen. Beachten Sie bei der Fallbesprechung die auferlegten Grenzen durch die Schweigepflicht. Ziel der Kooperation ist eine effiziente Gewaltprävention.
- Wenn Sie ein gemeinsames Fallmanagement anstreben, sind klare Absprachen über die Aufgabenverteilung zwischen den mit dem Fall befassten Diensten, Einrichtungen und Institutionen wichtig. Mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen sollten Sie möglichst persönlich absprechen, welche Informationen über das Kind in welchem Umfang und aus welchem Anlass zwischen dem Kinder- und Jugendarzt und den Behörden und Beratungsstellen weitergegeben werden. Um die Informationsbeziehungen belastbarer zu gestalten, sollten Sie möglichst schnell Rückmeldung geben über die Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls.

- Innerhalb einer längeren Betreuung kann ein Fall plötzlich eskalieren. Dann sollten Sie sich unverzüglich eine Zweitmeinung einholen. Erleichtert wird diese kollegiale Hilfe, wenn der Fall bei der Kollegin/ dem Kollegen bereits in anonymisierter Form oder namentlich bekannt ist. Das gemeinsame Fallmanagement ist in diesem Sinne auch Vorbeugung für den Krisenfall in der Praxis.
- Wenn Sie von sich aus Kontakt mit dem Jugendamt oder mit anderen Beratungseinrichtungen aufnehmen, sollen Sie die Eltern/ Sorgeberechtigten über diesen Schritt informieren. Damit wirken Sie eventuellen Vorbehalten oder Bedenken der Eltern gegenüber den angebotenen Hilfen entgegen. Machen Sie deutlich, dass Sie mit dem Jugendamt Kontakt aufnehmen, um für die Eltern weitere Hilfe und Unterstützung zu organisieren. In Situationen höchster Gefährdung für Leben und Gesundheit des Kindes/Jugendlichen können Sie behördliche Instanzen auch ohne elterliches Einverständnis einschalten.

5.4 Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik

Entwicklung von klinikinternen Leitlinien zum Kinderschutz

In jeder Kinder- und Jugendklinik und in jeder Kinderabteilung (dies schließt kinderchirurgische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen ein) gehen regelmäßig misshandelte Kinder ein und aus. Häufig werden sie jedoch nicht als solche erkannt. In Fallbeispiel 1 ist ein solcher „vermeintlicher Unfall“ bei einem Säugling dargestellt.

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

IDB: Verletzungsdiagnose und -hergang „vermeintlicher Unfall“

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

Ursache: Überforderungssituation der Eltern

Lösung: Familienhelfer und Kontrolle durch Hausarzt

Ergebnis: Stabilisierung des familiären Umfeldes

Aufgrund der phänomenologischen Vielfalt und der psychologischen Besonderheit des Krankheitsbildes kann sich Kinderschutz in der Klinik nicht auf eine Spezialdisziplin unter anderen beschränken. Das folgende Fallbeispiel 2 veranschaulicht nochmals, warum für eine fundierte Diagnosestellung und ein frühzeitiges Aufdecken von Verdachtsfällen ein korrektes interdisziplinäres Fallmanagement besonders wichtig ist.¹⁷

Kinderschutzarbeit durch
eine interdisziplinäre
Kinderschutzgruppe

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

IDB: Verletzungsdiagnose und -hergang „Bauchschmerzen“

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

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

Ursache: Massives Mobbing mit Gewaltanwendung durch eine Schulclique als Ursache

Lösung: Durch Kindeseltern veranlasster Schulwechsel

Ergebnis: Durch Stabilisierung des sozialen Umfelds klingen organische Beschwerden ab

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

Die folgenden Empfehlungen sind als Leitlinien gedacht, an denen sich Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und/oder Psycholog*innen die in Kinder- und Jugendkliniken oder in Kinderabteilungen tätig sind, beim Erstkontakt mit Kindern und Jugendlichen und ihren Begleitpersonen (wohl meistens in einer Notfallsituation) orientieren können und entsprechen dem Vorgehen nach S3 Leitlinie Kinderschutz.

Entwicklung von
klinikinternen
Richtlinien

¹⁷⁾ In Österreich und der Schweiz ist ein interdisziplinäres Fallmanagement bei Kindesmisshandlung bereits in den 1990er Jahren verpflichtend eingeführt worden (siehe unter: <http://www.rundertisch-kindesmissbrauch.de>, Sachstandserhebungen und Handlungsempfehlungen) Auch in Deutschland ist ein solches Verfahren im Sinne von fachlichen Mindeststandards 2013 eingeführt und wird über die Krankenkassen refinanziert. Vgl. dazu <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2013/block-1-90..1-99.htm> unter 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohlgefährdung und Kindergesundheit



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

Vor ihrer Umsetzung in die tägliche Praxis müssen die Empfehlungen in jeder Klinik individuell den örtlichen (personellen, infrastrukturellen etc.) Gegebenheiten angepasst und ergänzt werden. Folgende interne Richtlinien, die so in jeder Klinik geschaffen werden sollten, haben den Zweck, auch in Drucksituationen überstürztes Handeln und Einzelaktionen zu vermeiden:

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

Ziele der Interventionen einer Kinderschutzgruppe

3 Hauptziele der Kinderschutzgruppe

Die einzurichtende Kinderschutzgruppe hat drei Hauptziele:

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



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

vgl. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken Version 1.5, 2015

Der Schutz des Opfers erfolgt durch Trennung von Opfer und Täter*in oder durch andere Maßnahmen, die sicherstellen, dass sich die Misshandlung nicht wiederholt. Die Ziele der angestrebten Veränderungen unterscheiden sich nach den verschiedenen Misshandlungsarten, wobei sie bei kombinierten Misshandlungen auch verbunden werden können:

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

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

Interventionsmöglichkeiten von Kinderschutzgruppen

Täter*innen von Kindesmisshandlung haben oft nicht die Einsicht, dass sie die Unterstützung benötigen, die notwendig ist zur Veränderung der Verhältnisse, zur Vermeidung von Wiederholungsfällen und zur Bewältigung der erlittenen Traumen durch die Opfer und

**Schutz des Opfers
und Veränderung der
Situation**

**Auf Annahme von
Hilfen hinwirken**



durch jene Angehörigen, die nicht Täter*innen waren. Häufig müssen die Täter*innen deshalb verpflichtet werden, eine Maßnahme anzunehmen und eine Kontrolle zuzulassen. Es besteht somit eine Diskrepanz zwischen Hilfsangebot und Verpflichtung, dieses anzunehmen.

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

Auf den Einzelfall
abgestimmte
Intervention

Weg 1:

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

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

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

Weg 2:

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

Weg 3:

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

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

Das Kind einbeziehen

Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung¹⁸

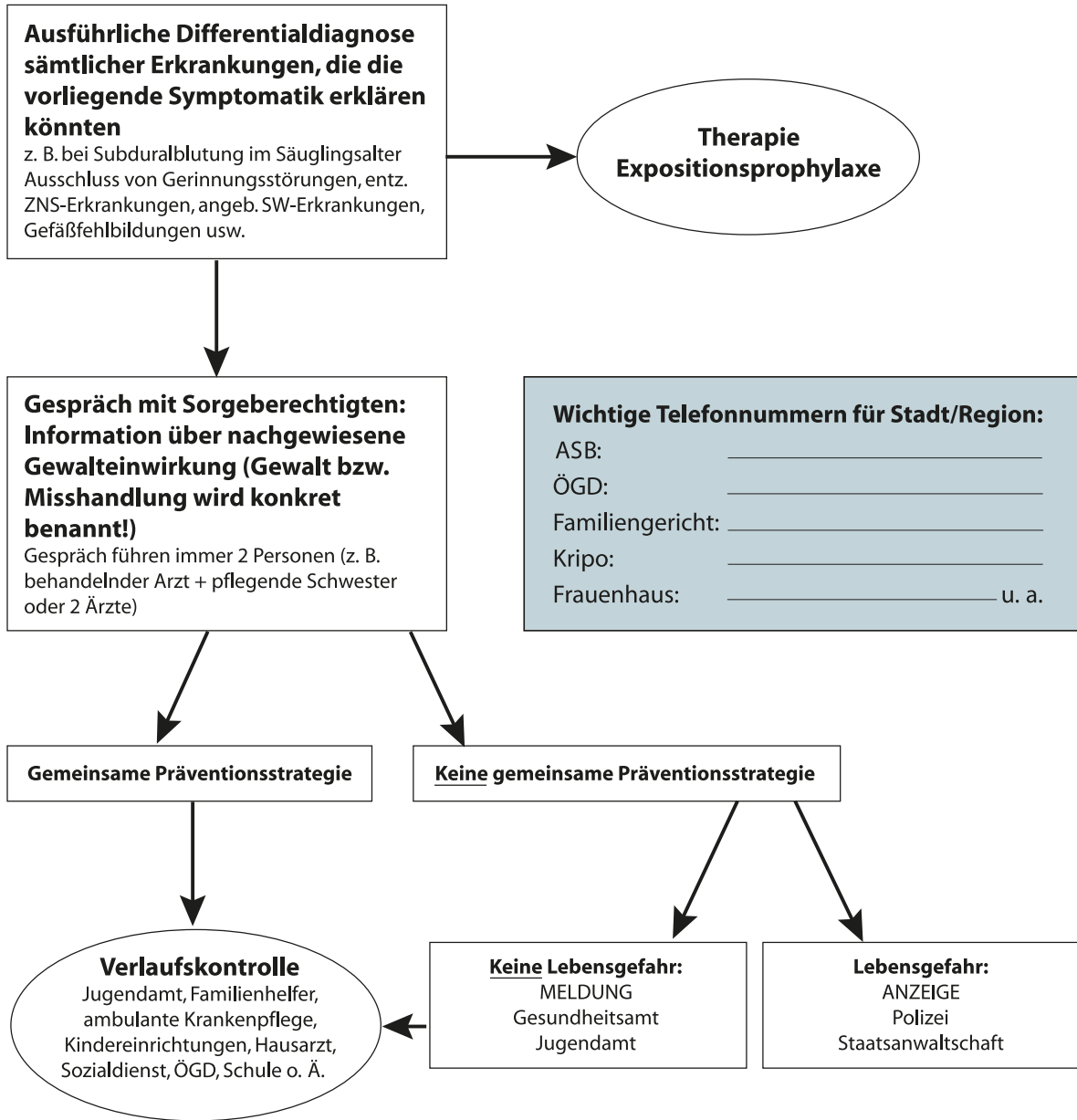


Abbildung 5: Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

¹⁸⁾ unter Beachtung der S3 Kinderschutzleitlinie

Erläuterungen:

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

Fallmanagement bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt

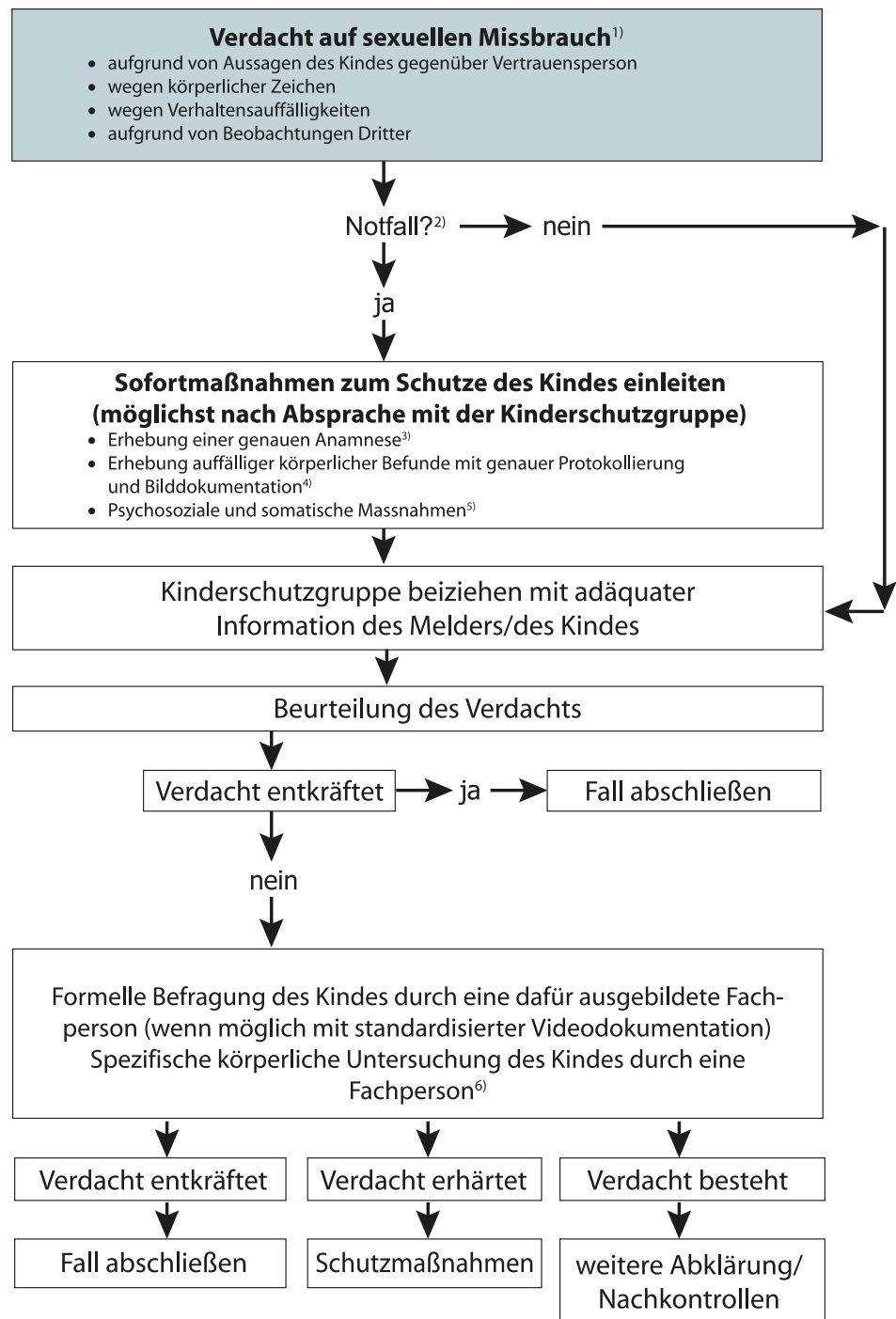


Abbildung 6: Fallmanagement in der Kinder- und Jugendklinik bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt

Erläuterungen:

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

5.5 Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Handlungsfelder des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes beim Kinderschutz

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

- Untersuchung aller Kinder zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat. Dies ist unabhängig davon, ob sie in einer Kindereinrichtung, in einer Tagespflegestelle oder zu Hause betreut werden, § 6 Abs. 2 Satz 1 Brandenburger Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG).

Handlungsfelder beim Kinderschutz

Kinderärztliche Untersuchungen

- Befund- und Betreuungscontrolling aller Kinder mit gesundheitlichen Auffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen. Die Aufnahme eines Kindes in das Befund- und Betreuungscontrolling ist unabhängig vom Lebensalter, § 6 Abs. 2 Satz 7 BbgGDG
 - Schuleingangsuntersuchung sowie Schulabgangsuntersuchung, § 6 Abs. 2 Satz 4 BbgGDG
- Gutachten**
- Vorstellung von Kindern im Rahmen von Begutachtungen:
 - Eingliederungshilfegutachten für das Sozialamt (ambulante bzw. teilstationäre Frühförderung)
 - Gutachten gem. § 35 a SGB VIII¹⁹ für das Jugendamt bei vorliegender oder drohender seelischer Behinderung
 - Fördergutachten im Rahmen des Förderausschussverfahrens zur Klärung sonderpädagogischen Förderbedarfs
 - Pflegegutachten für chronisch kranke oder behinderte Kinder und Jugendliche (gem. Pflegeleistungsergänzungsgesetz)
- Hausbesuche**
- Vorstellung von Kindern in der kinder- und jugendärztlichen Sprechstunde (auf Initiative der Eltern, der Kita oder der Schule i. d. R. mit Einverständnis/ im Beisein der Eltern sowie durch Kinder- und Hausärzte)
 - Hausbesuche durch Mitarbeiter*innen des KJGD (Sozialarbeiter*innen, seltener auch Kinder- und Jugendarzt) in besonderen Problemlagen auf Hinweis von Kinder- und Jugendärzten, Hebammen oder des Jugendamtes.
 - Vorstellung von Kindern auf Initiative des Jugendamtes.
 - Weiterhin können Hausbesuche über das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewe- sen durchgeführt werden, § 7 Abs. 4 Satz 2 BbgGDG.

Fallbeispiel: schwere Entwicklungsstörung eines Kita-Kindes

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

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

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

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

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

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

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

Kooperation von KJGD und Jugendamt beim Kinderschutz

Die fachlichen Zuständigkeiten von KJGD und Jugendamt zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung sind beispielweise im Landkreis Uckermark im Leitfaden des Jugendamtes geregelt, der allen zuständigen Mitarbeiter*innen beider Ämter bekannt ist. Die ämterübergreifende Nutzung des Meldebogens zur Ersterfassung vermeidet Doppelerfassungen. Eine einheitliche Regelung zur Schweigepflichtentbindung erleichtert bei Einverständnis der Eltern den zügigen Informationsaustausch zwischen dem Sozialamt, dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt und die in Einzelfällen notwendige Beteiligung aller drei Ämter am Hilfeplanprozess. In fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es Kooperationsvereinbarungen, Handlungsanweisungen oder andere gemeinsam abgeschlossene Vereinbarungen.

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

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

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

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

Leitfaden regelt Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitsamt

Aufsuchende Hilfen bei Familien in sozialen Problemlage

aufsuchenden Hilfen kann der KJGD auch in Gefährdungssituationen einen vertrauensvollen Zugang zu den Eltern herstellen und auch für Familien, die zunächst jeden Kontakt ablehnen, einen Weg zum Jugendamt ebnen. Das Verfahren der Hausbesuche ist zwischen Jugendamt und Gesundheitsamt klar geregelt:

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

Gemeinsame Hilfeplanung

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

Untersuchung bei Inobhutnahme

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

Koordinative Aufgaben des KJGD beim Kinderschutz

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

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

Ansprechpartner sind namentlich bekannt

KJGD per Gesetz aufsuchend tätig

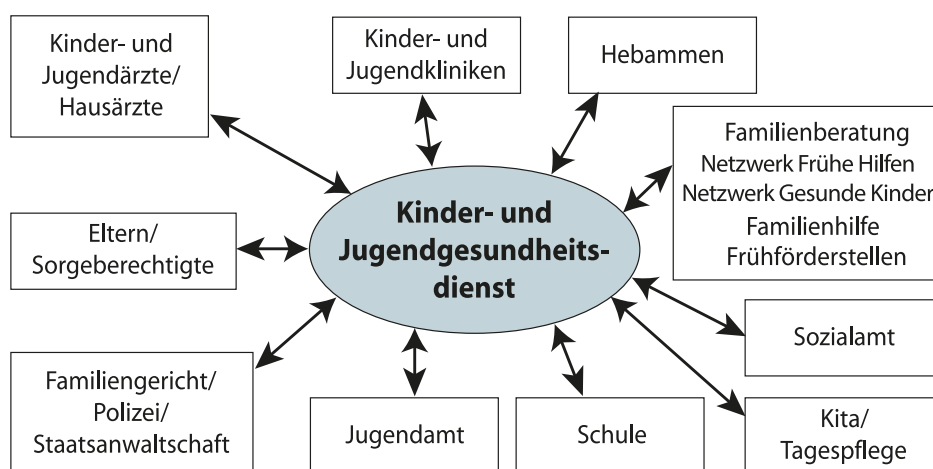


Abbildung 7: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Kinderschutznetz

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

Frühzeitige kompensatorische Hilfen bei Hochrisikogruppen

Kinderschutz bei kinderärztlichen Reihenuntersuchungen

Elterngespräche bei Verdachtsmomenten

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

Handlungspflicht bei Deprivation in sozialem Mangelmilieu

Auch Entwicklungsverzögerungen, Sprachauffälligkeiten, psychosoziale Probleme, körperliche oder motorische Retardierungen können Verdachtsmomente auf eine Vernachlässigung darstellen. Verweisen diese Anzeichen bei einem Kind auf eine Deprivation in einem sozialen Mangelmilieu, ist der KJGD zum Handeln verpflichtet. Der Kinder- und Jugendarzt spricht in diesem Fall die Eltern auf die festgestellte Problematik an und versucht, ihre Mitwirkung zu erzielen. Auch hier kann eine verständnisvolle und vertrauensvolle Gesprächsführung Berührungsängste oder Abwehr abbauen und die Kontaktaufnahme zum Jugendamt erleichtern. Gegebenenfalls unterstützt der Kinder- und Jugendarzt des KJGD den oder die Sozialarbeiter*in des Jugendamtes bei der Führung des Erstgesprächs mit den Eltern.

Kinderschutz des KJGD bei Vernachlässigung

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

Die Problematik der Schulbummelei und des fortgesetzten Fernbleibens von der Schule wird nicht selten zuerst an den KJGD herangetragen. Ausgeprägtes Schule schwänzen geht häufig auf unerkannte psychosoziale Probleme, psychiatrische Erkrankungen oder Suchtprobleme bei Kindern und/oder Eltern zurück. Es ist sehr bedauerlich, wenn diese Fälle erstmals im Rahmen der ärztlichen Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz²⁰ nach zehn absolvierten Schuljahren und einem Abschluss in der 7. Klasse auffallen, obwohl im Brandenburger Schulgesetz (insbesondere im § 4 Abs. 3)²¹ ein klarer Auftrag an Schule formuliert ist, sich auch mit dieser Thematik rechtzeitig und im System Schule

²⁰ Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 (Bibl. I S. 965), zuletzt geändert durch Artikel 230 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl I S. 2407). Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/jarbschg>.

²¹ Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG) vom 02. August 2002, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2011. Verfügbar unter http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.47195.de#3

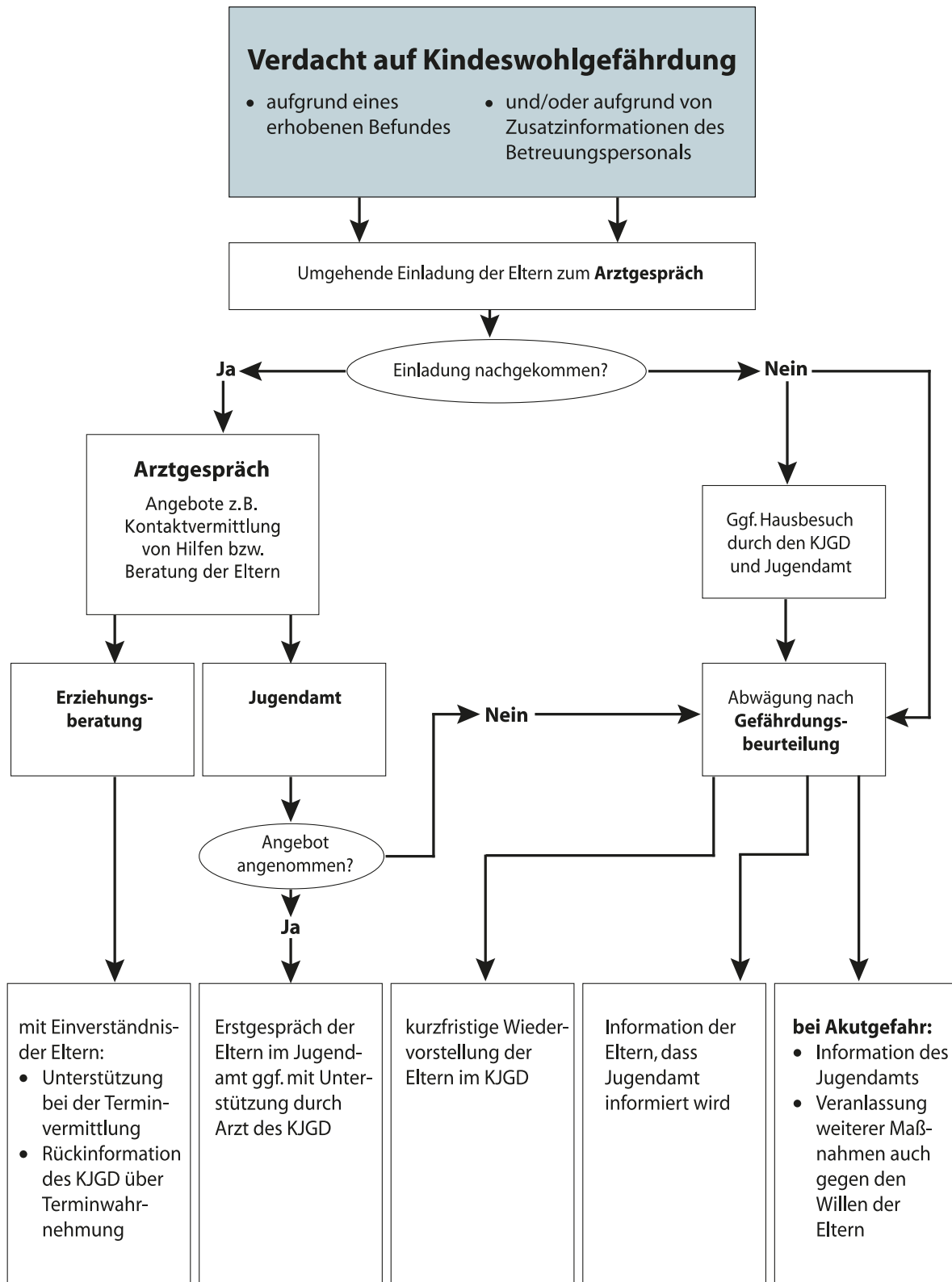


Abbildung 8: Fallmanagement im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung anlässlich Reihenuntersuchung (Kita oder Schule)

zu befassen. Um dem Problem entgegenzuwirken, bringt der KJGD in Arbeitskreisen von Schule, Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie seine fachlichen Erfahrungen ein und bietet sich als Vermittler und Berater zwischen Behörden, Schule und behandelnden Kinder- und Jugendärzten an.

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

5.6 Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst

Die Mundgesundheit beeinflusst den allgemeinen Gesundheitszustand eines jeden Menschen. Noch stärker gilt dies für Kinder. Außer ihrer primären Funktion, eine problemlose Nahrungsaufnahme zu ermöglichen, begünstigen gesunde Zähne und gesunde Kieferverhältnisse die Sprachentwicklung und Kommunikationsfähigkeit Heranwachsender und damit auch ihre Teilhabe an Bildungsprozessen. Ein gesundes Gebiss wirkt ästhetisch und beeinflusst das Selbstwertgefühl und die soziale Akzeptanz. Daher sind beim Schutz und bei der Förderung der Kindergesundheit zahnmedizinische Aspekte bedeutsam. Gesetzliche Regelungen zu diesem gesundheitlichen Bereich sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch § 21 und der darauf basierenden Vereinbarung zur Förderung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg sowie im Gesundheitsdienst-, Kita- und Schulgesetz des Landes Brandenburg festgelegt worden.



Weiterführende Information: Grundlagen, Strukturen, Organisation und Ansprechpartner auf kommunaler und Landesebene sind unter www.brandenburger-kinderzaehne.de eingestellt.

Mundgesundheit ist Bestandteil des präventiven Kinderschutzes

In Kindereinrichtungen erfolgt die zahnmedizinische präventive Betreuung der Kinder und Jugendlichen ab dem 1. Milchzahn bis zum Ende der Schulzeit durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter. Die Gruppenprophylaxemaßnahmen, zu denen zahnärztliche Untersuchungen, angeleitetes Mundhygienetraining, Ernährungslenkung, Fluoridapplikationen und die Motivierung zum regelmäßigen Zahnarztbesuch gehören, sind bis zur Klassenstufe 6 bzw. bis zum Ende der Förderschulzeit ein fester Bestandteil dieser Betreuung. Kinder und Jugendliche werden in Kindertages- und Tagespflegestätten sowie in Schulen unabhängig von ihrer Lebenssituation jährlich mit niedrigschwellig präventiven Maßnahmen erreicht.

Die zahnärztlichen Untersuchungen haben mit der Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und Erhebung gesundheitlicher Daten einen individuellen und einen bevölkerungsmedizinischen Charakter. Kariesvorkommen, Sanierungsstand, Zahn-

und Kieferfehlstellungen und Erkrankungen des Zahnfleisches sowie weitere Parameter werden standardisiert erfasst, dokumentiert und anonymisiert ausgewertet. Die Sorgeberechtigten werden über den festgestellten Behandlungsbedarf ihres Kindes informiert und erhalten Hinweise zur Inanspruchnahme individueller präventiver Maßnahmen.

Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen sind Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes. Anhand der Auswertungen können beispielsweise Einrichtungen mit erhöhtem präventiven Handlungsbedarf ermittelt und bedarfsgerechte Betreuungsprogramme auf Landes- und kommunaler Ebene von den Zahnärztlichen Diensten geplant, koordiniert und ihre Umsetzung gesteuert werden.

Fallbeispiel: Zahn- und Zahnhalteapparaterkrankungen bei einem Schüler

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

Die Schulsozialarbeiterin stellte einen Kontakt mit dem Hauszahnarzt her. Zur zahnärztlichen Behandlung wurde der Schüler von seiner älteren Schwester begleitet und nahm Folgetermine wahr. Das zeigten die Ergebnisse der Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes.

Diagnose: mehrere kariös erkrankte bleibende Zähne und Erkrankungen des Zahnhalteapparates

Ursache: Überforderung der alleinerziehenden Mutter

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

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

Die Zahnärztlichen Dienste arbeiten mit Jugend-, Schul- und Schulverwaltungsämtern sowie Trägern der Kindereinrichtungen, Verbänden der Krankenkassen, den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten, dem Netzwerk Gesunde Kinder und Gesunde Kita, den Hebammen, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Gynäkologen sowie Schulsozial-

arbeitern und Schulgesundheitsfachkräften zusammen. Diese intersektorale Betreuung ist ein Bestandteil des präventiven Kinderschutzes und der Frühen Hilfen.

Unter den Gesichtspunkten des Kinderschutzes und Kindeswohls²² haben die zahnärztlichen Untersuchungen einen weiteren wichtigen Stellenwert. Die diagnostischen Ergebnisse können auch ein Frühwarnzeichen für das Vorliegen einer potenziellen Gefährdung des Kindeswohls darstellen. Derzeit sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Gesundheitsämtern die einzige medizinische Berufsgruppe, die Kinder und Jugendliche in den Kindereinrichtungen regelmäßig untersucht und Anhaltspunkte für Gefährdungen erkennen kann. Erforderliche Maßnahmen werden daraufhin eingeleitet.

Betreuungscontrolling bei auffälligen zahnmedizinischen Befunden

Ein besonderes Augenmerk erfordern die Kinder und Jugendlichen, die auffällige zahnmedizinische Befunde aufweisen. Besteht über einen längeren Zeitraum eine umfangreiche Behandlungsbedürftigkeit wie z.B. kariös stark zerstörte Zähne, Infektionen, Blutungen oder Traumata sowie ein erhöhtes Kariesrisiko, ist gemäß dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz § 6 Abs. 3 ein Betreuungscontrolling durchzuführen. Ziel ist es, dass diese Kinder und Jugendlichen zahnärztlich behandelt werden und die orale Gesundheit wiederhergestellt wird. Die Sicherung einer adäquaten Funktion, Schmerz- und Infektionsfreiheit hat dabei Priorität.

Altersspezifische zahnmedizinische Anhaltspunkte, dargestellt im „Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg“, sind neben allgemeinen gesundheitlichen Auffälligkeiten, dem Erscheinungsbild und dem Verhalten Entscheidungsgrundlagen für die Einleitung des Betreuungscontrollings. Einen konkreten Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder spezifischer Erkrankungen im Mundbereich, die zu der Diagnose einer dentalen Vernachlässigung führen, gibt es lt. Kinderschutzleitlinie nicht.

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

Verfahrensweise bei Anzeichen für Vernachlässigung

Ist erkennbar, dass im Einzelfall Anzeichen für eine aktive oder passive Vernachlässigung vorliegen und keine zahnärztliche Behandlung erfolgt, werden unter Abwägung der Kindeswohl-Aspekte unter angemessener Einbeziehung vorhandener Strukturen und Partner weitere Kontakte hergestellt. So werden zusätzliche Impulse zur Wahrnehmung

²²⁾ Für die Konkretisierung, welche Indikatoren für eine Kindeswohlgefährdung im zahnmedizinischen Bereich sprechen, siehe auch: Goho, C. (2010): Kindesmisshandlung: Identifikation in der Zahnarztpraxis. Dental Tribune, German Edition, Nr. 6.

notwendiger Behandlungen und damit Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Kindes bzw. Jugendlichen gesetzt. Von aktiver Vernachlässigung wird gesprochen, wenn eine wissentliche Verweigerung von Handlungen, wie die gesundheitliche Versorgung nicht erfolgt. Mangelnde Einsicht oder Nichterkennen von Bedarfssituationen, Überforderung oder unzureichende Handlungsmöglichkeiten der Sorgeberechtigten sind Kennzeichen für eine passive Vernachlässigung.

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

Besondere Berücksichtigung finden Spuren von Gewaltanwendungen gegen Kinder, die sich oft im Kopf- oder im Halsbereich zeigen. Aus Studien (Rötzscher 2003) geht hervor, dass 50 Prozent der misshandelten Kinder orofaziale Läsionen oder Verletzungen in der Halsregion aufweisen.

Zahnärztinnen und Zahnärzte in Gesundheitsämtern und in Zahnarztpraxen haben in diesen Fällen eine besondere Mitverantwortung beim Kinderschutz. In Verdachtsfällen ist eine zeitnahe und sorgfältige Dokumentation der durch Gewalteinwirkung oder Vernachlässigung entstandenen Befunde wichtig und als Beweismittel für den weiteren Verlauf bedeutsam.

Im Internet sind von Zahnärztekammern Befundbögen „Forensische Zahnmedizin“ abrufbar.



Weiterführende Information:

Die Landeszahnärztekammer Brandenburg verweist unter <https://www.lzkb.de/zahnaerzte/zahnarzt-berufsrecht/rechtsfragen/96-lzkb/zahnaerzte/rechtsfragen/291-gewalt-in-der-familie-%E2%80%93-befundbogen-forensische-zahnmedizin> auf den forensischen Befundbogen ZahnMedizin der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und dem Rechtsmedizinischen Institut der Universität Greifswald.

Mit konkreten Fragestellungen zu Verdachtsfällen auf dentale Vernachlässigung bzw. Kindeswohlgefährdung können sich Zahnärztinnen und Zahnärzte an „insoweit erfahrene Fachkräfte“ gem. § 8a SGB VIII und § 4 II KKG in Jugendämtern wenden.

Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst zur Durchführung des Betreuungscontrollings

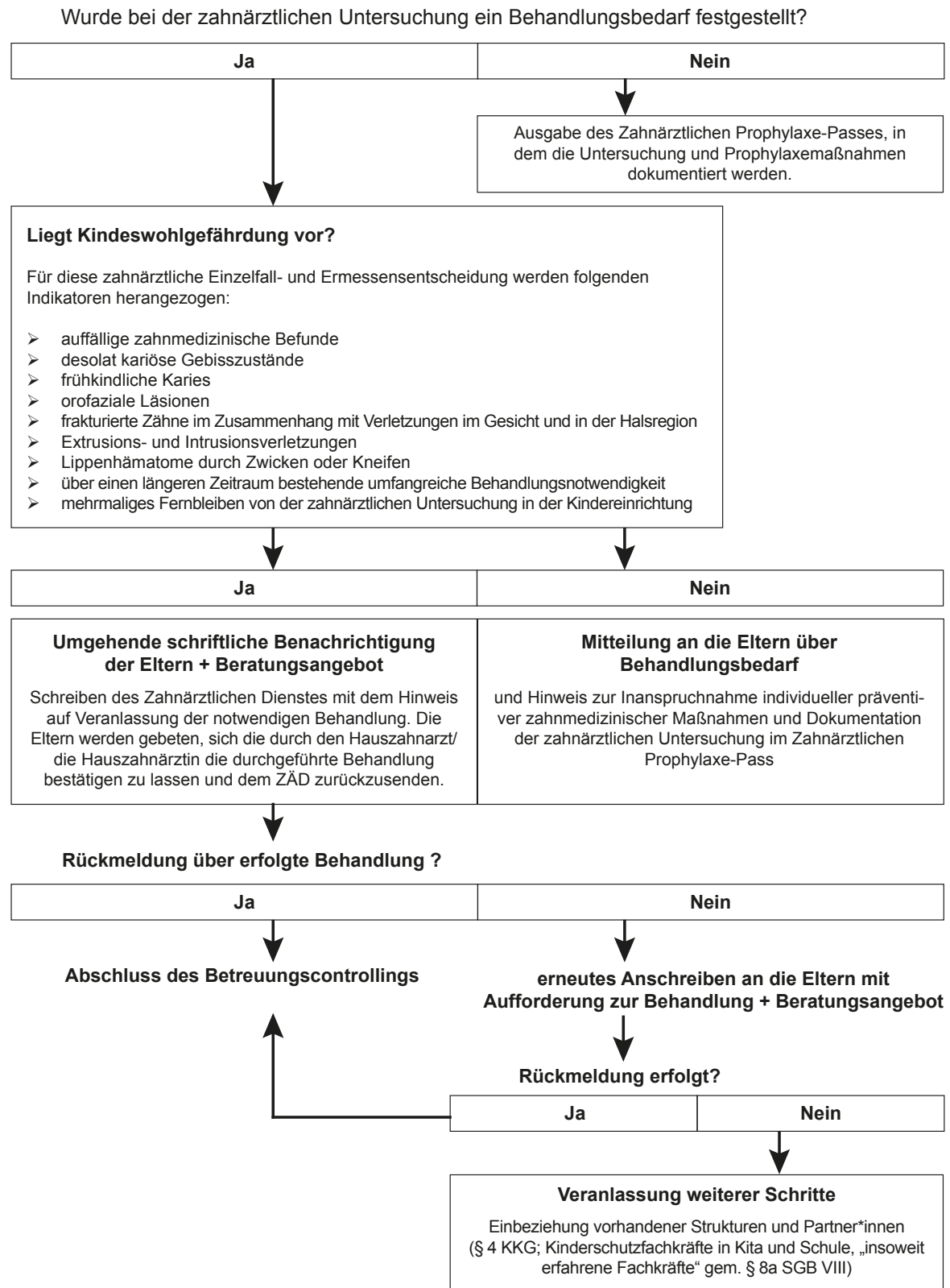


Abbildung 9: Fallmanagement im Zahnärztlichen Dienst zur Durchführung des Betreuungscontrollings

5.7 Fallmanagement in den Frühförder- und Beratungsstellen

Handlungsfelder der Frühförder- und Beratungsstellen beim Kinderschutz

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

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

Aufgabenspektrum der Frühförder- und Beratungsstellen

Fallbeispiel: sozial-emotionale Auffälligkeiten bei einem Kita-Kind

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

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

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

Ursache: Überforderungssituation der Mutter und des Partners

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

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

Kooperation und Netzwerkarbeit

Durch die Frühförderungsverordnung (FrühV 2017) gestärkt, bieten heute viele Frühförder- und Beratungsstellen eine offene Anlaufstelle für alle interessierten Eltern, die sich um die Entwicklung ihrer Kinder sorgen. Von insgesamt 50 regionalen Frühförder- und Beratungsstellen halten 8 Frühförder- und Beratungsstellen überregionale Angebote für Kinder mit Hör- und Sehstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen vor.

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

Handlungsfelder beim Kinderschutz

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

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

Kooperation mit ÖGD und Jugendamt

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

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



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

Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

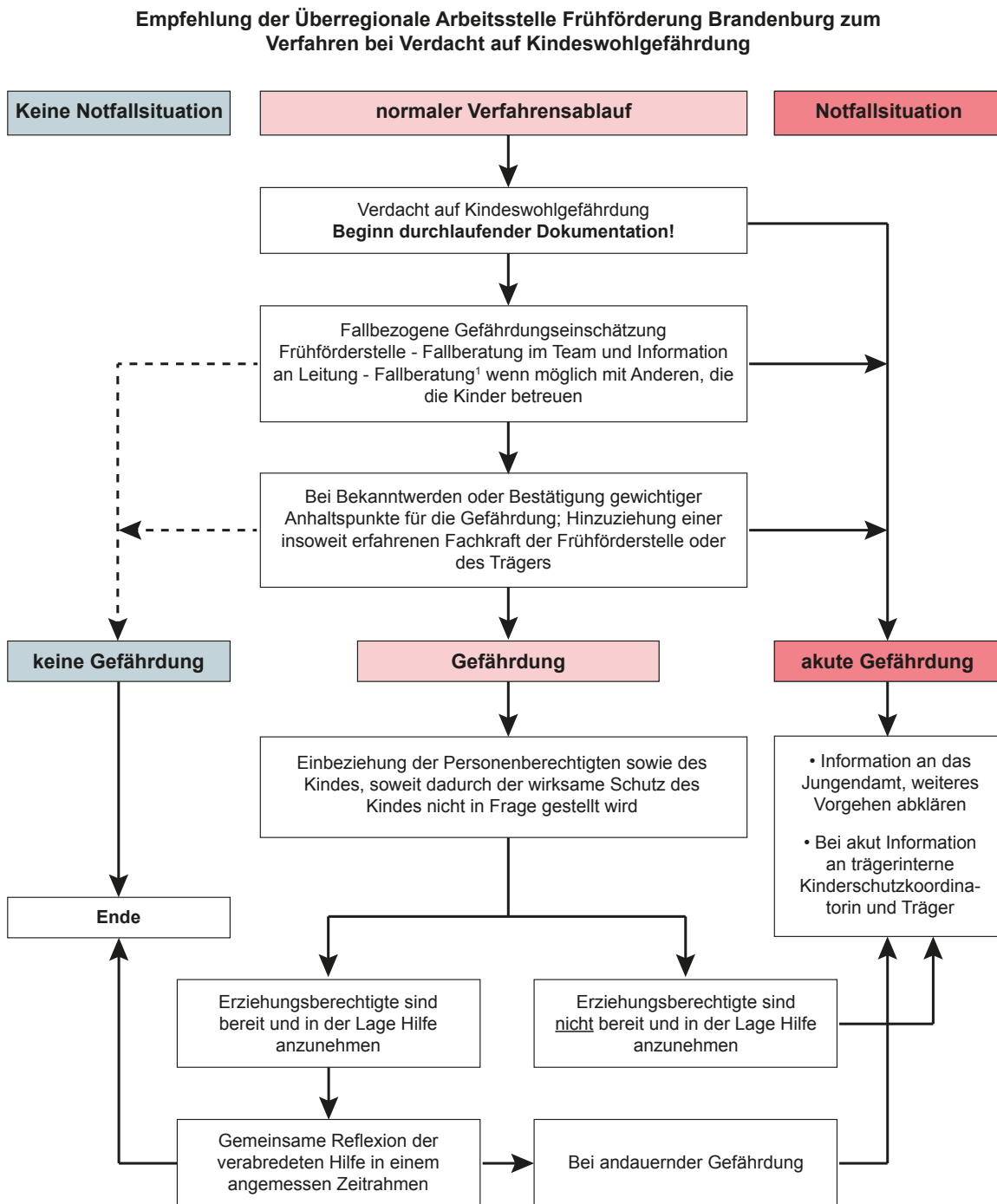


Abbildung 10: Empfehlung der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg zum Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

5.8 Fallmanagement an der Schnittstelle Kindermedizin und Rechtsmedizin

medizinische
Versorgung inklusive
Kinderschutz

Die Sicherung des Kindeswohls und damit der Schutz vor jeder Form der Gefährdung gehören grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Einrichtungen, Angebote und Fachkräfte, die beruflich mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Familie in Kontakt stehen.

Das Thema Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist nach wie vor mit einer hohen Dunkelziffer belegt. Selbst bei einem bestehenden Verdacht können Expert*innen dies nur schwer mit Sicherheit einschätzen und von z.B. Unfällen abgrenzen.

Die Unsicherheit, verschiedene Formen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sicher als solche zu erkennen und darauf entsprechend angemessen zu reagieren, ist gerade auch in verantwortlichen Bereichen und Institutionen, wie insbesondere in der Jugendhilfe oder Schule groß. Besteht ein Verdacht auf Gewalt gegen Kinder und Jugendliche muss diesem gesetzlich bestimmt in jedem Fall in einem inter- bzw. multidisziplinären Setting und insbesondere mit dem medizinischen Bereich nachgegangen werden.

grundgesetzlicher
Schutzauftrag als
Handlungsmaxime

Die Pädiatrie oder Kinderheilkunde als medizinische Fachdisziplin ist die Lehre von der Entwicklung des kindlichen und jugendlichen Organismus, seinen Erkrankungen sowie deren Behandlung und Vorbeugung und beinhaltet in diesem Sinne auch präventive und intervenierenden Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls. In Kinderkliniken wie auch bei niedergelassenen Kinderärzt*innen sollte in diesem Sinne der grundgesetzlich bestimmte Kinderschutzauftrag (GG Art. 6 Abs. 2 Satz 2) integraler Bestandteil des Leistungsangebotes aller dort tätigen und kooperierenden Fachdisziplinen sein. Nach allen epidemiologischen Erkenntnissen tritt Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und/oder Kindesmissbrauch zwar häufiger auf, wird jedoch entsprechend seltener im medizinischen Kontext diagnostiziert. Die Diagnose und folgende Hilfen bzw. angemessene Schutzmaßnahmen für kindlichen Opfer setzen verschiedenes voraus: ganzheitliche Aufmerksamkeit, Bereitschaft zur umfassenden Diagnosestellung, fachliche Kenntnisse der verschiedenen Misshandlungskontexte und -formen, Kompetenzen in Bezug auf rationale Diagnostik und Differenzialdiagnosen entsprechend aktueller Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften (u.a. S3 Kinderschutzleitlinie), ein strukturiertes, fachgerechtes und ggf. interdisziplinär abgesicherte Vorgehen bei der Verdachtsabklärung, Kompetenzen in der Erfassung und Beurteilung von familiären Risiken und Ressourcen, Rechtssicherheit und die Bereitschaft zur multiprofessionellen Kooperation und gemeinschaftlicher Verantwortung bezüglich der Einleitung notwendiger und geeigneter Hilfen und ggf. Schutzmaßnahmen. Als wichtiger Standard in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin wird die Arbeit von multidisziplinären Kinderschutzgruppen nach den Empfehlungen der DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin) erachtet.

Kinderschutzleitlinie
gibt Handlungs-
sicherheit

Bei der Frage, ob im Zusammengang einer unklaren Diagnose oder zum Zweck einer (gerichtsfesten) Absicherung der eigenen Diagnose von Kinderärzten mehr Handlungssicherheit herzustellen ist kommt insbesondere der Schnittstelle Kindermedizin und Rechtsmedizin eine besondere Bedeutung zu. In diesem Sinne bietet die Einbeziehung der Rechtsmedizin die Möglichkeit der spezifischen Beurteilung und Anwendung medizinischer und naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und deren entsprechende Aufbereitung für die Rechtsprechung. Zu den Aufgaben eines Rechtsmediziners mit Blick auf Kinder und Jugendliche gehören Körperverletzungen in Folge von Unfällen oder Tötlichkeiten oder sexueller Gewalt zu beurteilen und zu begutachten sowie die Tathergänge und ggf. Todesursache festzustellen.

**Kindermedizin
im Dialog mit
Rechtsmedizin**

Trotz verbindlicher rechtlicher Regelungen insbesondere seit 2012 mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes treten bei Fachkräften im Gesundheitswesen manchmal immer noch offene Fragen und Unsicherheiten hinsichtlich der bestehenden Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten auf. Diese beziehen sich u. a. auf Aspekte der ärztlichen Schweigepflicht oder der Sicherung und gerichtsfesten Bestätigung von kinderschutzrelevanten Befunden. Zudem können mangelnde Erfahrung im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie fehlende Kenntnis der Netzwerkstrukturen und der im Kinderschutz tätigen Akteure hinzukommen.

Ziel der Verbesserung der Arbeit in der Kindermedizin ist es, den Beitrag des Gesundheitswesens zum Kinderschutz zu stärken und insbesondere die Kooperation mit der Jugendhilfe zu befördern. Möglichkeiten dies zu erreichen bietet die Einrichtung von Kinderschutzgruppen in den Kinderkliniken mit dem Ziel der Gewährleistung einer multiprofessionellen Diagnostik, die regelmäßige Durchführung interdisziplinärer Fallberatungen. Dabei liegt das Ziel in der Verbesserung der strukturellen Zusammenarbeit im Kinderschutz und der Etablierung regionaler Kinderschutzambulanzen mit dem Ziel einer bereichsübergreifenden Diagnostik als Standard in der Bearbeitung von Fällen eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung. Die grundsätzliche Zielsetzung der Qualifizierung der Kindermedizin in Bezug auf den Kinderschutz ist es, verschiedene Fachbereiche wie Kinderpsychiatrie, Kindermedizin, Rechtsmedizin, Rechtswissenschaft und Jugendhilfe verbindlicher auf den Ebenen der Fall- und Feldarbeit zu vernetzen. Zu diesem Zweck soll es als fachlichen Standard an jeder Kinder- und Jugendklinik ein den lokalen Strukturen angepasstes und rechtskonformes Vorgehen in Verdachtsfällen geben (vgl. dazu § 4 KKG). Dieses umfasst eine strukturierte, verbindliche Verfahrensanweisung mit entsprechender Diagnostik und Dokumentation sowie die Nutzung vorhandener Netzwerke zum Kinderschutz und/oder die Etablierung einer Kinderschutzgruppe, die mit den nötigen Ressourcen und Kompetenzen versehen sowie in ein regional vorhandenes Kinderschutznetzwerk (gemäß § 3 KKG) eingebunden ist. Durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e. V. (DGKiM) ist eine Qualifikation für medizinische Fachkräfte als „Kinderschutzmediziner*in“ zertifiziert worden.

**Kooperation als
gesetzlicher Auftrag**

Um für die Gesamtthematik einen strukturell verbindlichen Rahmen zu schaffen, wäre, angebunden an einzelne Kinderkliniken, die Einrichtung überregional arbeitender Kinderschutzambulanzen eine interdisziplinäre und damit sach- und fachgerechte Lösung.

**Kinderschutz-
ambulanzen als
Kompetenzzentren**

Das Konzept des medizinisch-sozialpädagogischen Kinderschutzes bietet in diesem Rahmen in erster Linie ein gutes Bindeglied zwischen der Medizin und der Kinder- und Ju-

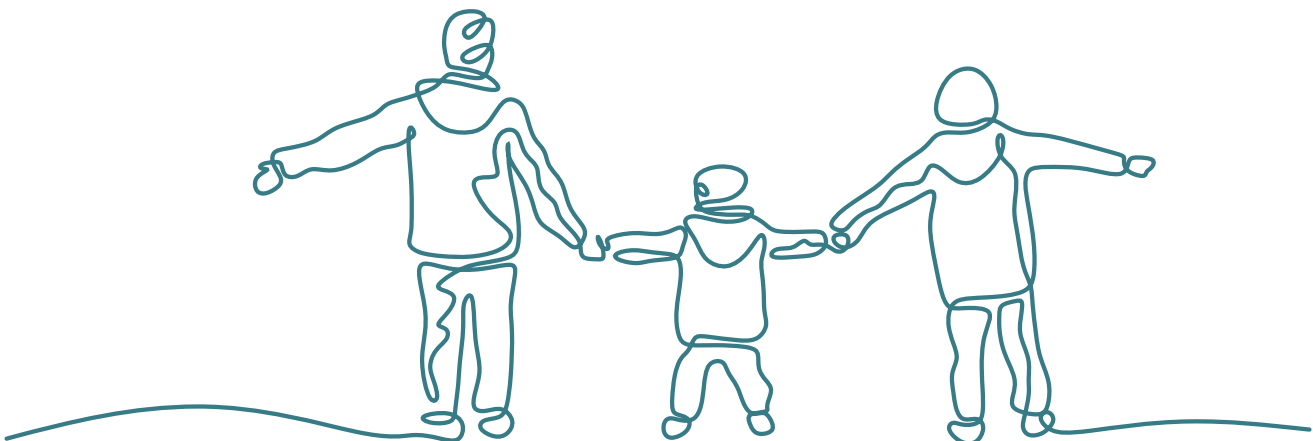
Kinderschutz braucht neben Intervention auch Prävention, Früherkennung und qualifizierte Diagnostik

gendhilfe. Es verbessert das Erkennen und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach körperlicher, emotionaler oder sexualisierter Gewalt.

Die Aufgaben des medizinisch-sozialpädagogischen Kinderschutzes umfassen neben der Prävention, Früherkennung und Diagnostik auch Interventionen in Fällen von körperlicher, emotionaler oder sexualisierter Gewalt sowie bei Vernachlässigung. Aufgabe ist aber auch die Qualitätssicherung, z. B. durch Intervention, Evaluation und Fortbildung. Eine Vernetzung innerhalb bestehender Strukturen (Jugend- und Sozialämter, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, Polizei, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Schulen, ambulante Gesundheitsdienstleister wie z. B. Hebammen, Familienhebammen) kann so unterstützt und ausgebaut werden.

Als spezialisiertes medizinisch-interdisziplinäres bzw. multidisziplinäres Angebot können diese Aufgaben aufgrund ihrer Komplexität durch eine multidisziplinär besetzte Kinderschutzambulanz (KIA) angemessen erfüllt werden. Die interdisziplinäre bzw. multidisziplinäre Abklärung von Kindeswohlgefährdungen bei Verdachtsfällen körperlicher, emotionaler oder sexualisierter Gewalt sowie Vernachlässigung kann so auch unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie zum Kinderschutz erfolgen.

In diesem Sinne sorgt die KIA zeitnah für Klarheit insbesondere für betroffene Kinder und Jugendliche. Sie bietet eine Möglichkeit der ambulanten Untersuchung und interdisziplinären bzw. multidisziplinären Abklärung von jeglicher Form von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Somit unterstützt die KIA die Handlungs- und Entscheidungssicherheit von Fachkräften und Personensorgeberechtigten und verbessert die regionale Zusammenarbeit und Vernetzung.



5.9 Exkurse zum Kinderschutz

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

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

5.9.1 Fallmanagement in der Kita

Fallbeispiel: Kindeswohlgefährdende Anzeichen bei einem Säugling

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

Diagnose: Pilzerkrankung

Ursache: Infektion mit Pilzerreger und ausbleibende Behandlung

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

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

gesetzlicher Auftrag im Kinderschutz

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



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

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

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

Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

§ 8a Abs. 4 SGB VIII

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

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

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

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

Vereinbarung über die Regelungen zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung



§ 8a SGB VIII – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

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

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

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

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

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

Kinderschutzverfahren

- Die Kita-Leitung beruft zur Abschätzung des Gefährdungsrisikos unverzüglich eine Fallberatung ein und sorgt ggf. und eigenverantwortlich für die Information und Einbeziehung einer insoweit erfahrenen Fachkraft.

Fallberatung

- An der Fallberatung nehmen in der Regel teil: Kita-Leitung, die/der Bezugserzieher*in des Kindes sowie Erzieher*innen, die Kenntnis von der Gefährdung bzw. weitere hilfreiche Informationen haben und ggf. die/der Ansprechpartner*in Kinderschutz der Einrichtung. Eine insoweit erfahrene Fachkraft ist ggf. gem. § 8a Abs. 4 SGB VIII hinzuziehen. Im Ergebnis ist ein Protokoll der Fallberatung (Dokumentationsbogen Kinderschutz) zu fertigen. In diesem ist u. a. festzuhalten:
 - welche Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung mit welcher Häufigkeit aufgetreten sind,
 - welche Maßnahmen ggf. bereits mit welchem Ergebnis veranlasst wurden und
 - welche weiteren Maßnahmen nach dem Grundsatz „Wer macht was bis wann?“ vereinbart wurden.

Schutzplan

- Liegt eine Gefährdung des Kindes vor, bzw. kann eine solche nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden, wird festgelegt, wer in welchem Zeitraum was tut, so z. B. Gespräche mit Eltern führt bzw. notwendige Hilfsangebote unterbreitet. Hierzu wird ein verbindlicher Schutzplan erstellt, der konkrete Maßnahmen nach dem bereits genannten Muster „Wer macht was bis wann?“ enthält. Diese Maßnahmen sind innerhalb der festgelegten Frist durch die Leitung oder eine/n andere/n verantwortliche/n Mitarbeiter*in der Einrichtung zu kontrollieren. Werden Hilfsangebote durch Eltern nicht angenommen oder sind diese dazu nicht in der Lage bzw. stellt sich heraus, dass diese nur bedingt wirksam werden, erfolgt durch die Kita-Leitung eine Meldung an das Jugendamt i. d. R. auf dem dafür vorgesehenen Meldebogen in der in der Vereinbarung vorgeschriebenen Art und Weise: Wer an wen und wie?

akute Gefährdung

- Bei akuter Gefährdung ist das Jugendamt bzw. der Kindernotdienst sofort zu informieren oder die Polizei zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr im Zuge von Amtshilfe um Unterstützung zu bitten. Bei gravierender und andauernder Kindeswohlgefährdung kann die Kita-Leitung das Familiengericht auch direkt anrufen. Das Jugendamt sollte davon unmittelbar in Kenntnis gesetzt werden.



Weiterführende Information:

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



Hinweis zum Musterfall²³

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

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



Weiterführende Information: Die Publikationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter geben zusätzliche Informationen.

http://www.bagljae.de/downloads/115_handlungsleitlinien-bkischg_betriebserlaub.pdf; http://www.bagljae.de/downloads/114_sicherung-der-rechte-von-kindern-in-kitas.pdf

5.9.2 Fallmanagement in der Schule

Fallbeispiel: Schulkind mit latenten Auffälligkeiten

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

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

²³ Im Musterfall geht es um den Umgang mit einem Verdachtsfall außerhalb der Einrichtung. Auch der Umgang mit Gewalt gegenüber Kindern durch eigene Teammitglieder bedarf einer hohen Sensibilität und eigenen Verfahrensweisen. Vgl. http://www.bagljae.de/downloads/122_handlungsleitlinien-sexuelle-grenzverletzu.pdf



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

Ursache: Überforderungssituation der alleinerziehenden Mutter

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

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

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

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

Konkret stellen sich Fragen des Kinderschutzes in der Schule, wenn ein begründeter, aber häufig noch vager Verdacht entsteht, dass mit einem Kind bzw. in einer Familie etwas nicht stimmt²⁴.

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

**Präventiver
Kinderschutz beginnt
mit Vertrauen**

**Abgestimmtes
Vorgehen
im Verdachtsfall**

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

Unmittelbares Handeln bei konkreten Hinweisen

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

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

Einbeziehung des Jugendamtes und Teilnahme am Hilfeplanverfahren

Da in der Regel weitere Handlungsschritte erforderlich sind, sollte gemäß § 4 des Brandenburger Schulgesetzes das Jugendamt rechtzeitig in die Vorgehensweise einbezogen werden. Der Anruf beim Jugendamt kann dabei nur der erste Schritt sein; die Vergewisserung der dortigen Fallaufnahme und die Gesprächsbereitschaft gegenüber dem Jugendamt sowie die Bereitschaft einer Beteiligung am Hilfeplanverfahren sind mit einzuschließen. Hier hat sich als Handlungsgrundlage eine Kooperationsvereinbarung zwischen Staatlichem Schulamt und Jugendamt bewährt, in der Grundzüge der Zusammenarbeit geregelt und verbindliche Verfahrensabläufe bzw. Schnittstellen und eine angemessene Kommunikationsstruktur abgestimmt sind.

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

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

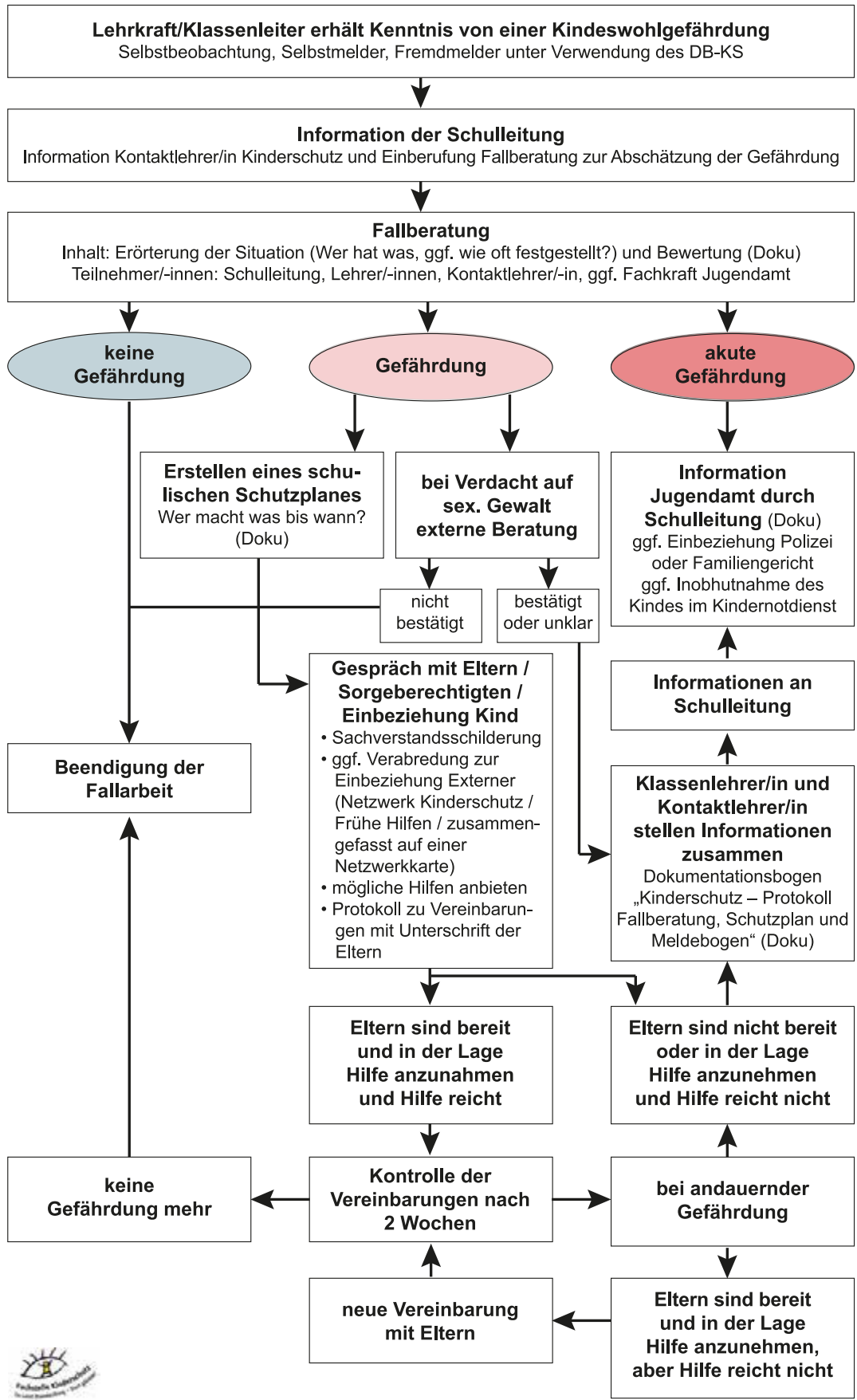


Abbildung 11: Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung in Schule

Kinderschutz bei Jugendlichen

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

Kinderschutz und Schulprogramm

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

PIT Brandenburg – Schulische Prävention im Team

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



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

5.9.3 Fallmanagement in der Sozialarbeit an Schule

Fallbeispiel: Schulkind vertraut sich der Sozialarbeiterin an

Ein 6. Klässler kommt regelmäßig in den Pausen in den Beratungsraum der Sozialarbeiterin und sucht den Kontakt zu ihr. Er wirkt häufig niedergeschlagen und traurig und äußert zunehmend den Wunsch, auch während des Unterrichts die Sozialarbeiterin aufsuchen zu dürfen.

Die Schulsozialarbeiterin entdeckt bei einem persönlichen Kontakt mit dem Schüler zufällig Schnittverletzungen an den Unterarmen des Schülers. In einem Beratungsgespräch vertraut der Schüler unter Tränen der Sozialarbeiterin an, dass er die neue Partnerin seines Vaters nicht ausstehen kann. Seine Mutter ist vor weniger als 1,5 Jahren verstorben und er empfindet noch immer tiefe Trauer. Mit seinem Vater kann er darüber nicht sprechen, weil dieses Thema zuhause keinen Raum hat. Die Partnerin des Vaters hat seine Fotos der Mutter verbrannt, um ein Zeichen zu setzen, dass eine neue Zeit angebrochen ist.

Analyse: Traumatisierung des Schülers durch den Verlust seiner Mutter. Der Junge fühlt sich allein, unverstanden und verlassen. Der Vater steht als Gesprächspartner nicht zur Verfügung. Die neue Partnerin des Vaters geht äußerst unsensibel mit der Situation um.

Lösung: Die Sozialarbeiterin nimmt den Jungen ernst und schenkt ihm Gehör und Vertrauen. In Absprache mit dem Schüler führt sie ein vertrauensvolles Gespräch mit dem Vater, in dem sie ihn darüber informiert, wie es seinem Sohn geht. Ein Gesprächstermin mit der Schulpsychologin wird vereinbart und der erste Termin wird auf Wunsch des Schülers mit Vater und Sohn gemeinsam durchgeführt. Die Sozialarbeiterin integriert den Schüler in eine Trauergruppe in der Umgebung, in der sich Kinder und Jugendliche regelmäßig treffen, die Familienangehörige verloren haben. Der Vater sucht sich Unterstützung in einer Beratungsstelle im Umgang mit seiner Trauer. Er schließt eine Therapie nicht aus.

Ergebnis: Beendigung des selbstverletzenden Verhaltens des Schülers. Stabilisierung der Vater-Sohn-Beziehung und Stärkung väterlicher Verantwortung und Selbstvertrauen des Sohnes. Wachsen von tragenden Beziehungen des Schülers zu Kinder und Jugendlichen mit ähnlichen Verlusterfahrungen und Stärkung eigener Resilienz.

Was ist Sozialarbeit an Schule?

Sozialarbeit an Schule agiert kontinuierlich an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Schule am Standort Schule und stellt die intensivste Form der Kooperation zwischen den beiden Systemen dar. Sie arbeitet in gemeinsamer Verantwortung mit allen weiteren am Schulleben beteiligten und zu beteiligenden Fachkräften zusammen.

Sozialarbeit als Interessenvertretung

Neben der direkten Zielgruppe der Schüler*innen sind die zumeist sorgeberechtigten Elternberechtigte sowohl Anspruchsberechtigte als auch indirekte Zielgruppe, in jedem Fall aber verbindliche Kooperationspartner*innen. In diesem Sinne gehört es zum Selbstverständnis von Sozialarbeit an Schule das sie zuerst die Interessen von Schüler*innen vertritt, ein vertraulich arbeitendes Angebot ist und der Schweigepflicht unterliegt sowie ein freiwilliges Angebot ist.

Sozialarbeit als Schnittstellenarbeit

„Unter Schulsozialarbeit wird ein Angebot der Jugendhilfe verstanden, bei dem sozialpädagogische Fachkräfte, kontinuierlich am Ort Schule tätig sind und mit Lehrkräften auf einer verbindlich vereinbarten und gleichberechtigten Basis zusammenarbeiten, um junge Menschen in ihrer individuellen, sozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung zu fördern sowie dazu beitragen, Bildungsbenachteiligungen zu vermeiden und abzubauen, Erziehungsberechtigte und Lehrer*innen bei der Erziehung und dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz zu beraten und unterstützen sowie zu einer schüler*innenfreundlichen Umwelt beizutragen. Zu den sozialpädagogischen Angeboten und Hilfen der Schulsozialarbeit gehören insbesondere die Beratung (unter Berücksichtigung einschlägiger Beratungsgrundsätze) und Begleitung von einzelnen Schüler*innen, die sozialpädagogische Gruppenarbeit, offene Gesprächs-, Kontakt- und Freizeitangebote, die Mitwirkung in Unterrichtsprjekten und in schulischen Gremien sowie die Kooperation und Vernetzung mit dem Gemeinwesen.“²⁵

Gesetzlicher Auftrag

Sozialarbeit als gesetzlicher Auftrag

Für das Arbeitsfeld Sozialarbeit an Schule gibt es zwei bedeutsame rechtliche Grundlagen, das Achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII) und das (Brandenburger) Schulgesetz. Das SGB VIII umfasst bundeseinheitliche Regelungen für die Kinder- und Jugendhilfe und ist somit für die Sozialarbeit an Schule verbindliche Arbeitsgrundlage (insbesondere §§ 1, 11 und 13 SGB VIII). In Bezug auf die Sicherung des Kindeswohls besteht ein gesetzlicher Auftrag für Sozialarbeiter*innen an Schule gemäß § 8a Abs. 4 SGB VIII. Die schulgesetzlichen Regelungen beziehen sich auf die allgemeine Aufgabe, die Förderung der Kooperation von Schule und Jugendhilfe von Seiten der Schule (§ 9 Brandenburgisches Schulgesetz).

Verbindliches Vorgehen im Verdachtsfall

Sozialarbeit geht jedem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach

Zur Einschätzung der Gefährdung eines Kindes und der Abklärung der weiteren Schritte lädt die Sozialarbeiterin in der Regel gemäß § 8a Abs. 4 SGB VIII eine insoweit erfahrene Fachkraft (IeF) zu einer anonymisierten Fallberatung ein. Die IeF ist eine beratende Fachkraft, die bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos auf Kindeswohlgefährdung bei Kindern oder Jugendlichen im Bedarfsfall einbezogen werden muss.

²⁵⁾ vgl.: Speck, Karsten. Qualität und Evaluation in der Schulsozialarbeit. Konzepte, Rahmenbedingungen und Wirkungen. S. 23. Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlag GmbH. Wiesbaden 2006.

Vor der Kontaktaufnahme mit der IeF ist grundsätzlich gesetzlich bestimmt, die beobachteten Risikomomente im Zusammenwirken mit anderen pädagogischen Fachkräften in einem vertrauensvollen Gespräch zu teilen und zu analysieren, wenn die Gefährdungslage dies zulässt. Lässt sich in diesem Gespräch der Verdacht der Kindeswohlgefährdung nicht ausschließen, ist die IeF in die weitere Gefährdungseinschätzung einzubeziehen.

Der IeF wird anhand der Dokumentation der Fall anonym vorgestellt, eine Gefährdungseinschätzung vorgenommen und gemeinsam das weitere Vorgehen entwickelt und in einem s.g. Schutzplan fixiert. Das Gespräch und der Plan für die nächsten Schritte werden von der fallverantwortlichen Person schriftlich festgehalten.



Üblicherweise folgt danach das Gespräch mit den Eltern, sofern die Gefährdung dadurch nicht noch erhöht wird. Dabei werden diese zunächst über die wahrgenommenen Gefährdungsmomente informiert. Weiterhin werden den Eltern dabei Wege und Möglichkeiten aufgezeigt, um die gefährdende Situation zu beenden. Allgemeine Beratungsangebote, Hilfen zur Erziehung oder Therapien sind typische Unterstützungsangebote für Eltern bzw. Familien. Auch dieses Gespräch wird protokolliert. Es wird mit den Eltern eine schriftliche Vereinbarung in Form eines „Schutzplanes“ getroffen, die in einer angemessenen Frist überprüft wird.

Sind die Eltern zu einem Gespräch nicht bereit oder können die vereinbarten Ziele nicht umsetzen, ist das Jugendamt zu informieren. Sollten die Gefährdungsmomente zu einem Zeitpunkt so hoch sein, dass „Gefahr im Verzug“ ist, erfolgt die Information an das Jugendamt, zur Abwendung einer akuten Gefährdung ggf. die Einbeziehung der Polizei sofort und dies ggf. auch ohne Einbeziehung der Eltern.

Die Aufgabenbereiche der Sozialarbeit an Schule

Im Offenen Gesprächs- und Kontaktangebot hat die oder der Sozialarbeiter*in die Möglichkeit ganz niedrigschwellig mit den Kindern und Jugendlichen in Kontakt zu kommen. Das kann auf dem Schulhof sein, bei einem Spielangebot in der Pause, im Schulhaus oder auch im Raum der Sozialarbeit, wo die Schüler*innen einfach mal interessiert vorbeischaun, um in den Austausch zu kommen.

Wenn Schüler*innen dann gezielt mit konkreten Anliegen mehrmals die Sozialarbeiter*innen aufsuchen, wird von der Beratung und Begleitung einzelner Schüler*innen gesprochen. Hier hat der/die Sozialarbeiter*in die Möglichkeit, Themen und Nöte der Schüler*innen zu erfahren und ihnen mit Empathie zu begegnen. Das schafft Vertrauen und nicht selten nutzen Schüler*innen die Möglichkeit, sich dieser „neutralen“ Person zu öffnen. Wird dem oder der Sozialarbeiterin*in im Austausch mit einem*r Schüler*in, wie im Fallbeispiel beschrieben, einer Gefährdungssituation gewahr, übernimmt sie das „Mandat“ des Kindes bzw. Jugendlichen und somit die Verantwortung zur Klärung der Situation zum Schutz des Wohles des Kindes oder Jugendlichen. Sozialarbeit an Schule übernimmt sozusagen die Fallverantwortung und bezieht ggf. alle relevanten Fachkräfte, die im engen Kontakt mit dem oder der entsprechenden Schüler*in stehen, in eine folgende Fallberatung zur Einschätzung eines notwendigen Hilfebedarfs oder einer möglichen Kindeswohlgefährdung mit ein.

Die Möglichkeiten der innerschulischen und außerschulischen Kooperation sind für die Sozialarbeit an Schule von großer Bedeutung. Die innerschulische Kooperation bedeutet, dass es einen engen Austausch zwischen Schule und Sozialarbeit mit verbindlichen Absprachen gibt. Dies schließt auch die beratende Teilnahme an innerschulischen Gremien ein. Im Falle einer Kindeswohlgefährdung, die im Rahmen der Sozialarbeit an Schule bekannt wird, werden in der Regel der oder die Klassenlehrer*in, die Schulleitung und/oder andere Lehrkräfte, die einen „guten Draht“ zu dem oder der Schüler*in haben, beratend bei der Einschätzung der möglichen Gefährdung hinzugezogen. Wenn eine Kindeswohlgefährdung im Rahmen der schulischen Verantwortung erkannt wird, bezieht der oder die Lehrer*in den oder die Sozialarbeiter*in bei der weiteren Klärung des Falles mit ein.

Die außerschulische Kooperation ermöglicht es, auf ein Netzwerk unterschiedlichster Kooperationspartner*innen zurückgreifen zu können und diese mit ihren Angeboten themen- bzw. fallspezifisch zur Unterstützung an den Ort Schule zu holen. Darunter fallen z. B. Schulpsycholog*innen, Jugendhilfeträger und -einrichtungen, Jugendamt, Fachkräfte anderer Beratungsstellen, Mitarbeiter*innen von Vereinen und im Bedarfsfall auch die Polizei.

Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen kann in Abstimmung mit der Schule jederzeit aktiviert werden, um Präventions- oder Interventionsangebote in den Schulklassen durchzuführen. Es können aber auch ratsuchende Schüler*innen sowie Eltern bzw. Sorgeberechtigte sowie Lehrer*innen an entsprechende Stellen vermittelt oder durch den bzw. die Sozialarbeiter*in dahingehend begleitet werden. Die Zusammenarbeit mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten (im Weiteren Eltern) spielt eine wichtige Rolle im Rahmen der Sozialarbeit an Schule.

Im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung ist in den meisten Fällen ein Gespräch mit den Eltern gesetzlich geboten (§ 8a Abs. 4 SGB VIII) und notwendig, um abzuklären, ob in Abhängigkeit zum Alter und Entwicklungsstand des Kindes

1. sie bereit sind, die Gefahr für ihr Kind anzuerkennen und abzuwenden (BGB § 1666 Abs. 1).
2. sie in der Lage sind, die Gefahr für ihr Kind zu erkennen und abzuwenden (BGB 1666 Abs. 1).
3. die angebotene Hilfe ausreicht, um die Gefahr für ihr Kind abzuwenden (SGB VIII § 8a Abs. 4).

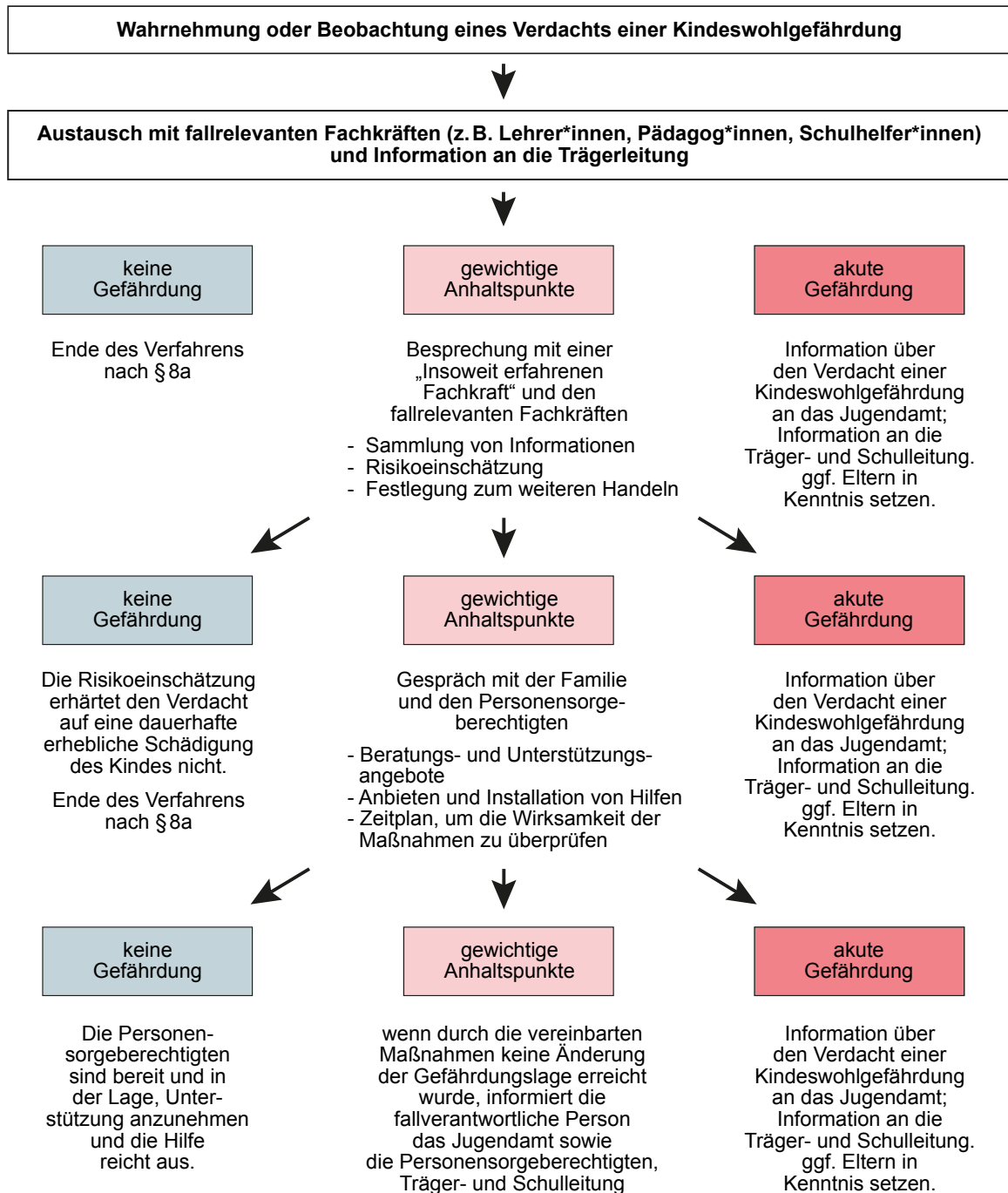
Sollte eine dieser drei Bedingungen nicht gewährleistet sein, wird der oder die Sozialarbeiter*in mit den Eltern die Einbeziehung des Jugendamtes erörtern und ggf. eine entsprechende Information an dieses weiterleiten.

Angebote im Rahmen der sozialpädagogisch orientierten Gruppenarbeit können präventiv oder intervenierend sein. Gemeinsam mit allen an der Schule Beteiligten, werden die Möglichkeiten und Methoden im Rahmen der sozialpädagogisch orientierten Gruppenarbeit schulspezifisch besprochen und bedarfsbezogene Ziele vereinbart. Entsprechende Angebote finden in der Regel im Klassenkontext oder in thematischen Arbeitsgruppen statt. Beispiele sind verschiedene Trainings zu Sozialem Lernen, die Einführung eines Klassenrates oder die Begleitung von Schülersprecher*innen.

Kinderschutzarbeit braucht gegenseitiges Vertrauen und gemeinsame Lösungen

Durch die tägliche Präsenz von Sozialarbeit an Schule und ihre eindeutige Rolle als Interessenvertretung der Schüler*innen, ist es schnell und nachhaltig insbesondere auch in Bezug auf Not- und Konfliktlagen möglich, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen aufzubauen. So kann im Bedarfsfall gemeinsam mit ihnen eine passgenaue Lösung für das jeweilige Problem im Interesse der Sicherung des Kindeswohls besprochen und gefunden werden.

Ablaufverfahren der Sozialarbeit an Schule bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (§8a SGB VIII)



Alle Schritte dieses Prozesses werden von der fallverantwortlichen Person umfangreich dokumentiert. Bei Gesprächen wird ein Protokoll angefertigt und von allen Beteiligten unterschrieben. Das Kind bzw. der oder die Jugendliche wird möglichst in alle Schritten mit einbezogen.

Abbildung 12: Ablauf der Sozialarbeit an Schule

5.9.4 Fallmanagement im Sport

Kinderschutz im Sport Land Brandenburg



Sport ist eine der beliebtesten Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen. Dies spiegelt sich auch in den Brandenburger Sportvereinen wieder. In unseren Sportvereinen treiben viele tausend Heranwachsende regelmäßig Sport, der von zumeist ehrenamtlichen Trainerinnen und Trainern bzw. Übungsleiterinnen und Übungsleitern pädagogisch angeleitet wird.

Gewalt und sexueller Missbrauch sind ein gesellschaftliches Phänomen, das sich durch viele Lebensbereiche zieht und leider auch vor dem Sport nicht Halt macht. Es gilt zum einen, Kinder und Jugendliche vor Gewalt und sexuellem Missbrauch wirksam zu schützen, zum anderen aber auch den Sportvereinen, mit seinen Übungsleiter*innen, vor falschen Verdächtigungen zu bewahren. Sportverbände sowie Stadt- und Kreissportbünde stehen hier in einer besonderen Verantwortung. Eine Kultur der Aufmerksamkeit und des Handelns Verantwortlicher trägt dazu bei, Betroffene zum Reden zu ermutigen, potentielle Täter abzuschrecken und ein Klima zu schaffen, das die Grundrechte von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen schützt.

Die Brandenburgische Sportjugend (BSJ) ist für alle Sportvereine, Sportverbände sowie Kreis- und Stadtsportbünde Anlauf- und Beratungsstelle für den Kinderschutz im Sport. Ziel ist es, ehren- und hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sport dafür zu sensibilisieren, Anzeichen bzw. Verdachtsmomente ernst zu nehmen und für diesen „Krisenfall“ gewappnet zu sein. Gemeinsam möchten wir dafür sorgen, dass der Sportverein Kindern und Jugendlichen einen Schutzraum gegen jegliche Art von Gewalt und Missbrauch bietet.

Sport als Teil der staatlichen Verantwortungsgemeinschaft

Grundsätze geben Handlungssicherheit



Grundsätzlich gilt:

- o Ruhe bewahren und nicht überstürzt agieren, sondern im Interesse des Kindes oder Jugendlichen besonnen handeln.
- o keine Schritte ohne vorherige Einbeziehung einer Fachberatungsstelle unternehmen
- o sich an den Kinderschutzbeauftragten des Vereins wenden
- o vorliegende Ablaufempfehlungen beachten
- o vertraulichen Umgang mit dem Verdacht, sicherstellen, dass keine Grüchte entstehen
- o dem Opfer signalisieren, dass man es ernst nimmt und als Vertrauensperson ansprechbar ist
- o das Kind/den Jugendlichen ernst nehmen und ihre Persönlichkeitsrechte schützen
- o keine vorschnellen Anschuldigungen
- o keine Konfrontation des oder der vermuteten Täter*in, da dies zu einer weiteren Gefährdung des Opfers führen kann
- o die Familie des Opfers nicht voreilig informieren
- o nicht über den Kopf des Kindes hinweg handeln
- o Vorstand über den Verdacht informieren
- o sorgfältige Dokumentation des Gehörten oder Gesehenen
- o nicht übereilt oder gegen den Willen der Betroffenen Anzeige erstatten, da dies möglicherweise den Schutz des Opfers gefährdet

Quelle: Brandenburgische Sportjugend

Formen der Grenzüberschreitung im Sport

Aufmerksamkeit beugt Grenzüberschreitungen vor

Eine entscheidende Besonderheit zu anderen Lebensbereichen außerhalb der Familie ist aber, dass Körperkontakt zwischen Erwachsenen und Kind/Jugendlichem selbstverständlich und bei manchen Sportarten unvermeidlich ist. Das erleichtert potenziellen Täter*innen auszutesten, wie weit sie gehen können, wie die Reaktionen der Kinder/Jugendlichen sind und ob andere Trainer*innen, Vereinsmitglieder oder Eltern etwas bemerken. Sexualisierte Gewalt hat viele Abstufungen und Gesichter. Die grundlegende Einordnung wird im Folgenden dargestellt.

Grenzüberschreitungen ohne Körperkontakt beinhalten:	Grenzüberschreitungen mit Körperkontakt beinhalten:	Massive Formen sexueller Gewalt sind:
<ul style="list-style-type: none"> - Cybergrooming, Sexting, Cybermobbing - sich vor anderen ausziehen müssen - exhibitionistische Handlungen - sich filmen lassen müssen - gemeinsames anschauen von Pornos - vom Trainer/von der Trainerin oder Anderen in der Dusche oder beim Umziehen beobachtet werden - abwertende, anzügliche Kommentierungen des Körpers bei Jungen und Mädchen - sexistische Witze und Sticheleien, sexualisierte Sprache 	<ul style="list-style-type: none"> - angeblich zufällige Berührungen bei Hilfestellungen zwischen den Beinen, am Po, am Busen - Zungenküsse - als Pflege getarnte sexuelle Grenzüberschreitungen (z.B. Massagen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Berührungen der Genitalien durch den/die Täter*in - Zwang zu sexuellen Handlungen - sexueller Missbrauch - sexuelle Nötigung - vaginale oder anale Penetration - orale, vaginale und anale Vergewaltigung

Abbildung 13: Formen der Grenzüberschreitung im Sport

Verhaltensweise bei Verdachtsfällen

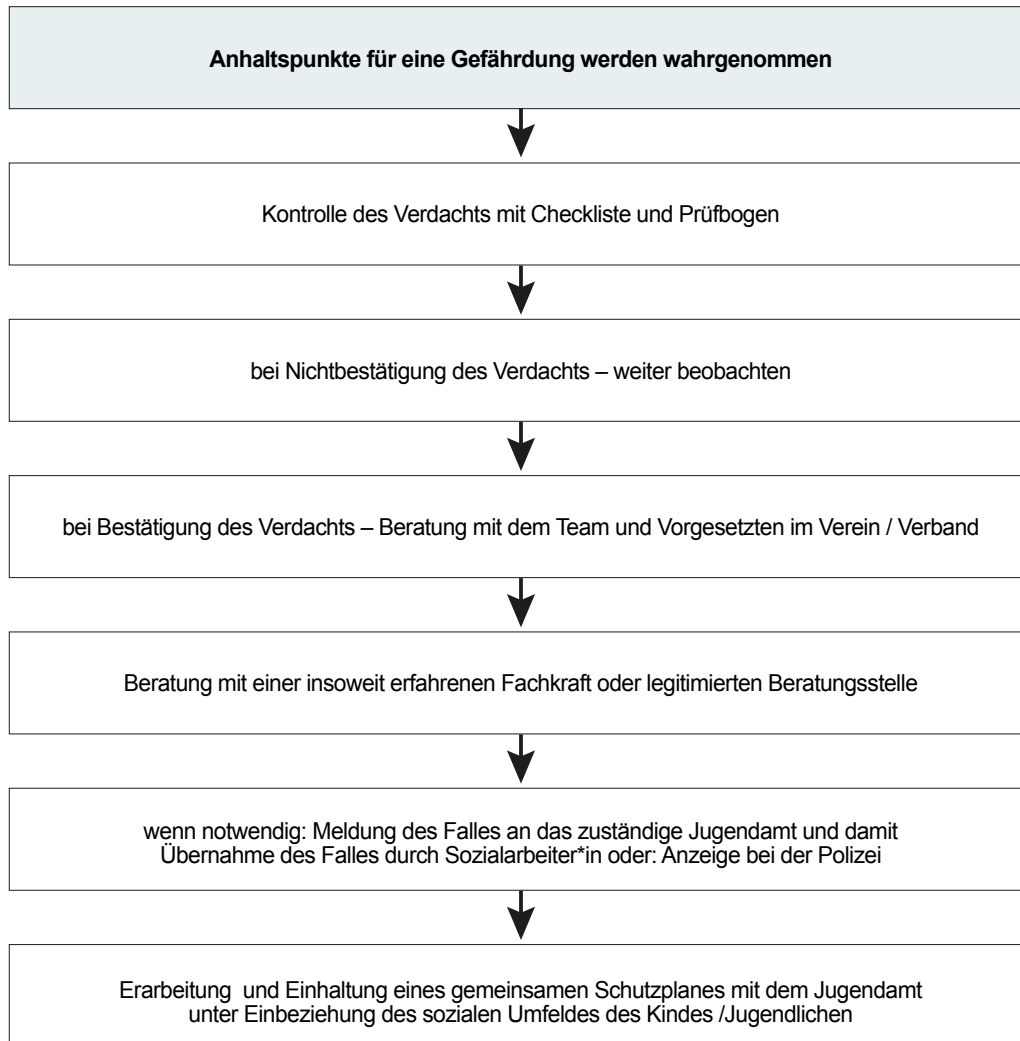


Abbildung 14: Verhalten bei Verdachtsfällen der Grenzüberschreitung

Bildungsangebote

Die BSJ bietet seinen Mitgliedsorganisationen ein umfangreiches Bildungsprogramm in Form von Seminaren, Fortbildungen und Tagungen an. In Kooperation mit der Start gGmbH werden jährlich mehrere hauptamtlich Mitarbeitende im Sport zu Kinderschutzfachkräften fortgebildet. Das Seminarprogramm, welches durch das Kinderschutzlehrteam umgesetzt wird, enthält Intensivseminare, Kompaktseminare, Fortbildungen für die Kinderschutzfachkräfte und die Berlin-Brandenburgische Regionalkonferenz.

**gelingender
Kinderschutz braucht
Wissen**

Team Kinderschutzfachkräfte und Berater*innen-Team

Beratung bringt
Sicherheit

Die BSJ verfügt über zwei Teams, die im Interventions- oder Beratungsfall wirksam werden können. Das ist zum einen das Kinderschutzfachkräfteteam, zu dem mittlerweile 24 Personen aus fast allen Stadt- und Kreissportjugenden sowie verschiedenen Sportverbänden gehören. Zum anderen gibt es seit Jahren ein Berater*innen-Team, zu dem auch Kinderschutzfachkräfte gehören, das auf systemische Beratung spezialisiert ist. Im Krisenfall können je nach Problemlage und Ort beide Teams wirksam werden.



Weiterführende Information:

Anlaufstelle Kinderschutz im Sport im Land Brandenburg

Kontaktdaten – Bildungsreferent Steffen Müller

Büro: Brandenburgische Sportjugend im LSB e. V.
Am Fuchsbau 15a, 14554 Seddiner See

E-Mail: s.mueller@sportjugend-bb.de

Tel.: 033205/207936 bzw. 0331/9719836

Web: Website der BSJ

mit Veröffentlichungen:

<https://sportjugend-bb.de/kinderschutz-im-sport/>



5.9.5 Aufgaben und Leistungen des Jugendamtes im Kinderschutz

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

Zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung haben die Jugendämter gemäß § 8a SGB VIII eigene Verfahren erarbeitet, an denen sie sich im Sinne eines Leitfadens orientieren können, der von einer Arbeitsgruppe der Leiterinnen und Leiter der Sozialpädagogischen Dienste der Brandenburger Jugendämter entwickelt wurde. Die folgende Grafik verdeutlicht ein solches Verfahren beispielhaft:

Verfahren Sicherung Kindeswohl gemäß § 8a SGB VIII

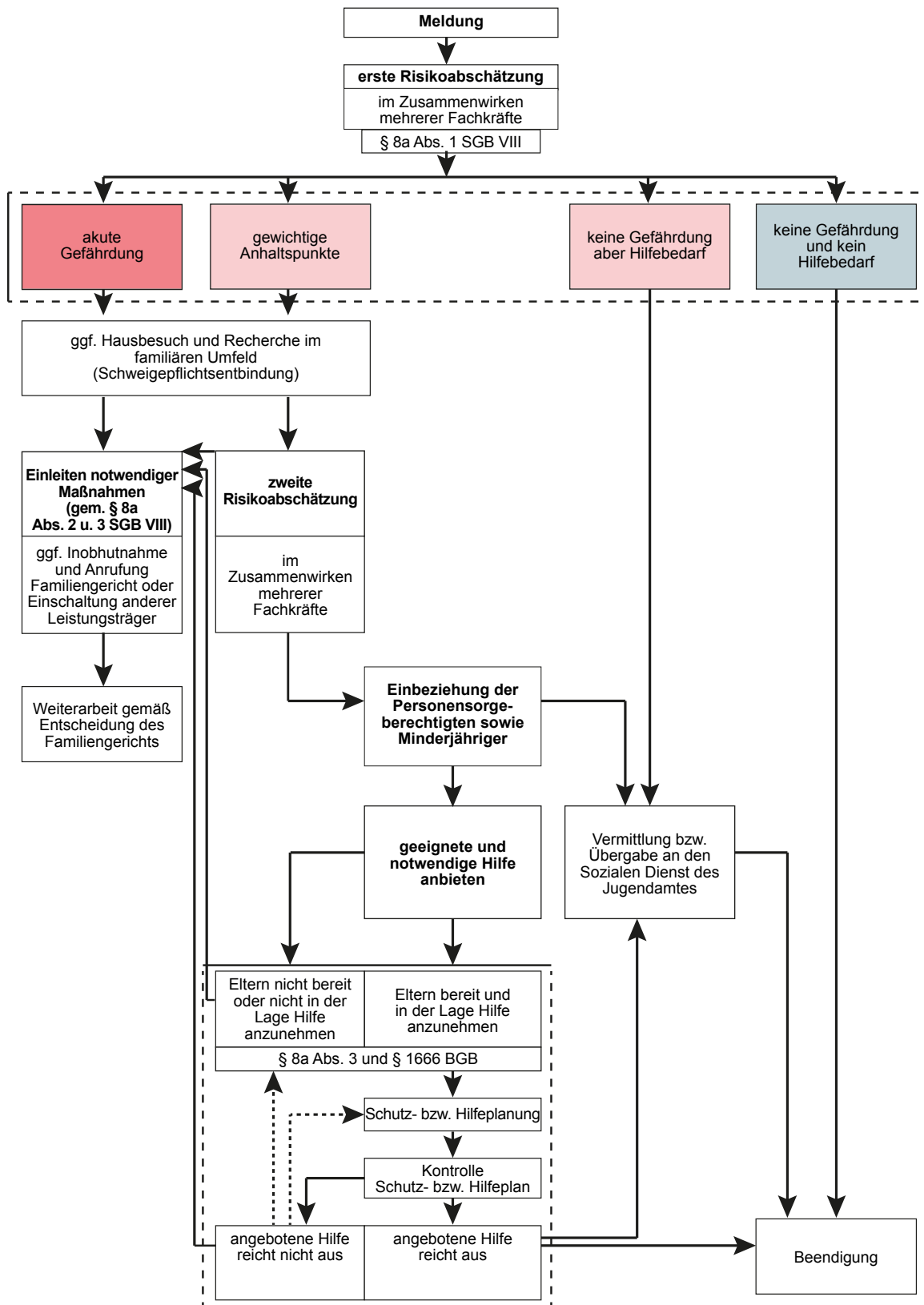


Abbildung 15: Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung im Jugendamt

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

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

- | | |
|--|---|
| Frühe Hilfen | <ul style="list-style-type: none">• Niedrigschwellige Angebote der Familienbildung, Video-Home-Training und Methoden der Intervention bei frühen Interaktionsstörungen (Vater – Mutter – Kind) sind sinnvolle Hilfen bei der Unterstützung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Auch Eltern-Kind-Zentren und Einrichtungen der Kindertagesbetreuung stellen niedrigschwellige und frühzeitige Formen der Unterstützung für Eltern bereit. |
| Erziehungs- und Familienberatung
Sozialpädagogische Familienhilfe | <ul style="list-style-type: none">• Die Erziehungs- und Familienberatung und die (aufsuchende) sozialpädagogische Familienhilfe beziehen das gesamte Familiensystem sowie werdende Mütter und Väter mit ein. Ziel ist die Wiederherstellung und Unterstützung der elterlichen Erziehungsverantwortung. Zunehmend bieten Erziehungs- und Familienberatungsstellen auch die aufsuchende Familientherapie an, die mit den Eltern oder mit der gesamten Familie in deren Wohnung durchgeführt wird. |
| Erziehungsbeistand | <ul style="list-style-type: none">• Das ambulante Angebot des Erziehungsbeistands richtet sich vor allem an ältere Kinder (etwa ab dem Schulalter) und an Jugendliche, die zur Bewältigung familiärer und persönlicher Probleme und Konflikte eine sozialpädagogische Einzelbetreuung benötigen. Die Hilfe schließt eine begleitende Elternarbeit ein. |
| Soziale Gruppenarbeit | <ul style="list-style-type: none">• Ziel der sozialen Gruppenarbeit ist es, ein Kind in seiner emotionalen und sozialen Entwicklung zu fördern und zu stärken sowie seelische Belastungen zu kompensieren. Hierzu nimmt das Kind 1- bis 2-mal wöchentlich über einen längeren Zeitraum an einer sozialpädagogisch geleiteten Gruppe von Gleichaltrigen teil. Die Gruppenarbeit wird oft als flankierende Hilfe zur Beratung und Unterstützung von überforderten Eltern geleistet. |
| Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung | <ul style="list-style-type: none">• Die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung richtet sich an Jugendliche, die in ihrer Entwicklung deutlich gefährdet sind und erhebliche soziale Schwierigkeiten haben. Bei einer elterlichen Vernachlässigung oder Misshandlung zielt die Einzelbetreuung auf die psychische und soziale Stabilisierung des Jugendlichen und auf die Förderung seiner Entwicklung zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und seiner Ablösung vom Elternhaus. |
| Tagesgruppe | <ul style="list-style-type: none">• In einer Tagesgruppe werden Kinder ab dem Grundschulalter betreut, die aufgrund einer vorübergehend erheblich eingeschränkten Erziehungsfähigkeit der Eltern eine umfassende Stabilisierung und Förderung ihrer Entwicklung benötigen, ohne dass eine Fremdunterbringung erforderlich ist. Die Fachkräfte der Tagesgruppe leisten in der Regel eine intensive begleitende Elternarbeit. Tagesgruppen sind an den Werktagen von Schulschluss bis in den späten Nachmittag und in den Ferien ganztags geöffnet. |

Wenn Eltern vorübergehend oder langfristig ihrer Erziehungsverantwortung nicht gerecht werden können, ist die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder in einem Heim der Kinder- und Jugendhilfe angezeigt. Parallel zur Fremdunterbringung sollen die Eltern dabei unterstützt werden, ihre Erziehungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern. Ist dies nicht erreichbar oder von vornherein aussichtslos, soll für das Kind oder den Jugendlichen eine andere und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden.

Stationäre Betreuung

Aber auch in anderen Notsituationen in denen ein oder beide Elternteile zeitweilig für die Betreuung der Kinder ausfallen (u. a. Krankenhausaufenthalte, Kuren), kann das Jugendamt Hilfe zur Betreuung und ggf. Unterbringung anbieten.

Betreuung und Versorgung in Notsituationen

Ambulante, teil- oder vollstationäre Eingliederungshilfen werden geleistet, wenn ein Kind aufgrund starker psychischer Belastungen und Störungen in seinen sozialen Bezügen (Familie, Schule, Freizeit) beeinträchtigt ist. Bei elterlicher Vernachlässigung oder Misshandlung kann die Eingliederungshilfe eine flankierende Hilfe für das Kind sein, psychosoziale Beeinträchtigungen auszugleichen. Diese Angebote und Leistungen der Jugendhilfe sind besonders wichtig, um grundsätzlich die Chancen der Teilhabe von Kindern und deren Familien zu verbessern. Dies gilt besonders bezüglich der aktuell geführten Inklusionsdebatte im Kontext von schulischer Bildung.

Eingliederungshilfen

5.9.6 Aufgaben der Polizei beim Kinderschutz

Gefahrenabwehr

Ziel polizeilichen Handelns ist die Abwendung der Gefahr für das Kindeswohl. Grundlage hierfür ist das Brandenburgische Polizeigesetz (BbgPolG) und die Polizeidienstvorschrift (PDV) 382²⁶.

Eine Gefährdung liegt in der Regel vor, wenn aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu befürchten ist, dass Minderjährige Opfer einer rechtswidrigen Tat werden oder sie passive Teilnehmer*innen eines Ereignisses sind (z. B. häusliche Gewalt, Drogenkonsum von Eltern), durch das ihnen eine unmittelbare Gefahr für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl²⁷ droht. Beispiele für Gefährdung von Minderjährigen sind:

Gefahrenabwehr als Kooperationsauftrag

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

²⁶) PDV 382: Bearbeitung von Jugendsachen, Abschnitt 2: Gefahrenabwehr

²⁷) § 1666 BGB: Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

Für den Fall einer Gefährdung sieht die Polizeidienstvorschrift bestimmte polizeiliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr vor. Werden gefährdete Minderjährige angetroffen, sind sie beispielsweise an Erziehungsberechtigte zu überstellen oder in die Obhut des Jugendamtes zu bringen.

Grundsätzlich ist für die Inobhutnahme und Unterbringung von gefährdeten Minderjährigen das Jugendamt zuständig. Die Polizei kann diese Aufgabe in subsidiärer Zuständigkeit wahrnehmen bzw. unterstützen (Vollzugshilfe)²⁸. In Fällen, in denen ein sofortiges Handeln nicht erforderlich ist, aber Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen, erfolgt eine Information an das Jugendamt²⁹.

Strafverfolgung

Strafverfolgung als Täter*innenperspektive

Gemäß Strafprozessordnung hat die Polizei Straftaten zu erforschen und alle keinen Aufschub gestattenden Anordnungen zu treffen, um die Verdunklung der Sache zu verhüten³⁰. Beim Anfangsverdacht einer Straftat wird sofort die Aufnahme einer entsprechenden Anzeige eingeleitet³¹. Weitere polizeiliche Maßnahmen sind beispielsweise: Identitätsfeststellungen, Spurensicherung, Einbeziehung von Expert*innen (z.B. Sozialarbeiter*innen, Fachärzt*innen oder Gerichtsmediziner*innen), Information des Jugendamtes oder der Staatsanwaltschaft.

Übersicht über strafbare Handlungen, die sich auf Kinder und/ oder Jugendliche beziehen³²:

- Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen gem. § 174 StGB
- Sexueller Missbrauch von Kindern gem. § 176 StGB
- Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern gem. § 176a StGB
- Sexueller Missbrauch von Jugendlichen gem. § 182 StGB
- Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften gem. § 184b StGB
- Verbreitung, Erwerb und Besitz jugendpornographischer Schriften gem. § 184c StGB
- Misshandlung von Schutzbefohlenen gem. § 225 StGB
- Entziehung Minderjähriger gem. § 235 StGB
- Kinderhandel gem. § 236 StGB
- Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht gem. § 171 StGB

Polizeilicher Opferschutz

Der polizeiliche Opferschutz im Land Brandenburg ist seit der Inkraftsetzung des Polizeilichen Opferschutzkonzeptes im Jahr 2003 fest etabliert und wird bereits zum dritten Mal

²⁸) § 42 SGB VIII (Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen) i. V. m. § 50 BbgPolG (Vollzugshilfe)

²⁹) §§ 41 und 43 BbgPolG (Datenübermittlung)

³⁰) § 163 StPO (Aufgaben der Polizei im Ermittlungsverfahren)

³¹) § 152 StPO (Legalitätsgrundsatz)

³²) nicht abschließend

fortgeschrieben. Eine der Errungenschaften dieses Konzeptes ist die Einführung der Funktion der Opferschutzbeauftragten bei der Polizei Brandenburg in allen Polizeiinspektionen (bzw. Landkreisen)³³. Eine ihrer Hauptaufgaben ist die Beratung von Hilfesuchenden zu Fragen des Opferschutzes und die Vermittlung an Opferhilfeeinrichtungen. Sie haben jeweils eine*n Koordinator*in in den Polizeidirektionen und eine zentrale Ansprechstelle beim Behördenstab des Polizeipräsidiiums (Sachbereich Prävention).

Opferschutz als Beitrag zur Verwirklichung von Grundrechten

Insbesondere der Sensibilisierung von Polizeibediensteten für die Belange von Kindern und Jugendlichen als besonders schutzbedürftige Opfer kommt besondere Bedeutung zu. So enthält das Opferschutzkonzept beispielsweise diesbezügliche Verhaltensempfehlungen, Informationen über Opferrechte und spezialisierte Opferhilfeeinrichtungen sowie Merkblätter (z.B. Merkblatt zur Erkennung und zum polizeilichen Umgang mit Kindeswohlgefährdungen, Merkblatt Kindliche Opfer von sexueller Gewalt)³⁴.

Die Kriminalpolizei des Landes Brandenburg wird wiederholt bezüglich des Verantwortungs- und Gefahrenbewusstseins bei der Bearbeitung von Anzeigen wegen Kindesmissbrauch bzw. Kindesmisshandlung durch das Innenministerium sensibilisiert³⁵. Diese Anzeigen müssen – auch bei hoher Verfahrensbelastung – mit oberster Priorität bearbeitet werden. Neben den kriminalpolizeilichen Maßnahmen im engeren Sinne soll hier besonderes Augenmerk auf die Berücksichtigung der Opferrechte³⁶ und den altersgerechten sowie behutsamen Umgang mit den Betroffenen gelegt werden.

Kinderschutz hat oberste Priorität

Die Polizei Brandenburg wirkt als Netzwerkpartnerin in lokalen und regionalen Kooperationsformen verschiedener Akteure zum Kinderschutz mit³⁷.

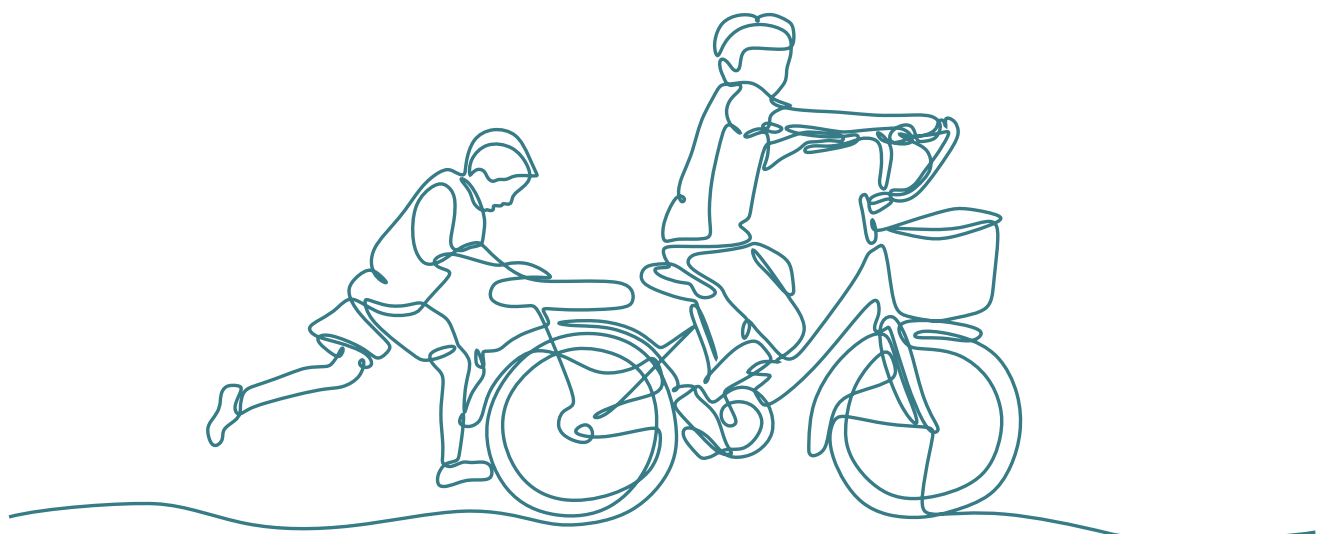
³³) <https://polizei.brandenburg.de/seite/ansprechpartner-und-weiterfuehrende-link/59081>

³⁴) <https://polizei.brandenburg.de/liste/merkblaetter-opferschutzundopferhilfe/516514>

³⁵) letztmalig im Jahr 2020 vor dem Hintergrund der Fälle von Lüdge und Bergisch-Gladbach in Nordrhein-Westfalen

³⁶) z. B. gesetzlicher Anspruch auf psychosoziale Prozessbegleitung bei Gewalt- und Sexualdelikten

³⁷) § 3 KKG (Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz), <https://www.fachstelle-kinderschutz.de/netzwerkarbeit.html>



6. Interdisziplinäre Hilfesysteme

6.1 Netzwerkarbeit

Im Land Brandenburg existieren mit den Netzwerken Kinderschutz, Frühe Hilfen und dem Netzwerk Gesunde Kinder verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit, die von der universellen Primärprävention bis hin zu intervenierenden Hilfesystemen reichen (präventiver/reaktiver Kinderschutz). Um die Zusammenarbeit der Netzwerke Kinderschutz, Frühe Hilfen und Gesunde Kinder zu fördern, haben die Landeskoordinierungsstellen der Netzwerke im Auftrag des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport gemeinsame Handlungsempfehlungen für die weiterführende Zusammenarbeit des Landes Brandenburg vor Ort erarbeitet. Eine Erweiterung durch die Netzwerke Frühförderung liegt seit Ende 2020 vor.



Weiterführende Information: Die Handreichung zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Netzwerke Kinderschutz, Frühe Hilfen und Gesunde Kinder ist auf der Internetseite http://fruehe-hilfen-brandenburg.de/cms/upload/Publikationen/Fachartikel/Handreichung_FH-KS-GK.pdf abrufbar.

6.1.1 Netzwerke Kinderschutz

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



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

Wächterauftrag der staatlichen Gemeinschaft

Um dem grundgesetzlichen „Wächterauftrag“ der staatlichen Gemeinschaft gemäß Artikel 6 Abs. 2 GG über die pflegerische und erzieherische Betätigung der Eltern ihren Kindern gegenüber gerecht zu werden und das gesunde sowie sichere Aufwachsen von Kindern zu ermöglichen, haben sich in Brandenburg in Verantwortung und Koordination

der Jugendämter auch mit Verweis auf den Auftrag der Jugendämter zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen (§ 81 SGB VIII) verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit und Vernetzung etabliert.

Der Aufbau und die Weiterentwicklung der regionalen Netzwerke Kinderschutz wurde mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes im § 3 KKG als verbindlicher gesetzlicher Auftrag bestimmt und den Jugendämtern als Aufgabe zugewiesen.

In die Arbeitsgemeinschaften sollen möglichst alle mit dem Kinderschutz befassten regionalen Institutionen und Akteure einbezogen werden. Hierzu sind im Bundeskinderschutzgesetz (Artikel 1 § 3 Abs. 2) namentlich Vorgaben gemacht:

„In das Netzwerk sollen insbesondere

- Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe,
- Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen,
- Gesundheitsämter,
- Sozialämter,
- Gemeinsame Servicestellen,
- Schulen,
- Polizei- und Ordnungsbehörden,
- Agenturen für Arbeit,
- Krankenhäuser,
- Sozialpädiatrische Zentren,
- Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen,
- Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
- Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen,
- Familienbildungsstätten,
- Familiengerichte und
- Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.“

Die Netzwerke Kinderschutz dienen der flächendeckenden Institutionalisierung und Absicherung von Netzwerkarbeit und Kooperation der regionalen Akteure und zielen insbesondere auf die Verbesserung der Aufwuchsbedingungen von Kindern in ihren Familien ab.

Der Handlungsauftrag der Netzwerke Kinderschutz liegt vorrangig darin,

- die Fachkräfte im Kinderschutz zu informieren, zu qualifizieren und fortzubilden, sowie den Erfahrungsaustausch zwischen den Fachkräften zu ermöglichen.
- Gemäß § 1 KKG geht es in der Arbeit der Netzwerke Kinderschutz auch darum, die Entwicklung von Rahmenbedingungen, die das gesunde und sichere Aufwachen von Kindern ermöglichen zu befördern, Kinder ggf. angemessen vor Gefahren zu schützen und in erster Linie natürlich die Eltern zu unterstützen.
- Die Netzwerke Kinderschutz haben weiter den Auftrag, Plattform für regelmäßigen Austausch (§ 3 KKG) und Informationsweitergabe unter den Fachkräften im Kinderschutz zu sein und
- Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.
- Sie übernehmen zudem Aufgaben einer bereichsübergreifend abzustimmenden Planung und Entwicklung einer angemessenen kinderschutzrelevanten Angebotsstruktur.

Verbindliche Verfahrensabsprachen

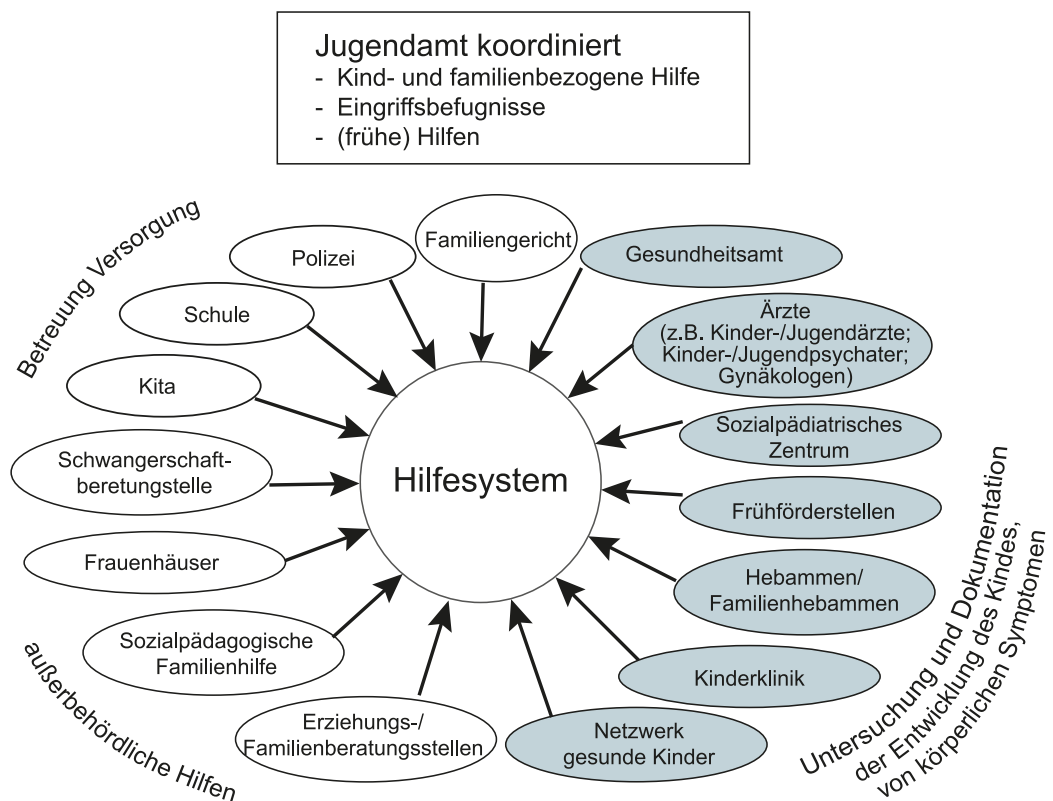


Abbildung 16: Kooperationsnetz zum Kinderschutz in Brandenburg

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

Kooperation von
Jugend- und
Gesundheitsdienst

6.1.2 Netzwerke Frühe Hilfen

Säuglinge und Kleinkinder sind besonders schutzbedürftig. Sie sind am häufigsten von Misshandlungen und Vernachlässigung betroffen und die Auswirkungen auf ein gesundes Aufwachsen ist durch die Frühzeitigkeit und Entwicklungsvulnerabilität auf eine ganz besondere Art gefährdet. Um die Entwicklungsmöglichkeiten von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0-3 Jahren im Allgemeinen und in herausfordernden Lebenslagen möglichst frühzeitig und nachhaltig zu verbessern, haben Bund und Länder die Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen geschlossen und damit die Zielsetzungen und Aufgaben der Netzwerke Frühe Hilfen³⁸ etabliert. Grundlage dieser Vereinbarung ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, welches im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) verankert ist. Durch festgesetzte Bundesmittel (BMFSFJ) aus dem Fonds Frühe Hilfen sollen die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen zur Etablierung verbindlicher Netzwerke Frühe Hilfen, zur Einbindung von Familienhebammen, Familien-, Gesundheits-, Kinderkrankenpfleger*innen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen sowie ehrenamtlicher Strukturen und innovativer Maßnahmen unterstützt und ausgebaut werden.



Weiterführende Information:

Die Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen ist auf der Internetseite https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung-Fonds-Fruehe-Hilfen.pdf abrufbar.

In den Netzwerken Frühe Hilfen vor Ort sollen alle Fachkräfte, die für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern präventive, aber auch intervenierende Angebote bereitstellen, stärker als bisher vernetzt werden. Ein spezieller Fokus liegt auf der Interdisziplinarität

Interdisziplinäre
Vernetzung

³⁸⁾ vgl. Definition der Frühen Hilfen: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/begriffsbestimmung-fruehe-hilfen/>

und bessere Verzahnung von unterschiedlichen Fachbereichen. Ziel ist es, gemeinsame, verbindliche Kooperationsstrukturen für diese Fachkräfte aufzubauen und zu etablieren oder bereits vorhandene Netzwerke bzw. Kooperationen durch die Fokussierung auf den Frühbereich zu ergänzen. Dabei sollen bereits vorhandene Strukturen genutzt und weitere Fachkräfte, wie z.B. Gesundheitsfachkräfte stärker in die vorhandene und zu entwickelnde Netzwerkarbeit unter der Organisationsverantwortung der Jugendhilfe eingebunden werden.

Im Land Brandenburg gibt es bereits viele Hilfe- und Unterstützungsangebote für (werdende) Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, sowohl allgemeine bis speziell vorgehaltene Angebote von der Kinder- und Jugendhilfe und vom Gesundheits- und Sozialwesen. Diese, zunehmend interdisziplinär ausgerichteten Angebote für alle Eltern, (z.B. Baby-Begrüßungsdienst, Familienzentren, Eltern- Kind- Gruppen, Frühförderung usw.) in unterschiedlichster Trägerschaft zu vernetzen, ist eine der Hauptaufgabe der Netzwerke Frühe Hilfen. Vorherige Studien (Aktionsprogramm 2007 bis 2019)³⁹ konnten aufzeigen, dass die Unterstützungsangebote für Eltern besonders dann gute Erfolge bei Familien aufwiesen, wenn die Fachkräfte untereinander gut vernetzt und verbindliche Absprachen zur Kooperation und Zusammenarbeit vereinbart werden konnten. In den Netzwerken Frühe Hilfen liegt somit der Fokus auf einer engeren Zusammenarbeit der Gesundheits-, Jugend- und Sozialhilfe. Es werden vor allen Dingen aufsuchende Angebote für Eltern ausgebaut, die die Eltern in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen begleiten und unterstützen sollen sowie solche Hilfen, die eine Lotsenfunktionen für Eltern aufweisen. Durch ein breites Spektrum von verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten von allgemeinen, gesundheitsbezogenen Informationen und Hilfsmöglichkeiten bis hin zu spezifischen Angeboten in besonders herausfordernden Familiensituationen (z.B. Schreibabyambulanzen, jugendliche Elternschaft, psychisch erkrankten Eltern usw.) sollen passgenaue, schnell zugängliche und gemeinsam abgestimmte Hilfen den Familien unmittelbar und wohnortnah zugänglich gemacht werden.

Absprache zu Verfahren und Qualitätsstandards im Netzwerk

Das Wissen über die spezifischen Möglichkeiten und Kompetenzen des jeweils anderen Systems (Netzwerk- und Verweiswissen) und das frühzeitige Erkennen von Bedarfen und Herausforderungen in der frühen Elternschaft ist deshalb von besonderer Bedeutung. Ein kontinuierlich geplanter, interdisziplinärer Fach- und Informationsaustausch verbessert somit auch die Situation für Familien mit kleinen Kindern nachhaltig. Neben diesen koordinierenden, vernetzenden Aufgaben werden darüber hinaus auch die Planungs- und Steuerungsverantwortung für die Weiterentwicklung der Angebotsebene sowie die Absprachen zu Verfahren und Qualitätsstandards weiterentwickelt und ausgebaut. Die Landkreise arbeiten an verlässlichen, intersektoralen Strukturen der Zusammenarbeit und zu gemeinsamen Verfahren im Netzwerk. Dies immer mit dem Ziel, die Familien so früh wie möglich in ihrer Elternschaft zu begleiten (primäre Prävention) und bei zunehmendem Bedarf (sekundäre/tertiäre Prävention) rechtzeitig, in gemeinsamer Verantwortung zu unterstützen.

³⁹⁾ <https://www.bmfsfj.de/blob/90514/d0775c76244ceb51a31273b04a41516d/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht-data.pdf>

6.1.3 Netzwerk Gesunde Kinder (NGK)

Das NGK ist seit 2005 wesentlicher Teil des familien- kinderpolitischen Programms „Die Brandenburger Entscheidung – Familien und Kinder haben Vorrang“, unterliegt keiner gesetzlichen Grundlage und ist somit als landes- und kommunalpolitische Initiative zu betrachten. Handlungsgrundlage des NGK ist das „Konzept der Landesregierung Brandenburg zur landesweiten Verbesserung der Qualität und zur Stärkung und Verstetigung der Netzwerke Gesunde Kinder“. Im NGK sind Personen und Institutionen mit fachlichen und ehrenamtlichen Kompetenzen im Bereich der Kinder- und Familiengesundheit tätig.

Nach dem Motto „Für einen gesunden Start ins Leben“ fördert das NGK die gesunde Entwicklung von Kindern und die Stärkung von Familien im Land Brandenburg. Hierbei berücksichtigt das NGK individuelle Lebensumstände, wahrt den ressourcenorientierten Blick und setzt auf die Gewährleistung einer sicheren und verlässlichen Bindung des Kindes zu seinen Bezugspersonen. Durch verschiedene Angebote des NGK wird die Elternkompetenz und somit ein selbstbestimmtes Handeln von Müttern und Vätern gefördert. Daraus ergeben sich konkrete strategische (Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern, Stärkung von Familien) und operative Ziele (Familien gewinnen, begleiten und binden, Familienpaten*innen gewinnen, begleiten, binden und anerkennen, Kooperationspartner*innen gewinnen und binden).

strategische und operative Ziele

Für das NGK gibt es gemäß den bestehenden Zielen und Aufgaben folgende Zielgruppen:

Zielgruppen

- alle Brandenburger Familien ab der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes
- potenzielle ehrenamtliche Familienpaten*innen
- regional und überregional aktive Kooperationspartner*innen

Familien gewinnen, begleiten und binden

Das NGK ist regional in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Brandenburgs verortet und baut über Kooperationspartner*innen und mit Hilfe umfangreicher Öffentlichkeitsarbeit niedrigschwellige Kontakt zu Familien auf. Geschulte Familienpaten*innen begleiten Familien und erleichtern diesen dadurch den Zugang zu Informationen und Wissen, unterstützen bei Gesundheits- und kindlichen Entwicklungsfragen und bauen eine Brücke zu regionalen Angeboten und professionellen Akteur*innen. Angebote der Gesundheitsförderung und Primärprävention werden vor Ort gebündelt bzw. bei Bedarf in Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen und an Familien weitergegeben.

Konkrete Angebote für Familien sind: in der Regel 10 obligatorische Besuche durch Familienpaten*innen, Elternbildungs- und Familienangebote sowie Info-Materialien und pädagogisch wertvolle Geschenke.

Familienpaten*innen gewinnen, begleiten, binden und anerkennen

Das NGK gewinnt mit Hilfe umfangreicher Öffentlichkeitsarbeit potentielle Familienpaten*innen für die Begleitung von Familien. Familienpaten*innen erhalten verbindlich förderliche Schulungen, stehen miteinander im kollegialen Austausch und haben somit die Möglichkeit sich persönlich zu entfalten.

Konkrete Angebote für Familienpaten*innen sind u.a. Schulung und Weiterbildung, Stammtisch, persönliche Beratung und Supervision sowie gesellige Aktivitäten.

Kooperationspartner*innen gewinnen und binden

Um Familien und Familienpaten*innen zu erreichen und in angemessener Form zu begleiten, arbeitet das NGK eng mit Kooperationspartner*innen zusammen. Konkrete Arbeitsstrukturen und -inhalte sind u.a. regelmäßige Steuerungsrounds, Arbeitstreffen und Fachaustausch, gemeinsame Angebote und Produkte (z.B. Familienhandbuch), Referententätigkeit im Rahmen von Familienbildungsangeboten und Schulungen/ Weiterbildungen der Familienpaten*innen, Schaffung von Zugängen zu Familien (u.a. persönliche Ansprache der Kooperationspartner*innen gegenüber den Familien).



Weiterführende Information zum Netzwerk Gesunde Kinder unter:
www.netzwerk-gesunde-kinder.de

6.2 Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes

Anspruch auf Beratung

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

Der Anspruch auf Beratung umfasst Informationen z.B. über

- Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung,
- bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Kinder und Familie, Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft,

- soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfen bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- und Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.⁴⁰

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

Möglichkeiten der Unterstützung



Weiterführende Information:

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

6.3 Frauenhäuser – ambulante Beratung für Frauen mit Gewalterfahrung

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

Hilfe und Schutz bei Gewalt

Die Frauenschutzeinrichtungen gewährleisten folgende Angebote:

- Aufnahme der von Gewalt betroffenen Frauen und ihrer Kinder rund um die Uhr (Notruf)
- Psychosoziale/sozialpädagogische Beratung und Begleitung der Frauen während des Aufenthaltes in den Zufluchtsstätten
- Beratung und Unterstützung ratsuchender Frauen ohne oder nach einem Frauenhausaufenthalt
- Arbeit mit den Kindern schutzsuchender Frauen
- Intervention
- Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung

⁴⁰⁾ Auszug aus § 2 (2) Schwangerschaftskonfliktgesetz

Prinzipien und Selbstverständnis der Arbeit

Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung

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

Inhalte der Arbeit

Schutz und Hilfe

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

Begleitung

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

6.4 Suchtberatung

Genuss vs. Sucht

Sucht ist in vielgestaltiger Form in und in allen Lebensbereichen anzutreffen. Sie bezeichnet zusammenfassend die körperlichen oder seelischen Abhängigkeiten von bestimmten missbräuchlich verwendeten Stoffen sowie in der Folge Störungen und Beeinträchtigungen bei der Selbstkontrolle. Die Grenze zwischen Genusserleben und Suchtverhalten verläuft oft fließend.

Sucht als Krankheit

Abhängigkeitserkrankungen, die zu den chronischen Erkrankungen zählen, können ursächlich in der Folge von missbräuchlicher Einnahme von u. a. Alkohol, Nikotin, Medikamente und Drogen entstehen, sich aber auch auf Glücksspiel, Internetaktivitäten, das Berufsleben (Arbeitssucht) oder das Ernährungsverhalten (Magersucht) beziehen

Sucht immer auch ein familienthema

Von den Auswirkungen einer Suchterkrankung sind nicht nur direkt die Erkrankten selbst, sondern auch deren Familienmitglieder, in besonderer Weise Kinder, Bekannte und Arbeitskollegen betroffen. Insofern stellt die Thematik der Sucht ein erhebliches Risiko für die Gefährdung des Kindeswohls dar. Insofern ist es im Sinne der Sicherung des Kindeswohls wichtig, entsprechende Anzeichen diesbezüglich zu erkennen und entsprechend darauf präventiv und ggf. intervenierend zu reagieren.

Die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. arbeitet als landesweite Koordinationsstelle in den Bereichen Suchthilfe, Suchtselbsthilfe und Suchtprävention. Aufgabe ist die Weiterentwicklung, Förderung und Koordination von Suchtprävention und Sucht-krankenhilfe im Land Brandenburg in Kooperation mit allen relevanten Institutionen und Akteuren. Leistungsangebote der Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. sind die:

- Koordination der Angebote in den Bereichen Suchthilfe, Selbsthilfe und Suchtprävention in Brandenburg u. a. auch über die Organisation von Arbeitskreisen (Arbeitskreis Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle, Arbeitskreis Stationäre Jugendsuchthilfe, Arbeitskreis Sozialtherapeutische Einrichtungen, Arbeitskreis Selbsthilfe, Arbeitskreis Frau und Sucht)
- Unterstützung der Mitgliederverbände, -vereine und -einrichtungen
- Konzeptentwicklung und -darstellung
- Fachliche Begleitung und Unterstützung von Projekten der Mitgliederverbände
- Evaluation, Erhebungen und Auswertungen fachbezogener Themen
- Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten
- Durchführung von Landesfachtagungen
- Beratung, Unterstützung und Durchführung von Projekten und Maßnahmen
- Regionale und überregionale Kooperation mit relevanten Fachverbänden und Institutionen
- Zusammenfassung und Vermittlung fachlicher Kompetenzen in der Suchthilfe und -prävention
- Durchführung von übergreifenden Kampagnen und Projekten
- Entwicklung und Herstellung von Arbeitsmaterialien und Medien
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in den Themenbereichen Suchthilfe, -prävention, -selbsthilfe.

**Beratung und
Unterstützung für
Fachkräfte**



Kontakt:

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS) e.V.
Behlertstraße 3A, Haus H1, 14467 Potsdam
Telefon: (0331) 581 380 0 Telefax: (0331) 581 380 25
E-Mail: [info\(bls\)blsev.de](mailto:info(bls)blsev.de) Internet: <http://www.blsev.de>

Schlagwortverzeichnis: Beratungs-, Hilfs- und Schutzangebote

	Seite
Agentur für Arbeit	105
Angebote für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen	74
Angebote für Kinder mit Hör- und Sehstörungen	74
Baby-Begrüßungsdienst	108
Ehrenamt	95, 107, 109
Eltern-Kind-Gruppe	74, 108
Eltern-Kind-Zentrum (Familienzentrum)	100, 108
Ernährungsberatung	42
Erziehungs- und Familienberatungsstellen	51, 88, 100
Erziehungsbeistand	100
Familienbildung	100 , 105, 110
Familiengericht	29, 30, 57, 59, 82, 99, 105
Familienhebamme	41, 44 , 78, 107
Frauenhaus, Zufluchtswohnung	55, 111 f.
Frühe Hilfen	44, 100 , 104, 107 f.
Frühförder- und Beratungsstelle	9, 73 f.
Geburtshaus	42
Geburtsvorbereitungskurs	42
Gemeinsame Servicestelle	105
Gesundheitsamt	44,, 51, 61, 63 , 65 f. 68, 70 f., 105, 107
Gynäkolog*in	43, 55, 69
Hausbesuch	38, 42 f., 62 ff. , 65. f. 68, 85 f. 99
Hebamme	9, 27, 41 ff. , 62, 65 f., 69, 78, 107
Hilfe zur Erziehung	30, 92, 100
insoweit erfahrene Fachkraft	29 , 45, 71, 72, 74, 75, 80, 81 , 82, 83, 90, 94, 97
Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung	100
Jugendamt	9, 27, 28, 29 f., 31, 38, 41, 42, 43, 45 f., 48, 51 f. 59, 62, 63 f. 65, 66, 68, 71, 73, 74, 79 ff., 83, 85 f. 88, 92, 93, 94, 97, 98 ff. , 102, 105, 107, 111, 112
Jugendberatungsstelle	88
Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen	30, 80
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)	9, 38, 43, 61 ff. , 74, 78, 79, 107
Kinder- und Jugendnotdienst, Inobhutnahmestelle	30 , 65, 82, 88
Kinder- und Jugendpsychiater*in / -psychiatrie	52, 55, 68, 78
Kinderarzt / Kinderärztin	61 , 64, 66 , 69, 76, 77, 83
Kinderheim	100, 101
Kindermedizin	76 ff.

Kinder- und Jugendklinik	9, 43, 52 ff. , 77, 107
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)	78
Kinderschutzambulanz	78
Kinderschutzgruppe	53 ff. , 59, 76, 77
Kindertageseinrichtung (Kita, Hort)	9, 62, 65, 67, 69, 72, 73, 79 ff.
Kindertagespflege	61, 65, 68
Konsilium	59
Krankenhaus	18 f., 37, 41, 65, 105
Krankenschwester	54, 59
Müttergenesungseinrichtungen und -dienste	105
Mutter/Vater-Kind-Einrichtung	45
Netzwerk Frühe Hilfe	9, 44, 74, 104, 107 ff.
Netzwerk Gesunde Kinder	69, 74, 104, 109 ff.
Netzwerk Kinderschutz	77, 109 ff.
Opferschutz	54, 55, 95, 102
Opferberatungsstelle	55
Ordnungsbehörden	105
Pflegefamilie	30, 45, 100, 101
Polizei	9, 18, 30, 43, 48, 78, 79, 82, 86, 88, 92, 93, 97, 101 ff. , 105, 111
Psycholog*in	53, 54, 59, 93
Psychotherapeut*in	107
Rechtsmedizin	20, 55, 76 ff.
Schule	9, 11, 13, 25, 62, 63, 66, 67, 68, 72, 76, 79, 83 ff. , 89 ff.
Schwangerenvorsorge	41, 42, 111
Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle	105, 110 f.
Selbsthilfe	113
Sozialamt	62, 63, 65, 78, 105
Sozialarbeit an Schule	9, 89 ff.
Sozialdienst der Klinik	54, 55, 57
Soziale Gruppenarbeit	100
Sozialpädagogische Familienhilfe	63, 73, 85, 100
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	105
Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD)	64
Sport	95 ff.
Staatsanwaltschaft	102
Suchtberatung	112 f.
Supervisor*in	54, 110
Tagesgruppe	100
Zahnarzt/-ärztin	9, 68 ff.
Zahnärztlicher Dienst	68 ff. , 79

Literatur

- Albrecht Matthias (2014). Prävention von Gewalt gegen Kinder und von Kinderunfällen. Plädoyer für eine integrierende Betrachtungsweise. Interdisziplinäre Fachzeitschrift 17: 112-135
- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.). (2005). Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. AWMF. Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung. unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Register-Nr. 027 - 069 vom 7. Februar 2019, 365 Seiten.
- Baier, D. et al. (2009). Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Inneren und des KFN. www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/375766/publicationFile/17959/Studie_lf.pdf
- Bange, D. & Kröner, W. (Hrsg.). (2002). Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen: Hogrefe.
- Bange, D. (2005). Gewalt gegen Kinder in der Geschichte. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S. 13-18). Göttingen: Hogrefe.
- Bast, H. et al. (Hrsg.). (1990). Gewalt gegen Kinder – Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. 3. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Blum-Maurice, R. et al. (2000). Qualitätsstandards für die Arbeit eines Kinderschutzzentrums. Köln: Eigenverlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren.
- Bottino SMB, Bottino CMC, Regina CG, Correia AVL, Ribeiro WS (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. Cad. Saúde Pública 31(3): 463-475
- Buchner G., Cizek, B. et al. (2001). Gewalt gegen Kinder. In Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung (S. 75-259). Wien: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) (2001). Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001. Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung. Wien: Eigenverlag.
- Cantwell, H. B. (2002). Kindesvernachlässigung – ein vernachlässigtes Thema. In R. S. Kempe et al. (Hrsg.), Das misshandelte Kind (S. 515-556). 5. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Deegener, G. & Körner, W. (2006). Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Lengerich: Pabst.
- Eggers, C. (1994). Seelische Misshandlung von Kindern. *Der Kinderarzt* 25, 748-755.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (1997). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart/New York: Schattauer-Verlag.
- Ellsäßer G (2014). Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden
- Ellsäßer G., Erler T. (2010). Die Gesichter der Opfer – Auswirkungen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen erkennen. *Pädiat. Prax.* 75: 387-395
- Erickson, M. F., Egeland, B., Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Hrsg.), *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (S. 647-687). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fegert, J. M. (2006). Prävention und Frühintervention zur Förderung gesunden Aufwachsens und zur Vermeidung von Vernachlässigung. Zur Debatte um kognitives Enhancement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vortrag auf der Fachtagung Rendsburg am 31. August 2006.
- Fegert, J.M., Ziegenhain, U., Lutz, G. (2010). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Beltz Juventa.
- Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. *Psychosom Med Psychother* 48: 359-369.
- Frank, R. (1997). Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung. Eine lohnende Aufgabe für Kinderärzte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen. *Kinderärztliche Praxis* 1, 25-32.
- Fries, M. (2007). Sehen – Verstehen – Handeln. Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Materialien des Martha-Muchow-Instituts Leipzig und Berlin.
- Geerds, L., Ellsäßer, G., Führer, S., Erler T. (2010). Misshandlungen und Gewalt als Verletzungsursachen im Kindesalter. Ergebnisse eines Unfallmonitorings bei Kindern und Jugendlichen in Südbrandenburg (Deutschland). *Der Unfallchirurg* 2010, 1-5.
- Häuser, W., Schmutzer, G. Brähler E., Glaesmer H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt* 108: 17.
- HBSC-Studie (2009/2010). <http://hbsc-germany.de>.
- Herrmann, B. (1998). Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Unveröffentl. Manuskript, 2. Aufl. Kassel.
- Herrmann, Banaschek, Dettmeyer; Thyen (2010). Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Springerverlag.

- Hughes, Bellis et al. 2012. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies Karen Hughes, Mark A Bellis.
- Hutz, P. (1994/1995). Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung. In Bundesärztekammer Köln (Hrsg.). Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Band 18. Köln.
- Injury Data Base (IDB) Datenquelle der Abteilung Gesundheit im LAVG, 2016.
- Kempe, R. S. et al. (Hrsg.) (2002). Das misshandelte Kind. 5. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Robert-Koch-Institut (2007). Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS-Studie). <http://www.kiggs-studie.de>
- Kopecky-Wenzel, M. & Frank, R. (1995). Gewalt an Kindern. Teil 1: Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In P. G. Allhoff (Hrsg.), Präventivmedizin. Praxis – Methoden – Arbeitshilfen. Hamburg: Springer-Verlag.
- Lamnek et al. (2006). Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leitner H, Troscheit K (2008). Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000-2005), Oranienburg.
- Lereya ST, Copeland WE, Castello EJ, Wolke D (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry* 2 (6): 524 – 531.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2013) Jugend, Information, (Multi-)Media – Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland
- Olweus D (2006). Gewalt in der Schule. Huber, Bern.
- Pott E, Fillinger, U, Paul, M (2010). Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt. 53: 1166-72.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 mit ICD-9 und DSM-III-R. 3. Aufl. Bern.
- Rötzscher, Klaus (2003). Forensische Zahnmedizin. Norderstedt.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen. Sondergutachten, Kurzfassung <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>; letzter Zugriff 6.4.2012.
- Schlack, R. & Hölling, H. (2007). Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz 2007; 50: 819–826.

- Schlack, R, v. Kries, Thyen (2009). Sozialpädiatrie, Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springerverlag.
- Schneider C, Katzer C, Leest U (2013). Cyberlife – Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr. Bündnis gegen Cybermobbing e. V. (Hrsg.), Karlsruhe.
- Schone R. et al. (1997). Kinder in Not. Münster.
- Schrötte M, Müller U (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. BMFSFJ. Berlin. http://www.bmfsfj.de/Redaktion_BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,berei_ch=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016). Sonderauswertung der DRG Statistik nach T74, Daten 2009-2014.
- Stoltenborgh M, von Ijendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16: 79-101.
- Sturzbecher D; Holtmann D (Hrsg.) (2007). Werte, Familie, Politik, Gewalt- Was bewegt die Jugend? Aktuelle Ergebnisse einer Befragung. LIT Verlag; Berlin.
- Thyen, Ute und Johns, Irene. (2004). Prävention Schütteltrauma des Säuglings. Vortrag im Rahmen der Präventionskampagne „Vorsicht zerbrechlich!“ (Sozialministerium Schleswig-Holstein 2004, www.kinderschutzbund-sh.de)
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Kopenhagen.

- Anlage 1:** AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) des Kinderschutzleitlinienbüros
- Anlage 2:** Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht
§ 203 StGB – Verletzung von Privatgeheimnissen
Download unter: https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Fachartikel/Formular-online.pdf
- Anlage 3:** Dokumentation 1: Verdacht auf Kindesmisshandlung/Vernachlässigung
- Anlage 4:** Dokumentation 2: Verdacht auf sexualisierte Gewalt
- Anlage 5:** Checkliste Kindeswohlgefährdung für Berufsheimnis-träger*innen gemäß § 4 KKG

(Zum Umgang mit) Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik

(Arbeitsmaterial zur AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) des Kinderschutzleitlinienbüros)¹

Inhalt

0.	Vorwort	124
1.	Einführung	125
2.	Nutzungshinweise für das vorliegende Arbeitsmaterial	126
3.	Partizipation von Kindern und Jugendlichen	126
4.	Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz	127
4.1	Kooperation und Netzwerkarbeit auf Systemebene	127
4.2	Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 KKG)	127
4.3	Vorgehen im Krankenhaus	127
5.	Merkmale zur Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen	127
5.1	Merkmale von Kindern und Jugendlichen	127
5.1.1	Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen	127
5.1.2	Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen	128
5.1.3	Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten	128
5.1.4	Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung	128
5.1.5	Zahnärztliche Untersuchung	129
5.1.6	Neonatales Drogenentzugssyndrom	129
5.2	Merkmale von Eltern	130
5.2.1	Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen	130
5.2.2	Informationsaustausch psychisch belastete Eltern	130
5.2.3	Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern	131
5.2.4	Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme	132
6.	Diagnostische Methoden	132
6.1	Befragung von Kindern und Jugendlichen	132
6.1.1	Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen	132
6.2	Spezielle Diagnostik	132
6.2.1	Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung	132
6.2.2	Hämatome und thermische Verletzungen	133
6.2.3	Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen	134
6.2.4	Untersuchung der Augen	135
6.2.5	Differentialdiagnosen	138
6.2.6	Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	140
7.	Geschwisterkinder	143
8.	Interventionen für Eltern	143
9.	Schlagwortverzeichnis	144

¹⁾ Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.2.2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069I_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_1_01.pdf – in der vorliegenden Fassung bearbeitet und ergänzt von Hans Leitner Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg / Start gGmbH, Stand: 1.3.2021

0. Vorwort

Grundlage für das vorliegende Arbeitsmaterial ist die Kinderschutzleitlinie „AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“, die unter Koordination des Kinderschutzleitlinienbüro an der Universitätsklinik in Bonn im Jahr 2019 erarbeitet wurde. In der Einführung zu dieser Kinderschutzleitlinie heißt es in der Präambel:

„Diese Leitlinie zu Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung ist das Ergebnis eines vierjährigen Prozesses der beteiligten Vertretern_innen aus den Bereichen der Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Sozialen Arbeit. Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie wurde 2011 im Rahmen des Runden Tisches sexueller Missbrauch getroffen. Die Koordination erfolgte durch den medizinischen Bereich mit Unterstützung der beteiligten 82 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesministerien und Bundesbeauftragten. Gemeinsam wurde beschlossen, dass das Erkennen, Feststellen, Sichern und der Schutz vor Reviktimisierung bei Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als Grundlage der wissenschaftlichen Arbeit dienen soll. Dies führte zur Entwicklung diagnostischer Vorgehensweisen bei Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung mit dem Ziel, Fachkräften Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen zu geben und Kinder und Jugendliche zu schützen. Während der Entwicklung der Leitlinie setzen sich alle Beteiligten konstruktiv mit der Frage auseinander, welchen Stellenwert das Erkennen, Feststellen, Sichern und der Schutz vor Reviktimisierung im Kinderschutz hat. Es wurde deutlich, dass die Entwicklung einer allumfassenden „Kinderschutzleitlinie“ noch nicht abgeschlossen ist und diese Leitlinie keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Ein Ziel der Leitlinie ist es, Anhaltspunkte wie eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch zu objektivieren, die Prognose in Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu erstellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln. Dies richtet sich sowohl an die Kinder, Jugendlichen und Personensorgeberechtigten selbst als auch an die beteiligten Fachkräfte im Kinderschutzverfahren. Wünschenswert ist die Fortsetzung der konstruktiven Zusammenarbeit aller Partner_innen im Kinderschutz unter Mitwirkung der Kinder und Jugendlichen selbst, um sich diesem Ziel zu nähern.“

Ihr Kinderschutz-Leitlinienbüro²⁾



Weiterführende Information:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>

Die Kinderschutzleitlinie finden Sie unter:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069I_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_1_01.pdf



²⁾ ebenda, Seite 1

1. Einführung

Die Leitlinie zum Umgang mit (einem Verdacht auf) Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch und Kindesvernachlässigung ist das Ergebnis eines mehrjährigen **interdisziplinären Prozesses**, an dem Fachkräfte aus den Bereichen der Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Sozialen Arbeit beteiligt waren.

Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie wurde bereits 2011 im Rahmen des Runden Tisches sexueller Missbrauch getroffen. Die Koordination des Erarbeitungsprozesses erfolgte durch den medizinischen Bereich.

Gemeinsam wurde beschlossen, dass das **Erkennen, Bewerten und Handeln** bzw. der Schutz von Minderjährigen bei (Verdacht auf) Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als Grundlage der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit dienen soll. Dies führte zur Entwicklung **diagnostischer Vorgehensweisen** mit dem Ziel, Fachkräften insbesondere **Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen** zu geben und damit Kinder und Jugendliche rechtzeitig und angemessen zu schützen.

Weitere Ziele der Leitlinie sind es, **Anhaltspunkte** auf eine Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt zu **objektivieren, tragfähige Prognosen** in Hinblick auf eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen zu erstellen und diese Einschätzung ggf. im Rahmen notwendiger **Kooperation** sicher zu vermitteln. Dies richtet sich sowohl an die Kinder, Jugendlichen und Personensorgeberechtigten selbst als auch an die beteiligten Fachkräfte im **Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls**. Erstrebenswert ist die Fortsetzung dieses Dialogs aller Partner*innen im Kinderschutz insbesondere unter dem Aspekt der **Beteiligung der Kinder und Jugendlichen** selbst.

Die **grundgesetzlich bestimmte Gewährleistung des Kindeswohls** bzw. dessen Schutz im Sinne des Artikel 6 Abs. 2 Satz 2 (Über die Betätigung der Eltern wacht die staatliche Gemeinschaft.) beginnt mit Bekanntwerden der Schwangerschaft und endet mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Daraus ergeben sich eine Vielzahl von **Schnittstellen der versorgenden Bereiche** für Kinder und Jugendliche und deren Familien. In der nun vorliegenden Kinderschutzleitlinie werden die „**Haupt-Versorgungsbereiche**“ anhand von Jugendhilfe, Medizin, Psychologie und Pädagogik beschrieben. Es sind sowohl Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz formuliert als auch die Schnittstellen unter Berücksichtigung der Aufgaben anderer Versorgungsbereich und deren Zusammenarbeit beschrieben. Die Kinderschutzleitlinie ist inhaltlich in 22 **Themenbereiche** aufgeteilt und umfasst in Bezug auf die insgesamt 134 **Handlungsempfehlungen** (109 als evidenzbasiert, 23 als klinischer Konsensus, 2 als Statement) die sechs **Themenkreise**:

- **Partizipation** von Kindern und Jugendlichen,
- **Kooperation** und **Vorgehen** im (medizinischen) Kinderschutz,
- Merkmale zur **Erkennung** von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen,
- Diagnostische Methoden (**Diagnostik**),
- **Geschwisterkinder**,
- **Interventionen** für Eltern, Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen geben zusammenfassend einen differenzierten Überblick über das Vorgehen von Ärzten*innen bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung oder in Fällen, in denen eine solche mit Sicherheit gegeben ist und dies im Sinne der gesetzlich bestimmten Verfahrensstandards gemäß § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG).

Dies bietet für die Fachkräfte der Jugendhilfe eine umfassende Beschreibung der Möglichkeiten und ggf. Grenzen in Bezug auf die notwendige (medizinisch intendierte) Beteiligung von Fachkräften des Gesundheitswesens insbesondere in Bezug auf die Abklärung von gewichtigen Anhaltspunkten im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungseinschätzung (§ 8a Abs. 1 SGB VIII).

2. Nutzungshinweise für das vorliegende Arbeitsmaterial

Die Kinderschutzleitlinie beinhaltet Handlungsempfehlungen die von der Verbindlichkeit (*) herabgestuft angewendet werden **sollen (A)**, **sollten (B)** oder **können (O)**.

Die einzelnen Handlungsempfehlungen sind vom Charakter her evidenzbasiert (**blau**), als klinischer Konsensus (**grün**) oder als Statement (**schwarz**) formuliert.

Querverweise zwischen den einzelnen Handlungsempfehlungen sind hervorgehoben (**schwarz**).

3. Partizipation von Kindern und Jugendlichen

- Nr. 1 Kinder und Jugendliche **SOLLEN*** beteiligt werden.
- Nr. 2 Fachkräfte **SOLLEN*** Kindern und Jugendlichen aktiv zuhören, bevor sie eine Entscheidung für das Kind bzw. den Jugendlichen treffen.
- Nr. 3 Kinder und Jugendliche **SOLLEN*** die Möglichkeit bekommen, ihre Gefühle, Meinungen oder Wünsche in Bezug auf eine Behandlung, Unterbringung, polizeiliche Anzeige und darauf, welche nächsten Schritte während des Kinderschutzverfahrens auftreten, zu äußern.
- Nr. 4 Falls den Wünschen oder Forderungen der Kinder und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren nicht nachgekommen werden kann, **SOLLEN*** ihnen die Gründe dafür verständlich erläutert werden.
- Nr. 5 Fachkräfte **SOLLEN*** mit Kindern und Jugendlichen auch einzeln, ohne die Personensorgeberechtigten / Bezugspersonen, sprechen.
- Nr. 6 Fachkräfte **SOLLEN*** Kindern und Jugendlichen die Inhalte des Kinderschutzverfahrens angemessen erklären, unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und der Situation, in der sich Kinder und Jugendliche befinden.
- Nr. 7 Kindern und Jugendlichen **SOLL*** die (zeitweilige) Teilnahme an der Fallkonferenz ermöglicht werden; falls sie nicht teilnehmen möchten, **SOLL*** Ihnen angeboten werden, sich durch eine andere Person (z. B. Bezugspersonen, Fachkräfte) vertreten zu lassen.
- Nr. 8 In der Fallkonferenz **SOLLEN*** Kinder und Jugendliche unterstützt werden, das Kinderschutzverfahren und dessen Ziele zu verstehen.
- Nr. 9 Eine gute Beziehung zu den Fachkräften ist wichtig für die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen am Kinderschutzverfahren. Die Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu den Fachkräften **SOLLTE*** daher kontinuierlich, organisiert und mit der erforderlichen Zeit aufgebaut werden.
- Nr. 10 Der Wunsch von Kindern und Jugendlichen, nicht in das Elternhaus zurückkehren zu wollen, **SOLL*** im Kinderschutzverfahren respektiert und umgesetzt werden.
Fachkräfte, die von diesem Wunsch erfahren, **SOLLEN*** die Kinder und Jugendlichen in der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterstützen.
- Nr. 11 Jugendliche, die eine Kindeswohlgefährdung erfahren haben, **SOLLEN*** die Möglichkeit bekommen, an einer Intervention (Nähe und Distanz zu potentiellen Tätern*innen einschätzen lernen) teilzunehmen, um sich vor Reviktimisierung von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung zu schützen.

4. Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz

4.1 Kooperation und Netzwerkarbeit auf Systemebene

- Nr. 12 Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **SOLLTEN*** im Kinderschutz mit dem Ziel kooperieren, Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden (vgl. § 3 KKG).
- Nr. 13 Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **SOLLTE*** stattfinden. Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, **SOLLTE*** dieser abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden.
Training und Seminare **SOLLTEN*** als wirksame Methoden durchgeführt werden, um die unterschiedlichen Professionen im Kinderschutz zu motivieren und sie dabei zu qualifizieren, zielführend zu kommunizieren und erfolgreich zu kooperieren.
- Nr. 14 Die Kooperationspartner aus **Gesundheitswesen**, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **SOLLEN*** Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren.

4.2 Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 KKG)

- Nr. 15 Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung **SOLL*** nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

4.3 Vorgehen im Krankenhaus

- Nr. 16 Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLL*** bei der stationären Abklärung im Krankenhaus multiprofessionell (z. B. Kinderschutzgruppe nach OPS 1-945) vorgegangen werden, um eine Kindeswohlgefährdung zu bestätigen oder auszuschließen.
- Nr. 17 Eine Fallkonferenz **SOLLTE*** so schnell wie möglich stattfinden, dadurch verkürzt sich der Krankenhausaufenthalt des Kindes.

5. Merkmale zur Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen

5.1 Merkmale von Kindern und Jugendlichen

5.1.1 Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen

- Nr. 18 Die Dokumentation im Kinderuntersuchungsheft **SOLLTE*** (mit Einwilligung der Personensorgeberechtigten/Bezugsperson) bei der ausführlichen Anamnese zur Feststellung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung berücksichtigt werden.
- Nr. 19 Ärzte und Ärztinnen (einschließlich ihrer Mitarbeitenden), die Früherkennungsuntersuchungen und andere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche durchführen, **SOLLEN*** zur Erkennung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sensibilisiert und fortgebildet werden.

5.1.2 Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen

Nr. 20 Ein generelles Screening von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLL*** nicht durchgeführt werden.

5.1.3 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Nr. 21 Ein generelles Screening von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLL*** nicht durchgeführt werden.

Nr. 22 Bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten **SOLLTEN*** Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen darauf angesprochen und gefragt werden:

- Welche Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben Sie beobachtet?
- Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes ein?
- Wie reagieren Sie auf Auffälligkeiten?

Nr. 23 Wenn bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung besteht, **SOLLTEN*** Informationen, die aus verschiedenen Quellen des kindlichen Umfelds stammen, zusammengetragen werden, um den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu entkräften oder zu erhärten. Hierbei müssen die geltenden Datenschutzbestimmungen berücksichtigt werden.

5.1.4 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung

Nr. 24 Bei Verdacht auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung **SOLL*** eine ausführliche Anamnese der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden.

Nr. 25 Bei Verdacht auf emotionale Vernachlässigung/ Misshandlung der Kinder und Jugendlichen **SOLLTEN*** Schutz- und Risikofaktoren kritisch eingeschätzt werden. Die Ausprägung und der Schweregrad der Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinweisen, stehen in Abhängigkeit von Schutz- und Risikofaktoren.

Nr. 26 Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung **SOLLTE*** auch die Eltern-Kind-Interaktion beobachtet und eingeschätzt werden, um Rückschlüsse auf das Beziehungs- und Bindungsverhalten zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen zu ziehen. Jede Interaktion zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen **SOLLTE*** als Gelegenheit gesehen werden, die Eltern-Kind-Interaktion einzuschätzen. Der Begriff „Eltern“ meint hier auch Personensorgeberechtigte und Bezugsperson.

Nr. 27 Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen von Kindern und Jugendlichen können Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein. Diese **SOLLTEN*** beobachtet und eingeschätzt werden und als Ausgangsbefund für weitere Verlaufskontrollen sowie auch als Referenz für bereits zurückliegende Untersuchungsbefunde genutzt werden. Die umfassende komplexe Diagnostik **SOLLTE*** durch Fachkräfte erfolgen.

Nr. 28 Verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen **SOLLTE*** beobachtet und eingeschätzt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

Nr. 29 Gedeihstörungen, geistige und körperliche Entwicklungsverzögerung bei Kindern und Jugendlichen **SOLLTEN*** berücksichtigt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

5.1.5 Zahnärztliche Untersuchung

Nr. 30 Zahnärzte*innen **SOLLEN*** bei Kindern oder Jugendlichen mit Karies vor der Verdachtsdiagnose (dentale) Vernachlässigung und nach Ausschluss von Differentialdiagnosen für Zahnhartsubstanzdefekte mehrere Faktoren mit dem Kind oder dem*der Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen:

- Beeinträchtigung durch die Karies,
- Dauer und Ausprägung der Karies,
- Kenntnis und Bewusstsein der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen in Bezug auf Mundgesundheit,
- die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen,
- Verfügbarkeiten der und Bereitschaft zur zahnärztlichen Versorgung.

Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen.

Nr. 31 Wurden Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen über die Art und das Ausmaß der (kariösen) Erkrankungen ihres Kindes, den Nutzen einer Behandlung, die spezifischen Behandlungsoptionen und den Zugang zu diesen Behandlungsoptionen zur Abwendung von weiterführenden Schäden informiert und enthalten sie ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung und/oder erforderliche Unterstützung bei der Mundhygiene vor, **IST** dies ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung.

Nr. 32 Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLLTEN*** Zahnärzte*innen die strukturierte medizinische Diagnostik (z. B. laut OPS 1-945) einleiten.

Nr. 33 Zahnärzte*innen **SOLLEN*** bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

Nr. 34 Jede orale Verletzung **SOLLTE*** genau dokumentiert werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden. Ärzte*innen oder/und Zahnärzte*innen **SOLLTEN*** bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die strukturierte medizinische Diagnostik (z. B. laut OPS 1-945) einleiten und nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

5.1.6 Neonatales Drogenentzugssyndrom

Nr. 35 Gesundheitseinrichtungen mit geburtshilflicher und/oder neonatologischer Versorgung **SOLLTEN*** ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms vorhalten und anwenden. Das neonatale Drogenentzugssyndrom **SOLLTE*** mithilfe geeigneter Messinstrumente beurteilt werden.

Nr. 36 Neugeborene, die in der Schwangerschaft dauerhaft Opioiden ausgesetzt waren, **SOLLEN*** stationär aufgenommen und auf ein neonatales Drogenentzugssyndrom geprüft werden, unabhängig davon, welches Opioid in welcher Dosierung von der Mutter eingenommen wurde.

Nr. 37 Neugeborene, die in der Schwangerschaft Opioiden und/oder Amphetaminen ausgesetzt waren, **SOLLTEN*** mindestens vier bis sieben Tage nach der Geburt stationär mithilfe geeigneter Messinstrumente überwacht werden.

Nr. 38 Ein einzelner Spitzenwert bei der Messung mit einem Screeninginstrument **SOLL*** nicht als alleiniger Parameter zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom führen.

- Nr. 39 Eine Kurzversion des modifizierten Finnegan-Score **KANN*** bei Neugeborenen ohne schweren Krankheitsverlauf genutzt werden, um das neonatale Drogenentzugssyndrom zu diagnostizieren.
- Nr. 40 Neben validierten Messinstrumenten **KANN*** die Messung der Beinbewegung des Neugeborenen unterstützend zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom beitragen. Die Messung **KANN*** über einen gewöhnlichen Aktivitätssensor erfolgen, der am Bein des Neugeborenen befestigt wird.
- Nr. 41 Das strukturierte Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms **SOLLTE*** unter anderem ein strukturiertes Besuchs- und Interaktionsprotokoll und ein multiprofessionelles Vorgehen, einschließlich einer Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen, enthalten.

5.2 Merkmale von Eltern

5.2.1 Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen

- Nr. 42 Alle Frauen **SOLLEN*** während der Schwangerschaft oder kurz nach Geburt des Kindes durch Gesundheitsdienstleistende oder durch einen Einschätzungsfragebogen systematisch angesprochen werden, um einen möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarf der Frau/Familie frühzeitig zu erkennen.
- Nr. 43 Das Gespräch bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen (siehe **Nr. 42**) **SOLL*** mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.
- Nr. 44 Bei Hinweise auf Belastungen **SOLL*** in einem persönlichen Gespräch der konkrete Unterstützungs- und Hilfebedarf abgeklärt werden. Die Einschätzung zur Feststellung des Bedarfes erfordert Erfahrung und fachkundiges, einfühlsames Beurteilen der Umstände.
- Nr. 45 Bei erkanntem Unterstützungs- und Hilfebedarf **SOLL*** der Frau/Familie entsprechende Unterstützung angeboten werden, die sowohl individuelle Problematiken/Bedürfnisse als auch Stärken der Frau/Familie berücksichtigt. Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen sind Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen.
- Nr. 46 Frauen mit Hinweisen auf eine postpartale Depression **SOLL*** eine leitliniengerechte Intervention angeboten werden.
- Nr. 47 Frauen **SOLLTEN*** durch Fachkräfte ab dem Bekanntwerden der Schwangerschaft zumindest bis 24 Monate nach der Geburt des Kindes nach ihrem Beziehungsumfeld gefragt werden. Bei Hinweisen auf häusliche Gewalt oder Gewalt durch den Partner oder andere Personen im sozialen Umfeld der Frau **SOLLTE*** ihnen der Zugang zu entsprechenden Hilfen ermöglicht werden.

5.2.2 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern

- Nr. 48 Gesundheitsdienstleistende **SOLLTEN*** mit der psychisch kranken oder psychisch belasteten Schwangeren und nach Einwilligung der Frau miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten. Die Gesundheitsdienstleistenden **SOLLTEN*** miteinander kommunizieren und Zugang zu Hilfen aufzeigen, um Gesundheit und Wohlergehen für Frau und Kind zu fördern.

- Nr. 49 Alle Schwangeren und Mütter von Kindern < 24 Monate **SOLLTEN*** bei jedem Arztbesuch nach ihrem psychischen Wohlbefinden und ihrer psychischen Gesundheit gefragt werden. Anschließend **SOLLTE*** bei belasteten Schwangeren und Müttern von Kindern < 24 Monate entsprechend Handlungsempfehlung **Nr. 48** verfahren werden.
- Nr. 50 Alle Psychiater*innen und Psychotherapeuten*innen **SOLLTEN***:
- ihre weiblichen Patienten nach einer bestehenden Schwangerschaft
 - alle Patienten nach ihrer Verantwortung für ein Kind fragen.
- Besteht bei zutreffenden Patienten*innen eine Belastung, **SOLLTE*** entsprechend der Handlungsempfehlung **Nr. 48** verfahren werden.
- Nr. 51 Frauenärzte*innen und Hebammen **SOLLTEN*** Schwangere und Wöchnerinnen nach
- vorheriger oder aktueller psychischer Erkrankung
 - vorheriger oder aktueller ambulanter und/oder stationärer Behandlung durch einen Gesundheitsdienst, der auf psychische Erkrankungen spezialisiert ist
 - perinatalen psychischen Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades fragen.
- Besteht bei zutreffenden Patientinnen eine Belastung, **SOLLTE*** entsprechend der Handlungsempfehlung **Nr. 48** verfahren werden.
- Nr. 52 Das Kind (einer) psychisch belasteter Personensorgeberechtigter/Bezugsperson **SOLLTE*** bei allen die Personensorgeberechtigten/Bezugsperson betreffenden Maßnahmen (Assessment, Versorgung, Behandlung) berücksichtigt werden.

5.2.3 Kinder und Jugendliche suchtblasteter Eltern

- Nr. 53 Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen **SOLLTE*** Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrem eigenen Wohlbefinden zu äußern; dabei **SOLLTE*** die Thematik Suchterkrankung offen angesprochen werden.
- Nr. 54 Bei gesicherter Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten **SOLLEN*** Fachkräfte, Kinder und Jugendliche und/oder die suchtkranke Person begleiten, mögliche Anhaltspunkte wie Risikofaktoren (z. B. Häusliche Gewalt, Delinquenz, Armut oder fehlende elterliche Sorge) und/oder Komorbiditäten (z. B. weitere psychische Erkrankungen) erfassen, dokumentieren und bewerten. Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung **SOLL** nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.
- Nr. 55 Bei Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Personensorgeberechtigten **SOLLTEN*** geplante und eingeleitete Maßnahmen mit den Familien und allen Fallbeteiligten besprochen werden, um durch adäquate Hilfemaßnahmen für Kinder und Jugendliche, den*die Suchtkranke*n und die Familie eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu vermeiden oder zu beenden. Dies betrifft Absprachen zu (Verlaufs-)Ergebnissen von:
- Einschätzungen des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen, Suchtkranken und der gesamten Familie
 - Bewertung des Wohles von Kindern und Jugendlichen bzw. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung
 - Therapien der Kinder und Jugendlichen und/oder Personensorgeberechtigten (inklusive Barrieren und Motivatoren)
 - Gerichtsverfahren (z. B. Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht)
 - entsprechend eingeleitete Maßnahmen.

5.2.4 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme

- Nr. 56 Bei der Vorstellung Erwachsener in Notaufnahmen aufgrund von häuslicher Gewalt und/oder eines Suizidversuches oder einer psychischen Dekompensation und/oder einer Substanzintoxikation **SOLL*** als Screening gefragt werden, ob der*die Patient*in die Verantwortung für eine*n Minderjährige*n trägt, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen. In diesem Fall **SOLL*** der Sozialdienst der Klinik informiert werden.

6. Diagnostische Methoden

6.1 Befragung von Kindern und Jugendlichen

6.1.1 Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen

- Nr. 57 Nr. 57a: Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLLTEN*** im Rahmen einer multiprofessionellen Diagnostik zeitnah zum Ereignis oder letzten Übergriff Ersteinlassungen der Kinder und Jugendlichen protokolliert und ggf. durch wenige Nachfragen entsprechend den Prinzipien des NICHHD-Protokolls konkretisiert werden.
- Nr. 57b: Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLLTE*** in Absprache mit Institutionen der Strafverfolgung bzw. der Familiengerichtsbarkeit und mit Einverständnis der Kinder und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/des Vormundes ein forensisches Interview angeboten werden, wenn die Aussage der Kinder und Jugendlichen zur Klärung der Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung erforderlich erscheint.
- Nr. 58 Das forensische Interview **SOLLTE*** strukturiert mithilfe von evaluierten Protokollen durchgeführt werden. Ein Beispiel eines solchen evaluierten Protokolls ist das revidierte NICHHD-Protokoll, das auch in deutscher Sprache vorliegt.
- Nr. 59 Das forensische Interview **SOLLTE*** anhand von Aufzeichnungen der Interviewenden und durch eine Audio- und Videoaufnahme nachhaltig dokumentiert werden. Dies setzt das informierte Einverständnis der Kinder und Jugendlichen voraus.
- Nr. 60 Interviewende **SOLLTEN*** in der Durchführung eines forensischen Interviews geschult und angeleitet sein. Zur Vorbereitung **SOLLTEN*** mögliche Hindernisse, fallspezifische Anliegen und Interviewstrategien multiprofessionell besprochen werden. Zur Nachbereitung **SOLLTE*** die Möglichkeit eines Feedbacks gegeben werden.
- Nr. 61 Interviewende **SOLLEN*** das Erinnerungsvermögen des Kindes oder des*r Jugendlichen durch offene Fragen fördern. Interviewende **SOLLEN*** vermeiden, das Kind oder den*die Jugendliche*n zu beeinflussen oder suggestiv zu befragen.

6.2 Spezielle Diagnostik

6.2.1 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung

- Nr. 62 Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung **SOLLTE*** in der ausführlichen Anamnese unter anderem nach dem Auftreten unklarer Hämatome oder weiterer Verletzungen in der Vorgeschichte gefragt werden.

6.2.2 Hämatome und thermische Verletzungen

- Nr. 63 Bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen **SOLLEN*** zunächst deren Anzahl, Lokalisation und Erscheinungsform in Bezug zu Alter, Entwicklungsstand und Mobilität eingeschätzt werden. Kinder und Jugendliche mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen **SOLLEN*** einer weitergehenden Diagnostik unterzogen werden. Zu misshandlungsverdächtigen Hämatomen gehören geformte Hämatome, Hämatome, die in Clustern auftreten, und Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten. Weiterhin gehören dazu:
- Hämatome im Bereich der Ohren, des Halses, der Hände, der Waden und der Genitalien in allen Altersgruppen
 - Hämatome im Bereich des vorderen Thorax, des Abdomens und des Gesäßes bei mobilen Säuglingen und Kleinkindern
 - jedes Hämatom bei einem prämobilen Säugling.
 - Bei fehlendem oder unklarem Entstehungsmechanismus der Hämatome **SOLL*** die Eigen- und Familienanamnese in Bezug auf eine mögliche Gerinnungsstörung erhoben werden.
 - Bei fehlenden Hinweisen auf eine Gerinnungsstörung und auffälligen Hämatomen **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Der Ausschluss beziehungsweise die Feststellung einer körperlichen Misshandlung **SOLL*** im multiprofessionellen Team (z. B. Kinderschutzgruppe, siehe Handlungsempfehlung **Nr. 16**) erfolgen.
- Nr. 64 Bei Kindern und Jugendlichen mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen (siehe Handlungsempfehlung **Nr. 63**) **SOLL*** Folgendes fotografiert bzw. dokumentiert werden:
- Anzahl, Größe und Verteilungsmuster der Hämatome (Übersicht, Ausschnitt und Detailfotografie unter Zuhilfenahme eines fotomakrografischen Winkellineals)
 - Mobilität des Kindes (prä-, frühmobil oder mobil)
 - Angaben zu besonderen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen.
- Nr. 65 Bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und misshandlungsverdächtigen Hämatomen **SOLLTE*** zusätzlich zu Handlungsempfehlung **Nr. 64** Folgendes dokumentiert werden:
1. Mobilitätsstatus (z. B. rollstuhlpflichtig oder bettlägerig)
 2. Muskeltonus
 3. Hilfsmittelversorgung
 4. Kognitive Fähigkeiten.
- Nr. 66 Bei Kindern < 6 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen **SOLL*** eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen und nach okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlungen **Nr. 83** & **Nr. 85**) und einer Magnetresonanztomographie (cMRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz (siehe Handlungsempfehlung **Nr. 73**) gesucht werden.
- Nr. 67 Bei Kindern > 6 bis 36 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen und begründetem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung **SOLLEN*** sowohl Blutgerinnungsstörungen ausgeschlossen als auch nach weiteren okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlung **Nr. 83** & **Nr. 85**) gesucht werden.
- Nr. 68 Bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Hämatomen **SOLL*** eine standardisierte Blutgerinnungsanamnese erhoben werden; bei Hinweisen auf eine Blutgerinnungsstörung **SOLL*** eine hämostaseologische Referenz hinzugezogen und die weitere Gerinnungsdiagnostik abgestimmt werden.

Nr. 69 Bei Kindern und Jugendlichen **SOLL*** der geschilderte Unfallhergang bei jeder thermischen Verletzung dokumentiert werden. Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum Verletzungsmuster, **SOLL*** von einer unklaren thermischen Verletzung (Verdacht auf eine Kindesmisshandlung) ausgegangen werden. In diesem Fall **SOLL*** neben der medizinischen Diagnostik (z. B. laut OPS 1-945) die Mitteilung an das Jugendamt erfolgen und ggf. die Polizei hinzugezogen werden, um notwendige Ermittlungen zum tatsächlichen Unfallhergang zu ermöglichen.

Nr. 70 Bei Kindern und Jugendlichen mit unklaren thermischen Verletzungen (siehe Handlungsempfehlung **Nr. 69**) **SOLLEN*** folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Liegen weitere Verletzungen (z. B. Frakturen) vor?
- Sind vorherige Verletzungen oder Misshandlungen bekannt?
- Liegt häusliche Gewalt vor?
- Werden Geschwister für die Verletzung verantwortlich gemacht?

Positiv beantwortete Fragen verdichten den Verdacht auf eine körperliche Misshandlung.

Nr. 71 Bei Kindern und Jugendlichen **SOLLTE*** die Frage nach Vernachlässigung bei jeder thermischen Verletzung als Ursache der Verbrühung/Verbrennung multiprofessionell (z. B. nach OPS 1-945) eingeschätzt und geklärt werden. Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung **SOLL** nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

6.2.3 Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen

Nr. 72 Bei fehlendem Nachweis von Rippenfrakturen im standardisierten Röntgen-Skelettscreening und bei fortbestehendem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung **KANN** die Durchführung einer Skelett-Szintigraphie helfen, Rippenfrakturen zu detektieren.

Nr. 73 Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind klinisch nicht vital bedroht, **SOLL*** eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz¹ erfolgen. Zeigen sich bei der Untersuchung weitere Zeichen für eine Misshandlung, **SOLL*** außerdem eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

Nr. 74 Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind vital bedroht, **SOLL*** eine cranielle Computertomographie (cCT) erfolgen.

Nr. 75 Ergibt die cranielle Computertomographie (cCT) eines Kindes Hinweise auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung, **SOLLEN*** eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz¹ und eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

Nr. 76 Eine Ultraschalluntersuchung des Kopfes **SOLL*** nicht als alleinige diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung herangezogen werden.

Nr. 77 Bei einem Kind < 24 Monate mit intrakranieller Verletzung und einer Schädelfraktur und fehlendem bezugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese **SOLL*** dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

Nr. 78 Eine Ultraschalluntersuchung des Schädels **KANN*** als Diagnostik bei Verdacht auf eine Schädelfraktur durchgeführt werden.

Nr. 79 Bei Kindern mit subduraler Blutung, insbesondere mit dem Nachweis mehrerer subduraler Blutungen und/oder mit Zeichen einer zerebralen Diffusionsstörung und/oder einem Hirnödem in der Bildgebung des zentralen Nervensystems und bei fehlendem bezugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese, **SOLL*** dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden. Bei Kindern im Alter < 12 Monate mit nicht akzidentellem Schädelhirntrauma sind diese Verletzungen schwerwiegend und stehen in Verbindung mit einer hohen Sterblichkeitsrate.

6.2.4 Untersuchung der Augen

Nr. 80 Bei Kindern < 24 Monate mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung **SOLL*** eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) durchgeführt werden.

Nr. 81 Bei Kindern und Jugendlichen mit der Kombination von zwei oder mehr der folgenden Merkmale:

- kein akzidentelles Trauma und zweifelhafte Anamnese
- subdurale Blutung
- zerebrale Diffusionsstörung
- Schädelfraktur mit oder ohne intrakranielle Verletzung
- Rippenfraktur/en
- (metaphysäre) Fraktur/en der langen Röhrenknochen
- cerebraler Krampfanfall
- Apnoe

SOLL* dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung als Ursache nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese oder keine andere Erkrankung vor, **SOLL*** neben der Untersuchung der Augen auch die entsprechende radiologische Untersuchung durchgeführt werden.

Nr. 82 Das Röntgen-Skelettscreening bei begründetem Verdacht auf körperliche Misshandlung eines Kindes **SOLL*** umfassend und standardisiert erfolgen. Folgende Einzelaufnahmen **SOLLEN*** durchgeführt werden: 1. Schädel a-p; 2. Schädel seitlich; 3. Thorax a-p; 4. Oberarm a-p links; 5. Oberarm a-p rechts; 6. Unterarm a-p links; 7. Unterarm a-p rechts; 8. Hand p-a links; 9. Hand p-a rechts; 10. Oberschenkel a-p links; 11. Oberschenkel a-p rechts; 12. Unterschenkel a-p links; 13. Unterschenkel a-p rechts; 14. Fuß d-p links; 15. Fuß d-p rechts.

In Abhängigkeit vom Befund der oben beschriebenen Einzelaufnahmen **SOLLEN*** weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt werden:

- A. Falls keine Rippenfrakturen detektiert wurden, **SOLLEN*** 16. Thorax schräg links und 17. Thorax schräg rechts erfolgen.
- B. Falls eine oder mehrere Frakturen detektiert wurden, **SOLLEN*** 18. Wirbelsäule seitlich und 19. Becken und Hüften a-p erfolgen.

Nr. 83 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLL*** bei allen Kindern < 24 Monate durchgeführt werden, falls:

- der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder
- eine körperliche Misshandlung vorliegt; hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma.

Nr. 84 Bei fehlendem Nachweis von Frakturen im initialen standardisierten Röntgen-Skelettscreening und weiterhin bestehenden klinischen Anhaltspunkten auf eine körperliche Misshandlung **SOLLTE*** das Röntgen-Skelettscreening (Aufnahmen Nr. 3 – 15) nach 11 – 14 Tagen wiederholt werden.

Nr. 85 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLLTE*** bei Kindern > 25 bis 36 Monate durchgeführt werden, falls der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder eine körperliche Misshandlung vorliegt. Hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma.

- Nr. 86 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLLTE*** bei Geschwistern < 24 Monate eines körperlich misshandelten Kindes oder anderer im selben Haushalt lebender Kinder < 24 Monate durchgeführt werden.
- Nr. 87 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLL*** bei einem Mehrling eines körperlich misshandelten Kindes < 24 Monate durchgeführt werden.
- Nr. 88 Bei Kindern und Jugendlichen mit Frakturen **SOLLTEN** bei der Beurteilung eines Verdachts auf eine körperliche Misshandlung das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.
- Nr. 89 Bei Kindern mit mehreren Frakturen und fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder mit zweifelhafter Anamnese **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung nachgegangen werden. Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und das Vorgehen nach OPS 1-945.
- Nr. 90 Bei Kindern < 48 Monate mit einer Schädelfraktur ohne intrakranielle Verletzungen und bei fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung, inklusive Dokumentation von Frakturanzahl und Frakturtyp, nachgegangen werden. Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und das Vorgehen nach OPS 1-945. Bei mehreren und/oder komplexen Schädelfrakturen ist die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung als Ursache erhöht.
- Nr. 91 Bei Kindern von 19 bis 48 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur **SOLLTE*** einem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 92 Bei Kindern < 18 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur **SOLL*** eine körperliche Misshandlung als Ursache ausgeschlossen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie, eine Magnetresonanztomographie des Kopfes und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 93 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Humerusfraktur **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 94 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Unterarmfraktur **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 95 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Femurfraktur **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 96 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Unterschenkelfraktur **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 97 Bei Kindern < 18 Monate mit einer metaphysären Fraktur der langen Röhrenknochen **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akziden-

telles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie, Magnetresonanztomographie des Schädels und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Nr. 98 Liegt bei Kindern mit einer Wirbelsäulenverletzung kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Dabei **SOLL*** die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung **SOLL*** neben der Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule auch eine Magnetresonanztomographie des Schädels durchgeführt werden.

Nr. 99 Liegt bei Kindern mit einer Beckenfraktur kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung und einen sexuellen Missbrauch als Ursache nachgegangen werden. Dabei **SOLL*** die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Nr. 100 Bei Kindern < 48 Monate mit inneren Verletzungen wie duodenalen, Leber-, Milz, Pankreas- und/oder intrathorakalen Verletzungen **SOLL*** bei fehlendem akzidentellem Trauma dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden; dies gilt auch bei fehlenden Bauchwandhämatomen.

Nr. 101 Die Untersuchung der Augen **SOLL*** beidseitig, indirekt durch die erweiterte Pupille und standardisiert durch eine*n Augenarzt*in, erfolgen. Folgende Fragen **SOLLEN*** beantwortet werden:

- Liegt eine retinale Blutung vor?
- Ist die Blutung ein- oder beidseitig?
- Welche Ausprägung der retinalen Blutung liegt vor? [mild (1 – 10 Blutungen), moderat (11 – 20 Blutungen) oder schwer (> 20 Blutungen)]
- Sind mehrere Schichten der Netzhaut betroffen?
- Sind mehrere Augenabschnitte betroffen?
- Wo befinden sich die Blutungen innerhalb des Fundus? (parapapillär, posteriorer Pol, Peripherie etc.)

Mit Zunahme der Anzahl der Befunde bzw. einer Ausdehnung nach peripher erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer misshandlungsbedingten Schädelhirnverletzung.

Nr. 102 Bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung **SOLLTE*** die Untersuchung der Augen zeitnah, **MÖGLICHS*** innerhalb der ersten 24 Stunden nach Vorstellung des Kindes, erfolgen. KKP: Hierbei **SOLLTE*** beachtet werden, dass der Zeitpunkt eines möglichen Ereignisses nicht dem Zeitpunkt der Erstvorstellung des Kindes z. B. in einer Klinik entspricht. Mit zunehmendem Abstand zum Ereignis (bis zu vier Wochen) verringert sich die Wahrscheinlichkeit des Nachweises einer stattgehabten retinalen Blutung.

Nr. 103 Bei Kindern mit folgenden singulären Ereignissen ist die Wahrscheinlichkeit einer retinalen Blutung sehr gering bis nicht gegeben:

- cerebrale Krampfanfälle
- «Apparent Life-Threatening Events» (ALTE), jetzt «Brief Resolved Unexplained Events» (BRUE)
- forciertes Husten
- forciertes Erbrechen
- kardiopulmonale Reanimation.

Liegt bei diesen Kindern eine retinale Blutung vor, **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Ursache nachgegangen werden.

6.2.5 Differentialdiagnosen

Nr. 104 Bei Kindern und Jugendlichen mit gesicherter Diagnose einer körperlichen Misshandlung **SOLLTE*** keine weitergehende Diagnostik zum Ausschluss von Krankheiten erfolgen, die eine Kindesmisshandlung imitieren können.

Nr. 105 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf körperliche Misshandlung **SOLLTEN*** andere Ursachen (z. B. Unfälle oder Erkrankungen, die eine Misshandlung imitieren können) in die Differentialdiagnostik einbezogen werden.

Nr. 106 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **SOLLTEN*** folgende Erkrankungen differentialdiagnostisch berücksichtigt werden:

1. Osteochondrodysplasien (z. B.: Osteogenesis imperfecta, Osteopetrose, Pyknodysostose)
2. Rachitis
3. Menkes disease
4. Leber- und Nierenversagen (chronisch)
5. Familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie (FHH)
6. Pain insensitivity syndrome [zum Beispiel: hereditary sensory and autonomic neuropathies (HSANs)]
7. Hyper IgE-Syndrom.

Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 50.000 – 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung **SOLLTE*** nachfolgenden Kriterien erfolgen:

- Eigen- und Familienanamnese
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom)
- Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe **Nr. 83** & **Nr. 85**)
- Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzten*innen.

Sind die aufgeführten Untersuchungen unauffällig, ist das Vorliegen der sogenannten Erkrankungen nahezu ausgeschlossen. Ist eine der aufgeführten Untersuchungen auffällig oder besteht weiterhin der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, **SOLLTEN*** weitere Untersuchungen erfolgen (siehe **Nr. 107**).

Nr. 107 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **SOLLTEN*** folgende Untersuchungen im Rahmen der Differentialdiagnostik durchgeführt werden (siehe **Nr. 106**):

- im Blut: kleines Blutbild
- im Serum: Kalzium, Phosphat, alkalische Phosphatase, 25 OHD, PTH, Kupfer, Coeruloplasmin, Transaminasen, Bilirubin, Gallensäuren, Kreatinin, IgE
- im Urin: Kalzium, Phosphat, Kreatinin

Nr. 108 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **SOLLTEN*** bei Auffälligkeiten oder positiven Befunden aus den Handlungsempfehlungen **Nr. 106** oder **Nr. 110** entsprechende medizinische Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

Nr. 109 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **SOLLTEN*** bei Auffälligkeiten oder positiven Befunden aus Handlungsempfehlung **Nr. 110** entsprechende Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

Nr. 110 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Kopfverletzung mit intrakranieller Beteiligung **SOLLTEN*** folgende Erkrankungen als Differentialdiagnose erwogen werden:

1. Glutarazidurie Typ I
2. Methylmalonazidurie und Homocystinurie Typ cblC
3. D-2-Hydroxyglutarazidurie
4. Progressive Familiäre Intrahepatische Cholestase Typ II
5. Menkes disease
6. Osteogenesis imperfecta
7. Infantile Osteopetrose
8. zerebrales arterielles Aneurysma
9. zerebrale arteriovenöse Malformationen
10. Gerinnungsstörungen
11. Leberversagen.

Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 1000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung dieser Erkrankungen **SOLLTE** nachfolgenden Kriterien erfolgen:

- Eigen- und Familienanamnese, insbesondere Blutungs- und Gerinnungsanamnese (siehe **Nr. 67**)
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Untersuchung des Augenhintergrundes (siehe **Nr. 101**)
- Laboruntersuchungen aus Handlungsempfehlung **Nr. 107** und zusätzlich
- im Serum: Homocystein, Gerinnungsanalyse (Globaltests, Faktor-Analyse, Plättchen-Funktionstests) - falls möglich nach Rücksprache mit einem (pädiatrischen) Hämostaseologen
- im Urin: organische Säuren
- cMRT
- Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom)
- Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe **Nr. 83** & **Nr. 85**)

Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzte*innen.

Nr. 111 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Hautverletzungen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **SOLLTEN*** frühzeitig Fachdisziplinen (z. B. Dermatologie, Rechtsmedizin, Ärzten*innen mit Kinderschutz Erfahrung) hinzugezogen werden.

6.2.6 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Nr. 112 Alle Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLEN*** geschlechts- und entwicklungsspezifisch untersucht werden. Keine Untersuchung **SOLL*** gegen den Willen des*r Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden. Die Notwendigkeit und Festlegung des Datums der u. g. Untersuchungen sind abhängig von der Zeitspanne zwischen dem angegebenen sexuellen Übergriff und dem Untersuchungszeitpunkt (siehe **Nr. 115** bis **Nr. 118** ...). Neben der Ganzkörperuntersuchung und ausführlichen Anamnese **SOLLEN*** ein/e

- anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops (siehe **Nr. 114**)
- Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger (siehe **Nr. 119**)
- Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter)
- Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)
- Forensisches Interview (4 - 18 Jahre)
- Feststellung des psychischen Status

erfolgen.

Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen **SOLLEN*** im multiprofessionellen Team (z. B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden. Die Ergebnisse aller Untersuchungen **SOLLEN*** gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.

Nr. 113 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit körperlich-sexuellem Übergriff und einer schwerwiegenden akuten Verletzung **SOLLTE*** unverzüglich ein Trauma des Bauchraumes und des Beckens ausgeschlossen werden.

Nr. 114 Bei Mädchen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLTE*** die anale und kindergynäkologische Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in vier Positionen durchgeführt werden:

1. Froschbein- oder Steinschnittlage
2. Knie-Brustlage
3. Seitenlage
4. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

Bei Jungen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLTE*** die anogenitale Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in drei Position durchgeführt werden:

1. Knie-Brustlage
2. Seitenlage
3. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

Nr. 115 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLTE*** die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung durch eine*n im Kinderschutz erfahrene*n Facharzt*ärztin mit besonderer Expertise in der kindergynäkologisch-forensischen Diagnostik erfolgen. Die Untersuchung **SOLLTE*** foto-, idealerweise videodokumentiert und nach den sogenannten Adams-Kriterien bewertet werden, um sie ggf. dem Peer-Reviewing zuführen zu können. Die Zustimmung der Kinder und Jugendlichen ist Voraussetzung für die Untersuchung (siehe **Nr. 112**).

Zum besseren Verständnis kann die Einteilung nach Adams wie folgt vereinfacht werden:

Befundkategorien

1. Normalbefunde
2. Normvarianten
3. Differentialdiagnosen, die fälschlicherweise für einen Missbrauch gehalten werden

Bewertung: unauffällig

Befundkategorien

1. Befunde durch Trauma und/oder Sexualkontakt
 - a. Akute Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus, welche akzidentell oder zugefügt sein können
 - b. Residuen (heilender) Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus
2. Befunde, die auf eine akute oder heilende Verletzung der Genitalien und/oder des Anus hinweisen

Bewertung: auffällig

- Nr. 116 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLL*** die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unmittelbar (innerhalb der ersten 24 Stunden) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen. In diesem Zeitraum **SOLLEN*** eine strukturierte Anamnese (z. B. P-SANE), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe **Nr. 123**) durchgeführt werden.
- Nr. 117 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (innerhalb der ersten 24 Stunden; siehe **Nr. 116**), **SOLLTE*** eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung **MÖGLICHST** zeitnah (innerhalb der ersten 72 Stunden bis maximal sieben Tage) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen. Im Rahmen dieser Vorstellung **SOLLTEN*** die strukturierte Anamnese (z. B. P-SANE), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung (Fremd-DNA), ein Schwangerschaftstest (siehe **Nr. 123**) und das Forensische Interview (4 – 18 Jahre) durchgeführt werden.
- Nr. 118 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe **Nr. 116 & Nr. 117**) und bei denen der (letzte) körperlich-sexuelle Übergriff mehr als eine Woche zurückliegt, **SOLLTE*** eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung angeboten werden (siehe auch **Nr. 112**).
- Nr. 119 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe **Nr. 116 bis 118**), **SOLLTEN*** die strukturierte Anamnese (z. B. SA-NE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, der Schwangerschaftstest (siehe **Nr. 123**), auch nach einer Woche bis mehrere Wochen zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff, durchgeführt und ein Forensisches Interview (4 – 18 Jahre) angeboten werden.
- Nr. 120 Bei Kindern und Jugendlichen nach körperlich-sexuellem Übergriff **SOLL*** Folgendes auf folgende sexuell übertragbare Erreger untersucht werden:
- Urinuntersuchung auf / Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Urin:
 1. Chlamydia trachomatis
 2. Neisseria gonorrhoea
 3. Trichomonas vaginalis
 - Anale Abstriche auf / Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR):
 1. Chlamydia trachomatis
 2. Neisseria gonorrhoea

Bei Kindern und Jugendlichen mit Ausfluss **SOLLEN*** oben genannte Erreger (1 – 3) zusätzlich in einem Abstrich des Exsudates mittels NAAT/PCR untersucht werden.

Verlaufskontrollen **SOLLEN*** nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen. Auch die Prüfung der Indikation zur Durchführung einer Postexpositions-prophylaxe (z. B. bei Verdacht auf HIV) **SOLL*** nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

Jedes positive Laborergebnis **SOLL*** durch den jeweiligen erregerspezifischen Test (Konfirmationsuntersuchung) bestätigt werden.

- Nr. 121 Bei Kindern und Jugendlichen mit Condylomata acuminata **SOLLTEN*** folgende Maßnahmen durchgeführt werden:
1. Eigen- und Fremdanamnese auf Haut- und Genitalwarzen
 2. HPV-Impfanamnese
 3. Sexual- und Missbrauchsanamnese
 4. Untersuchung, inklusive anogenitaler bzw. kindergynäkologischer Untersuchung.
- HPV bzw. Condylomata acuminata können sowohl durch Sexualkontakte als auch ohne Sexualkontakte übertragen werden. Die Ergebnisse der empfohlenen Maßnahmen (1 – 3) **SOLLTEN*** durch Spezialisten*innen (z. B. im Kinderschutz erfahrene Fachärzte*ärztinnen, Virologen*innen oder Infektiologen*innen) bewertet und im diagnostischen Gesamtkontext beurteilt werden.
- Nr. 122 Bei Kindern und Jugendlichen mit dem Nachweis einer sexuell übertragbaren Erkrankung unklarer Genese **SOLL*** dem Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch (einschließlich Handel mit und Ausbeutung von Kindern) nachgegangen werden (siehe **Nr. 112 bis Nr. 120**).
- Nr. 123 Bei Mädchen im gebärfähigen Alter mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einen körperlich-sexuellen Übergriff **SOLLTE*** im Hinblick auf das weitere Prozedere (z. B. „Pille danach“) eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Der (erste) Schwangerschaftstest (β -HCG im Urin oder Serum) **SOLLTE*** beim Erstkontakt durchgeführt werden.
- Nr.124 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung Konsens (93 %) Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLL*** in Abhängigkeit vom Zeitraum zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff eine Spurensicherung erfolgen: bezogen auf den Körper des Kindes/Jugendlichen (siehe **Nr. 116 bis 116**): Fremd-DNA: Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Abstrich Samen: Mikroskopie des aufbereiteten Abstrichs Sperma: z. B. Saure Phosphatase bezogen auf die Kleidung des Kindes/Jugendlichen, Bettwäsche, etc.: Fremd-DNA Potenziell benutzte Kleidungsstücke (auch mehrfach gewaschene Kleidung) **SOLLEN*** getrocknet und in Papier rechtssicher gelagert werden. Die erfolgreiche Untersuchung ist nachweislich noch Wochen bis Monate nach einem körperlich-sexuellen Übergriff möglich. Die Beweiskette **SOLL*** erhalten werden. Die Laboruntersuchungen **SOLLEN*** in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium durchgeführt werden.
- Nr. 125 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einer akuten Intoxikation **SOLLTE*** eine toxikologische Untersuchung des (ersten) Urins und Serums zeitgleich mit der Spurensicherung durchgeführt werden. In einem forensisch-akkreditierten Laboratorium findet die Untersuchung einer Rückstellprobe statt.
- Nr. 126 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLTEN*** eine geschlechts- und entwicklungsspezifische Exploration des psychischen Befindens und Diagnostik zur Feststellung einer möglichen Traumatisierung und zur Einschätzung des Grades der Traumatisierung durchgeführt werden.
- Nr. 127 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch Misshandlung und/oder Vernachlässigung **SOLLTE*** ein sexualisiertes Verhalten entsprechend dem Alter, dem Geschlecht und der Entwicklung fachkundig eingeschätzt werden. Evidenz für die Einschätzung von sexualisiertem Verhalten liegt bei Kindern von zwei bis sechs Jahren vor (Beispiele sind in der Referenz-Leitlinie von Kellogg et al. 2009 beschrieben).

7. Geschwisterkinder

- Nr. 128 Bei Kontaktkindern **SOLLTE** dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung nachgegangen werden, wenn bei dem Indexpatienten*innen eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung festgestellt wurde. Die Einschätzung **SOLLTE*** im multiprofessionellen Team (z. B. Kinderschutzgruppe) erfolgen.
- Nr. 129 Bei Indexpatienten*innen mit einer schweren körperlichen Misshandlung (Frakturen, Verbrennungen, Schädelhirnverletzung oder viszerale Verletzungen oder intensivmedizinische Versorgung oder Tod) **SOLLTEN*** Kontaktkinder unter anderem körperlich untersucht werden und es **SOLLTE*** eine radiologische Diagnostik nach klinischen Anhaltspunkten durchgeführt werden. Falls diese Kontaktkinder < 24 Monate sind, **SOLLTE*** ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden (siehe **Nr. 83** & **Nr. 85**).
- Nr. 130 Zur Einschätzung einer möglichen körperlichen Misshandlung von Kindern < 12 Monate **SOLLTE*** unter anderem die ausführliche Anamnese der Geschwister herangezogen werden.

8. Interventionen für Eltern

- Nr. 131 Misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen **SOLLEN*** Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung angeboten werden. Belastbare Evidenz liegt für Einzelmaßnahmen wie die Parent-Child Interaction Therapy vor.
- Nr. 132 Maßnahmen für Personensorgeberechtigte/ Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung **SOLLEN*** durch einen theoretischen Ansatz geprägt sein, der sich mit den Fragestellungen zu misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Verhaltens der Personensorgeberechtigten/ Bezugspersonen auseinandersetzt (z. B. Motivation der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen stärken, gefolgt von Eltern-Kind-Interaktion).
- Nr. 133 Die Therapie, Behandlung oder Einbindung der misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Personensorgeberechtigten/ Bezugsperson **SOLLEN*** gezielt der Art der stattgehabten Kindesmisshandlung, missbrauch und/der -vernachlässigung angepasst sein. Theoretische Ansätze für Maßnahmen **SOLLEN** Bezug nehmen auf das Fehlverhalten dieser Person, wie zum Beispiel destruktives Erziehungsverhalten, Fehlerzuschreibung, dysfunktionale Bindung und Interaktion zwischen dieser Person und dem Kind, sowie ein Training der Erziehungscompetenz dieser Person beinhalten.
- Nr. 134 Bei Maßnahmen für misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung **SOLLTEN*** Kinder und Jugendliche in dem Maße einbezogen werden, soweit sie dem zustimmen.

4. Stichwortverzeichnis

	Nummer:
Alter des Kindes 0 bis 6 Monate	66
Alter des Kindes 0 bis 12 Monate	79, 81, 130
Alter des Kindes 0 bis 18 Monate	92 – 97
Alter des Kindes 0 bis 24 Monate	49, 77, 80, 83, 86, 87, 106, 110, 129
Alter des Kindes 0 bis 48 Monate	90, 100
Alter des Kindes 19 bis 36 Monate	91
Alter des Kindes 24 Monate und älter	106, 110
Alter des Kindes 25 bis 36 Monate	85
Alter des Kindes 6 bis 36 Monate	67
Anamnese	18, 24, 34, 62, 63, 68, 77, 79, 81, 89 – 99, 106, 110, 112, 116, 117, 119, 121, 130
Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (Auffälligkeiten, Verdacht)	15, 16, 21 ff., 22 – 25, 27, 30 – 34, 53, 54, 57a, 57b, 62 ff., 62, 63, 67, 69 – 74, 76, 77, 79 – 85, 88 – 91, 93 – 100, 102, 103, 105 – 111, 112 ff., 112 – 127, 128, 129
Anzeige	3
Armut	54
Ausbeutung von Kindern	122
Beteiligung von Eltern / Personensorgeberechtigten (u. a. Elterngespräch)	15, 33, 34, 41, 43, 44, 54, 71
Beteiligung von Kindern und Jugendlichen	9, 11, 15, 33, 34, 54, 71
Beweis / Spuren / Spurensicherung	112, 116, 117, 124, 125
Bildgebung (Foto, Video)	59, 64, 72 ff. , 79, 112, 115
Bindung, Interaktion	26, 41, 132, 133
Datenschutz	18, 23, 48
Delinquenz	54
Dermatologie	111
Diagnostik	27, 30, 32, 34, 57, 62 ff. , 63 – 79 , 104, 105, 107, 112 ff. , 115, 126, 129
Differenzialdiagnostik	30, 104 ff. , 105, 106, 107, 110, 115
Entwicklungsstand Kind	6, 63, 88
Facharzt / Fachärztin	108, 109, 110, 111, 115
Fallkonferenz	7, 8, 17, 41
Frauenarzt*ärztin	51
Geburt	35, 37, 42, 47

Gedeihstörung	29
Gefährdungseinschätzung / Beurteilen / Bewerten	12, 15, 33, 34, 54, 55, 71, 126, 127, 128, 130
geschlechtsspezifisch / Junge	112, 126, 114
geschlechtsspezifisch / Mädchen	112, 114, 123, 126
Geschwister (siehe auch Kontaktkinder)	87
Gesundheitswesen	12, 13, 14, 45
häusliche Gewalt	47, 54, 56, 70
Hebamme	51
Hilfe anbieten	12, 15, 33, 34, 54, 71, 131, 133, 134
Intervention	11, 46, 131 ff.
Interview (forensisch)	56, 58, 59, 60, 61, 112, 117, 119
Jugendamt (KKG)	12, 15, 33, 34, 54, 69, 71
Jugendhilfe	12, 13, 14, 45
Justiz	12, 13, 14
Kinderhandel	122
Kinderschutzgruppe (in der Klinik)	16, 63, 112, 128
kognitiv	28, 65
Konzil	106, 108
Kontaktkinder (siehe auch Geschwister)	70, 86, 128 ff. , 128, 129, 130
Kontrolle (Verlaufs-)	27, 55, 120
Kooperation, Netzwerkarbeit	12 ff. , 13, 14, 15, 33, 34, 54, 71
körperliche Misshandlung	72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 88 – 111, 127 – 130, 133
Krankheit / Erkrankung	30, 31, 39, 51, 53, 54, 81, 104, 105, 106, 110, 122
multiprofessionell	16, 41, 57, 60, 63, 71, 108, 109, 111, 112
Notaufnahme	20, 21, 56
OPS 1-945 (Operationen- und Prozedurenschlüssel Vers. 2019)	16, 32, 34, 69, 71, 78 – 99
Personensorge / Vormund	5, 18, 22, 26, 30, 31, 52 – 55, 57, 131 – 134
Polizei	3, 69
Psychiater*in	50
psychisch Kranke (Auffälligkeit, Störung)	27, 48 ff. , 48, 49, 51, 52, 54, 56
Rechtsmedizin	111
Schule (schulisch)	28
Schutz gewähren	131, 132, 134

Schwangerschaft	36, 37, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 112, 116, 117, 119, 123
Screening	20, 21, 38, 56, 66, 67, 72, 82 – 87, 89, 90, 91, 94, 96, 97, 98, 106, 110, 129
sexuelle Misshandlung / sexuelle Gewalt	11, 99, 112 – 127
Sozialdienst der Klinik	56
Sterblichkeit, Tod	79, 129
Störung	27, 29, 79, 81
Strafverfolgung	57b
Sucht (Droge, Opioid, Substanz, Amphetamin)	35 ff. , 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 53 ff. , 53, 54, 55, 56
Suizid	56
Täter*in / Verursacher*in	133, 134
Therapeut*in	50
toxische Stoffe	56, 125
Unfall / Unfallhergang	69
Verfahren zur Sicherung Kindeswohl (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz / KKG)	12, 15, 33, 34, 54, 71
Verletzung (Augen)	80 ff., 80, 81, 101, 102, 110
Verletzung (Fraktur)	63, 70, 72, 77, 78, 81 – 97, 99, 106 – 109, 129
Verletzung (Hämatom)	62, 63 ff. , 63 – 68, 100
Verletzung (Haut)	111, 121
Verletzung (innere, Organe)	100
Verletzung (Schädel)	66, 73 – 83, 85, 90, 97, 98, 101, 102, 128
Verletzung (thermisch, Verbrennung)	63 ff., 69, 70, 71, 83, 85, 129
Verletzung (Trauma)	34, 77, 79, 81, 83, 85, 89 – 100, 113, 115, 126
Vernachlässigung (emotionale)	12, 16, 18, 20, 21, 23, 24 – 29 , 30, 31, 32, 55, 57, 71, 127, 128, 133
Vorsorgeuntersuchung	19
Wille des Kindes (Wunsch, Zustimmung)	10, 112, 115
zahnärztliche Untersuchung	30 ff. , 30 – 34

Entbindung von der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB)

Hiermit entbinde(n) ich/wir:

<input type="text"/> Vor-/Nachname	<input type="text"/> Geburtsdatum
<input type="text"/> Vor-/Nachname	<input type="text"/> Geburtsdatum
<input type="text"/> PLZ/Wohnort	<input type="text"/> Straße/Hausnummer

Frau/Herrn:

Name der*des Mitarbeiter*in

von/aus:

Stempel oder Name der Einrichtung/Institution

gegenüber dem/den: Jugendamt Sozialamt Gericht Schulamt

vertreten durch:

Name der*des Mitarbeiter*in

von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt bis:

Sie dient folgendem Zweck:

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

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die*den oben bestimmte*n Mitarbeiter*in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum
Unterschrift Personensorgeberechtigte*r – junge*r Volljährige*r

Verteiler: Adressat*in Personensorgeberechtigte*r junge*r Volljährige*r

Akte (Sachgebiet)

§ 203 StGB - Verletzung von Privatgeheimnissen

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
 3. Rechtsanwalt, Kammerrechtsbeistand, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren (...)
 4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 5. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 6. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen (...)
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

*

- (2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis (...) offenbart, das ihm als
1. Amtsträger,
 2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten, (...)
 5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist (...)
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

*

- (6) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Dokumentation 1

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

Personalien des Kindes

Familienname : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

(Datum)

(Stempel)

1. Anamnese

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

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

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

Haut

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

Innere Verletzungen

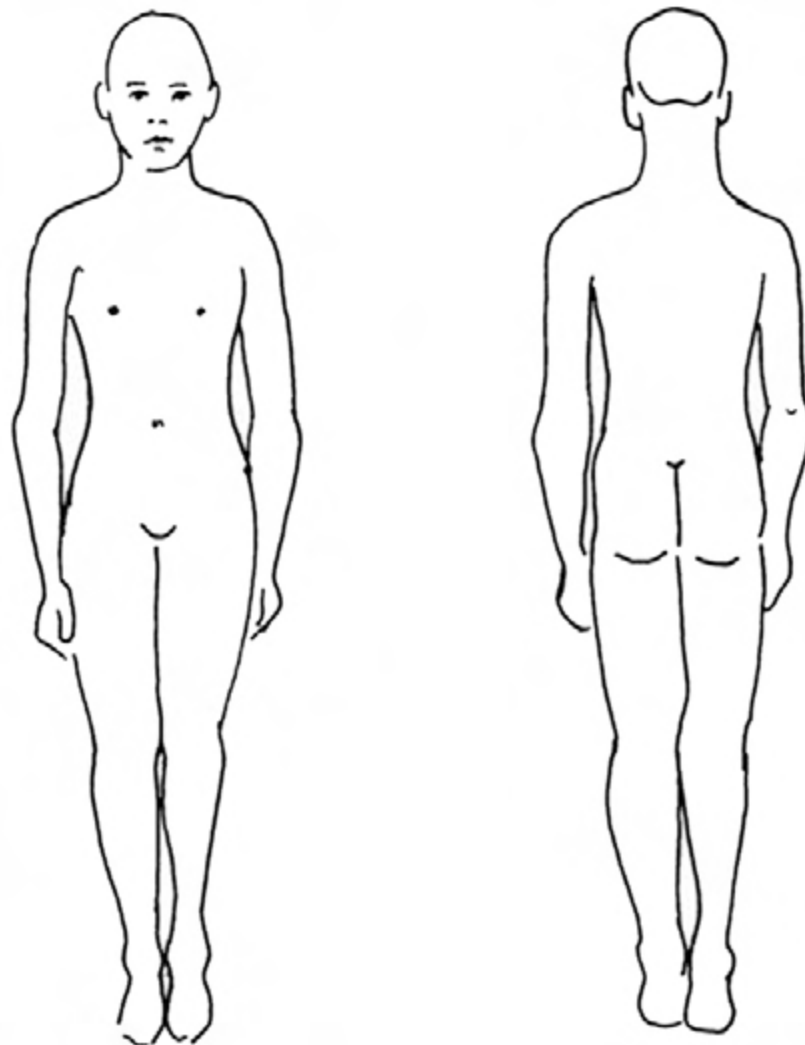
- Innere Blutungen
- Röntgenologische Befunde, evtl. Sonografie, CT, MRT, u.a.
- Altersschätzung der Befunde – insbesondere von Frakturen
- Hinweise auf Schütteltrauma ? Augenhintergrundsverletzungen ?
- Neurologische Auffälligkeiten

Genitale / anale Befunde

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

3. Skizzen zur Befunddokumentation

Ganzkörperschema



Genital- / Analregion



4. Verhaltensauffälligkeiten, psychischer Befund, soziale Situation

Psyche, Verhalten

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

Soziale / familiäre Verhältnisse

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

5. Auffälligkeiten bei den Eltern / der Begleitperson

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

6. Diagnose / Differenzialdiagnose

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

Sonstige Differenzialdiagnose

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

7. Weiteres Procedere

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

Misshandlungsverletzungen



Oberkopf, Auge
Wangen
Mundschleimhaut

Streckseiten der Unterarme
und Hände

Rücken und Gesäß



Sturzverletzungen



Stirn, Nase, Kinn
Hinterkopf

Ellenbogen

Handballen
Fingerknöchel

Knie

Schienenbeine



„Hutkrempe-Regel“



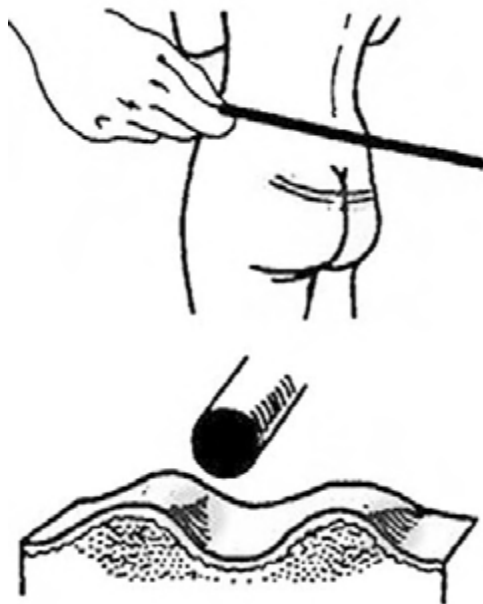
= Schlag und Hiebverletzung



= Sturzverletzung



Entstehung von Doppelstriemen



Stauungsblutung

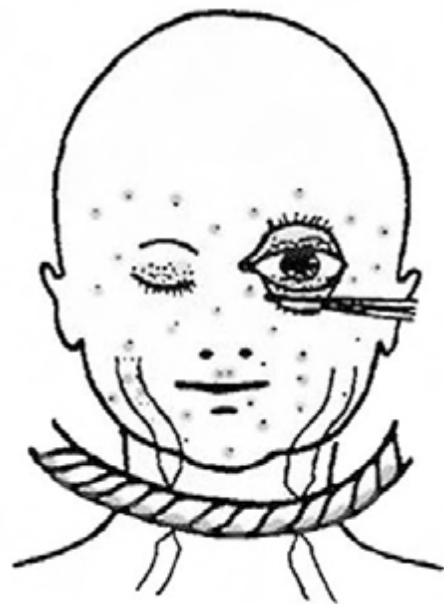


Abb. 1-5 (Institut für Rechtsmedizin, Dr. K. Püschel)

Dokumentation 2

(Verdacht auf) sexuellen Missbrauch

Personalien des Kindes

Familienname : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

(Datum)

(Stempel)

Untersuchungszeit : _____ Uhr

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

1. Kurze Erläuterung zur Tat

geschildert durch Begleitperson

Opfer

Tatort : _____

Tatzeit : _____ (Datum) _____ (Uhrzeit)

Art der Gewaltanwendung

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

Art der sexuellen Handlung

Vaginaler, analer, oraler Kontakt / Samenerguss? Kondom?

Hat sich das Opfer nach der Tat gewaschen ?

ja

nein

Verletzungen :

Schmerzen :

2. Anamnese

letzter freiwilliger Geschlechtsverkehr : _____

letzte Menstrualblutung : _____

Verhütungsmittel („Pille danach“ ?) : _____

3. Begutachtung

a) Allgemeinzustand

(Alkohol, Drogen, psychischer Zustand, orientiert?)

b) Körperlicher Untersuchungsbefund

Kopf :

Hals :

Brust / Bauch :

Rücken :

Ober-, Unterarme, Hände :

Ober-, Unterschenkel, Füße :

! Wichtig für kriminaltechnische Untersuchung !

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

Objektträger lufttrocknen, beschriften und mit übersenden.

c) Genitalbefund

Schleimhautverletzungen :

Deflorationsverletzungen :

Abstriche (trocken!) im : Scheidenvorhof : _____

Hinteren Scheidengewölbe : _____

Cervixkanal : _____

Fremdanhaftungen ? _____

(evtl. Pubesbehaarung auskämmen)

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

d) Analbefund

Schleimhautverletzungen : _____

Abstrich (trocken!) : _____

e) Mundbefund

Schleimhautverletzungen : _____

Abstrich : _____

(Schleimhautumschlagsfalte / Backentaschen – trocken !)

f) Spermaspuren am Körper

(mit angefeuchtetem Wattetupfer abreiben – trocknen lassen!)

Abriebstellen : _____

g) Speichelspuren am Körper

(mit angefeuchtetem Wattetupfer abreiben – trocknen lassen!)

Abriebstellen : _____

4. Zusatz-Asservate

Blutprobe – HIV, Blutgruppe, DANN, Alkohol, Drogenderivate

(möglichst EDTA-Röhrchen verwenden)

Entnahmezeitpunkt : _____

Urinprobe – falls Medikamenten- oder Drogenanamnese

Abgabezeitpunkt : _____

Sicherung von Blut- oder Gewebespuren unter den Fingernägeln

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

Hygieneartikel (Tampon, Binde, Slipelinlage)

Unterwäsche (Schlüpfer etc.)

(Unterschrift des Untersuchers)

Checkliste KWG

für Berufsheimnisträger gem. § 4 KKG



Achtung: Dieser Schritt wird nur durchgeführt, wenn Sie weitere Gefahren für das Kind ausschließen können.



Achtung: Ihr Verfahren endet mit der Information an das Jugendamt.



Sie können sich dazu durch eine insoweit erfahrene Fachkraft beraten lassen. ①



Dokumentieren Sie jeden Schritt Ihrer Entscheidung so genau wie möglich.

1. Erkennen und Beraten

Ich habe Anhaltspunkte für eine Gefährdung wahrgenommen.

Ich habe mich im Team/Kinderschutzgruppe dazu beraten. Die Anhaltspunkte für eine Gefährdung bleiben bestehen.

Wenn Ja: Ich habe von meinem Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft Gebrauch gemacht. ①

Wenn Ja: Ich habe die Daten für die Beratung pseudonymisiert.

Ja/Nein

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verfahrensende
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Erörterung der Situation

Erhöhe ich die **Gefährdung** für das Kind/den Jugendlichen, wenn ich die **Eltern** in die Gefährdungseinschätzung einbeziehe?

Wenn Nein: Ich erörtere die Situation mit den Eltern.

Erhöhe ich die **Gefährdung** für das Kind/den Jugendlichen, wenn ich das **Kind** an der Gefährdungseinschätzung beteilige?

Wenn Nein: Ich beteilige das Kind.

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sprechen Sie die Eltern nicht an und informieren Sie das Jugendamt.

Beteiligen Sie das Kind nicht.

3. Hinwirkung auf Inanspruchnahme von Hilfen

Den **Eltern Hilfen** anzubieten erhöht die Gefährdung für das Kind.

Dem **Kind Hilfen** anzubieten erhöht die Gefährdung.

Ich als Verantwortliche*r kann der Familie Hilfen aus meinem System anbieten bzw. auf Hilfen anderer verweisen. ②

Die angebotenen/empfohlenen Hilfen sind ausreichend und wirksam.

1). **Wenn Nein:** Ich kann alternative Hilfen anbieten oder darauf verweisen.

2). **Wenn Nein:** Hilfen, die ich anbieten oder auf die ich verweisen kann, reichen nicht aus oder ich bin unsicher, ob sie wirken.

Die Eltern sind nicht bereit oder in der Lage Hilfen, die ich anbiete oder auf die ich verweisen kann, anzunehmen oder umzusetzen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verfahrensende
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verfahrensende
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bleiben Sie keine Hilfe an und informieren Sie das Jugendamt.

4. Information an das Jugendamt, die Polizei oder das Familiengericht

Ich habe das Jugendamt über die gewichtigen Anhaltspunkte schriftlich informiert und eine Empfangsbestätigung entgegen genommen.

Aufgrund akuter Gefährdung habe ich die Polizei informiert. ③

Ich habe das Familiengericht informiert, da die Eltern nicht bereit und in der Lage sind, meine Hilfe anzunehmen und die akute Gefährdung auch mit externer Unterstützung nicht abzuwenden ist. ①

Ich habe die Eltern über meine Schritte informiert.

Ich habe das Kind über meine Schritte informiert.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

insoweit erfahrene Fachkraft - Beratung zur Gefährdungseinschätzung und Hilfsangeboten:

Name: _____ Tel: _____ Mail: _____

Hinweis: Ärzt*innensteht auch die "Medizinische Kinderschutzhotline" (0800-19 210 00) zur Verfügung.
 ① Den Kontakt zu einer insoweit erfahrenen Fachkraft erhalten Sie über ihr örtliches Jugendamt.
 ② Lassen Sie sich durch die insoweit erfahrene Fachkraft auch zu geeigneten Hilfeformen vor allem der Jugendhilfe und den entsprechenden Hilfsangeboten in Ihrem Umfeld informieren.
 ③ Nutzen Sie diese Möglichkeit nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa bei Gefahr für Leib und Leben.

§ 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

- (2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe 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 der Daten sind diese zu pseudonymisieren.
- (3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

§ 1666 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

- (1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

§ 34 Strafgesetzbuch (StGB)

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

§ 203 StGB

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,...

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

