

Thüringer Leitfaden für Ärzte und Psychotherapeuten

Gewalt gegen Kinder

Landesärztekammer Thüringen
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Thüringen

Weiterentwickelt und adaptiert durch die Arbeitsgruppe
„Gewalt gegen Kinder“
bei der Landesärztekammer Thüringen

3. Auflage, 2015

Freistaat
Thüringen



Ministerium
für Bildung,
Jugend und Sport

Freistaat
Thüringen



Ministerium
für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

Techniker
Krankenkasse



Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Impressum:*Herausgeber*

- Landesärztekammer Thüringen
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
- Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
- Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Thüringen

Projektentwicklung

Weiterentwickelt und adaptiert durch die Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“ bei der Landesärztekammer Thüringen:

- Dr. Carsten Wurst, SRH Zentralklinikum Suhl GmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“
- Dr. paed. Rüdiger Bürgel, Psychotherapeutische Praxis Erfurt, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
- Christian-Alexander Demisch, Arztpraxis Weimar, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie
- Univ.-Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt-Wolke, Universitätsklinikum Jena, Kinderchirurgie, Facharzt für Kinderchirurgie
- PD Dr. Roland Eulitz, Dingelstädt, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Dr. Bernd Lutter, Landesfachkrankenhaus Stadtroda, Kinderneuropsychiatrische Abteilung, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Prof. Dr. med. Else-Gita Mall, Universitätsklinikum Jena, Institut für Rechtsmedizin, Facharzt für Rechtsmedizin
- Dr. Ingrid Schlonski, Arztpraxis Gera, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Dipl.-Med. Karin Thrum, Arztpraxis Unterpörlitz, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
- Dr. Christiane Becker, Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Thüringen

Ein herzlicher Dank für die Mitwirkung gilt:

- Steffi Lippold für die umfangreiche Sachbearbeitung

Inhalt

	Seite
Vorworte	4
Allgemeine Hinweise	10
Grundlagen für das ärztliche Vorgehen bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche:	11
1. Gewalt gegen Kinder – ein gesellschaftliches Problem	13
2. Was ist Kindeswohlgefährdung?	16
3. Epidemiologische Aspekte	22
4. Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindesmisshandlung	23
5. Diagnostische Kriterien	26
6. Ärztliches Vorgehen in der Praxis	36
7. Probleme der multiprofessionellen Kooperation	53
8. Probleme von Ärzten und Psychotherapeuten im Umgang mit Kindesmisshandlung	55
9. Aufgaben für die Zukunft	59
10. Literatur	60
11. Autoren	67
Auszüge aus den wichtigsten gesetzlichen Regelungen mit Bezug zum Kinderschutz	69
Dokumentationshilfen	85
Serviceteil	92
Rückmeldebogen	96
Persönliche Liste der wichtigsten Kooperationspartner	97



Vorwort

Im Jahr 1998 wurde der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ zum ersten Mal von der Landesärztekammer herausgegeben, 2007 wurde dieser ergänzt und aktualisiert. Nun liegt eine erneute Publikation vor. Bereits im jetzt veränderten Titel „Leitfaden für Ärzte und Psychotherapeuten“ zeigt sich eine unverzichtbare Maßgabe der Arbeit im Umfeld von Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung. Die Multiprofessionalität ist zwingende Voraussetzung für das sichere Erkennen von Gewaltanwendungen. Dem wird nun auch im neu veröffentlichten und überarbeiteten Leitfaden Rechnung getragen, der damit auch die gesetzlichen Anforderungen des Bundeskinderschutzgesetzes von 2012 berücksichtigt.

Der neu strukturierte Leitfaden, der gemeinsam von der Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer in Verbindung mit der Psychotherapeutenkammer erarbeitet worden ist, berücksichtigt die laut Gesetz etablierten „Frühen Hilfen“ ebenso wie Neuerscheinungen relevanter Literatur und kann somit einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention und die notwendige Sicherheit in der Gewalterkennung leisten. Mit dem Leitfaden wollen wir insbesondere Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeuten ein Instrument zur rechtzeitigen Diagnose und zum rechtzeitigen Handeln in die Hand geben. Mit ihm sollen die Wachsamkeit von Ärztinnen und Ärzten geschärft und unsere Kolleginnen und Kollegen ermutigt werden, couragiert in den notwendigen Fällen einzugreifen.

Ich danke allen am Projekt beteiligten Personen und Institutionen für die Erarbeitung des Leitfadens und der Techniker Krankenkasse für die Unterstützung bei den Druckkosten.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke at the end.

Dr. med. Mathias Wesser
Präsident der Landesärztekammer Thüringen



Vorwort

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Achtung ihrer Würde, auf körperliche und seelische Unversehrtheit und auf die Entfaltung ihrer Persönlichkeit. Und ein jeder von uns trägt Verantwortung dafür, dass diese Rechte bestmöglich geschützt werden. Genau diese Verantwortung braucht starke Netze und starke Netzwerke. Darum geht es in diesem Leitfaden, an dem wir PsychotherapeutInnen uns sehr gerne beteiligt haben.

Gewalt gegen Kinder findet nicht nur körperlich statt. Mindestens ebenso verletzend sind seelische Misshandlung und Vernachlässigung. Sie sind schwerer zu erkennen. Dafür benötigen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen für ihre Arbeit einen geschützten Raum der Vertraulichkeit, um wirksam tätig werden zu können. Das Anliegen, gefährdete Kinder bestmöglich zu schützen, ist in der Psychotherapie immer mit den Chancen für eine Fortführung der Therapie und der notwendigen Vertrauensbeziehung abzuwägen. Der vorliegende Leitfaden gibt Orientierung für das Treffen dieser schwierigen Entscheidung, nämlich, ob ein Eingreifen von außen für das Wohl eines Kindes notwendig ist.

Ich begrüße sehr, dass die Initiative zum Kinderschutz in den letzten Jahren in Thüringen zu einer stärkeren Vernetzung des Gesundheitsbereiches mit der Kinder- und Jugendhilfe geführt hat. Der Zusammenschluss aller Beteiligten – nicht nur in Form eines gemeinsamen Leitfadens, sondern auch konkret vor Ort - ist der große Verdienst dieses Projekts. Ich wünsche dem Leitfaden eine weite Verbreitung und eine breite präventive Wirkung.

A handwritten signature in purple ink, which appears to read 'Andrea Mrazek'.

Andrea Mrazek, M.A., M.S. (USA)
Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK)



Vorwort

„Kinder und Jugendliche haben das Recht auf eine gesunde geistige, körperliche und psychische Entwicklung. Sie sind vor körperlicher und seelischer Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch und Gewalt zu schützen.“ (Artikel 19, Abs. 1 Thür. Verf.)

Die Sorge um eine gesunde Entwicklung von Kindern ist in Thüringen verfassungsrechtlich verankert und hat seit jeher Priorität. Die neue Landesregierung steht insbesondere für eine Politik, die Kinder in ihren Rechten ernst nimmt und Familien mit ihren individuellen Bedürfnissen stärkt. Dabei liegt mir und meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport die weitere Verbesserung eines umfassend verstandenen Kinderschutzes besonders am Herzen. Dieser schließt präventive Beratung und Begleitung von Familien von Anfang sowie die Gestaltung bestmöglicher Startbedingungen für das gesunde Aufwachsen von Kindern mit ein.

Das Thema „Kinderschutz“ ist von unveränderter Aktualität und gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern bzw. Familien zu tun haben. Ärztinnen und Ärzten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Häufig sind sie es, die im Erstkontakt zu den Familien stehen und Anzeichen für Gewalt oder Vernachlässigung auch als Erste wahrnehmen können.

Darüber hinaus sind Ärztinnen und Ärzte als Vertrauenspersonen besonders geeignet, auch Belastungen ihrer Patienten frühzeitig wahrzunehmen und neben Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten auch präventiv orientierte Beratung zu leisten. Durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Angeboten der Jugendhilfe - insbesondere den Jugendämtern - können Ärztinnen und Ärzte entscheidend dazu beitragen, dass Kinder und ihre Familien auch über die Möglichkeiten des Gesundheitswesens hinaus frühzeitig passgenaue Unterstützungsangebote erhalten.

Neben Sensibilität für die Thematik und persönlichem Engagement braucht es für diese Aufgaben ein strukturiertes, fachgerechtes Vorgehen bei der Verdachtsabklärung und Kompetenzen bei der Interpretation der Befunde. Es bedarf darüber hinaus Kompetenzen in der Erfassung und Beurteilung von familiären Risiken und Ressourcen sowie der unbedingten Bereitschaft zu multiprofessionellem Handeln.

Der Thüringer Leitfaden für Ärzte ergänzt das Gesamtkonzept zum Kinderschutz in Thüringen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Er bietet den Thüringer Ärztinnen und Ärzten wertvolle Fachinformationen und unterstützt so ihr tägliches Engagement im Kinderschutz ganz praktisch. Die Neuauflage berücksichtigt das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetzes mit seinem Fokus auf multiprofessionelle Kooperation und Prävention vor allem im Rahmen Früher Hilfen.

Meinen herzlichen Dank an alle, insbesondere an die Mitglieder der Arbeitsgruppe “ Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Thüringen und der Techniker Krankenkasse, die an der Erstellung dieser nunmehr dritten Auflage dieses Leitfadens mitgearbeitet haben.

A handwritten signature in black ink, reading "Birgit Klaubert". The script is cursive and fluid, with the first name "Birgit" and the last name "Klaubert" clearly distinguishable.

Dr. Birgit Klaubert
Thüringer Ministerin für
Bildung, Jugend und Sport



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gewalt gegen Kinder hat weitreichende Konsequenzen für ihre Entwicklung. Körperliche und seelische Misshandlungen hinterlassen bei Kindern nicht selten lebenslange Spuren. Die neue Landesregierung hat sich daher zum Ziel gesetzt, den Kinderschutz in Thüringen weiter zu verbessern.

Wichtig ist, dass schon kleinste Anzeichen von Gewalt frühzeitig erkannt und dann sofort die notwendigen Schritte dagegen eingeleitet werden. Ärztinnen und Ärzte haben aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz dabei die Möglichkeit, Gefährdungen der Gesundheit von Kindern früh zu erkennen und auf Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen hinzuwirken.

Ein geeignetes Mittel ist die Förderung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Damit kann frühzeitig eine Gefährdung der physischen und psychischen Entwicklung von Kindern erkannt werden. Aufgrund der Häufigkeit und Regelmäßigkeit dieser Untersuchungen können gleichzeitig auch mögliche Anzeichen für Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erkannt werden.

Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten dabei eng mit allen für das Kindeswohl Verantwortlichen zusammen, insbesondere mit den Jugendämtern, den Familienberatungsstellen sowie Kindereinrichtungen und Schulen. Sie haben also eine besondere Rolle bei der Sicherstellung von Kindergesundheit und Kinderschutz. Gleichzeitig haben sie als Vertrauenspersonen einen besonderen Zugang zu Kindern und Eltern.

Mit dem vorliegenden Leitfaden werden Ärztinnen und Ärzten Handlungsempfehlungen für das Vorgehen bei einem Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch gegeben. Sie erhalten damit eine praktische Anleitung für die Untersuchung des Kindes, die Dokumentation, die Diagnosesicherung, den Umgang mit den Eltern sowie die erforderliche Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Professionen.

Der Leitfaden leistet einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Gewalt innerhalb des Gesundheitssystems einerseits und andererseits zur besseren Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme. Die nunmehr dritte Auflage des Leitfadens berücksichtigt die Änderungen in der Bundes- und Landesgesetzgebung der letzten Jahre. Ich danke allen Beteiligten ganz herzlich, die mit großem Engagement an dem neuen Leitfaden mitgearbeitet haben.

Es grüßt Sie

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Heike Werner'. The script is cursive and fluid.

Heike Werner

Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



Vorwort

Vernachlässigte, verwahrloste, misshandelte Kinder und Jugendliche, Gewalt gegen junge Menschen, die eigentlich unseren Schutz bräuchten – Berichte darüber lösen immer wieder Betroffenheit und Entsetzen aus, manchmal auch Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Seit Jahren engagiert sich in Thüringen deswegen ein starkes Netzwerk. Ziele sind unter anderem, die Aufmerksamkeit und die Bereitschaft zum Eingreifen weiter zu erhöhen und ein zuverlässiges Frühwarnsystem zu etablieren. Alle Akteure, die sich dem Schutz der Kinder verpflichtet fühlen, sollen in einem gesicherten rechtlichen Rahmen handeln und bestmöglich unterstützt und vernetzt werden.

Der vorliegende Leitfaden bietet dafür konkrete Arbeitshilfen speziell für Ärzte und Psychotherapeuten. Bereits seit 1999 steht eine Vorgängerversion in vielen Thüringer Praxen, Kinderkliniken und Kinderschutzdiensten. Seitdem wurden die Inhalte kontinuierlich weiterentwickelt und an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. Risiken der Mediennutzung stehen jetzt zum Beispiel als neuer Punkt im Kapitel Kindeswohlgefährdung.

Unser Netzwerk ist gewachsen, was Sie nicht nur an der Zahl der Grußworte sehen können. Ein großer Gewinn für die neue Auflage ist, dass seelischer Misshandlung und Vernachlässigung stärkere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Sie finden jetzt auch konkrete diagnostische Kriterien zu psychischen Störungsbildern nach Gewalterfahrungen im Leitfaden. Zudem rücken die Betroffenen selbst bei den Hinweisen zum ärztlichen Vorgehen stärker in den Blickpunkt.

Für die Techniker Krankenkasse ist es selbstverständlich, verschiedene Akteure des Gesundheitswesens bei einem gemeinsamen Ziel zu unterstützen: dem Schutz unserer Kinder.



Guido Dressel
Leiter der TK-Landesvertretung Thüringen

Allgemeine Hinweise

Dieser Leitfaden richtet sich an Ärzte aller Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten, die mit dieser Problematik „Gewalt gegen Kinder“ befasst sind. Er soll aber auch die Arbeit anderer Institutionen und Professionen unterstützen. Der Leitfaden soll außerdem dazu anregen, sich ein persönliches Netzwerk aufzubauen, um bei einer entsprechenden Problemlage rasch in der Lage zu sein, Kontakt mit weiterhelfenden Institutionen oder Personen aufnehmen zu können.

In einem Textbeitrag werden die wichtigsten Aspekte von Gewalt gegen Kinder beschrieben. Zusätzlich informiert der Leitfaden in einem Serviceteil über Hilfseinrichtungen für Opfer und Angehörige und über Beratungsmöglichkeiten in Thüringen. Diese Institutionen sind in zwei Adressverzeichnissen zusammengestellt. Das erste Verzeichnis führt medizinische Einrichtungen bzw. landesweite Verbände und Institutionen auf, während der zweite Teil sonstige Beratungs- und Hilfsangebote enthält. Beide Verzeichnisse wurden aufgrund einer zielgerichteten schriftlichen Befragung erstellt. Dieser Serviceteil wird ausschließlich online zur Verfügung gestellt, um eine regelmäßige Aktualisierung zu gewährleisten.

Ärzte und Psychotherapeuten finden in dem Leitfaden unter anderem Vorlagen zur praxisinternen Falldokumentation. Eine Vorlage sollte für Kopien zurückgehalten werden.

Wir bitten die Anwender des Leitfadens um Mitteilung geänderter Anschriften und Telefonnummern. Dankbar sind wir insbesondere auch für inhaltliche und konzeptionelle Änderungs- und Ergänzungsvorschläge. Zu diesem Zweck liegt ein Rückmeldebogen bei. Diesen Bogen bitten wir an die angegebene Anschrift zu übersenden.



Dr. med. Christiane Becker
Geschäftsführung Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“
Landesärztekammer Thüringen

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Grundlagen für das ärztliche Vorgehen bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Gewalt gegen Kinder – ein gesellschaftliches Problem	13
2. Was ist Kindeswohlgefährdung?	16
2.1. Körperliche Gewalt	17
2.2. Psychische Gewalt	17
2.3. Vernachlässigung	18
2.4. Sexuelle Gewalt	19
2.5. Genitale Verstümmelung	20
2.6. Häusliche Gewalt	20
2.7. Gefährdung durch Medien	21
3. Epidemiologische Aspekte	22
4. Risiko- und Schutzfaktoren der Kindesmisshandlung	23
4.1. Anamnestische Merkmale des betroffenen Kindes	23
4.2. Anamnestische Merkmale der Eltern	23
4.3. Anamnestische Merkmale der Familie als Ganzes	24
4.4. Außerfamiliäre Risiken	25
4.5. Schutzfaktoren	25
5. Diagnostische Kriterien	26
5.1. Kennzeichnendes Verhalten misshandelnder Personen	26
5.2. Körperliche Misshandlungszeichen	26
5.2.1. Äußere Verletzungen	27
5.2.2. Innere Verletzungen	28
5.2.3. Frakturen	29
5.2.4. Verborgene Verletzungen	30
5.2.5. Weitere Verletzungen	30
5.3. Zeichen der Vernachlässigung	31
5.4. Psychische Störungsbilder nach Gewalterfahrung	32
5.4.1. Neurobiologisches Erklärungsmodell von Traumafolgestörungen	32
5.4.2. Belastungssymptome bei Kindern und Jugendlichen	32
5.4.3. Risikofaktoren, die die Ausprägung von Belastungsreaktionen beeinflussen können	33
5.4.4. Relevante und verwandte Störungsbilder von Traumafolgestörungen	34
5.4.5. Psychologische Diagnostik von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Gewalterfahrung	34
5.5. Diagnostische Hinweise auf sexuelle Gewalt	35

6. Ärztliches Vorgehen in der Praxis	36
6.1. Untersuchung	37
6.2. Diagnosesicherung	38
6.3. Stufenplan zur Sicherstellung des Schutzes des betroffenen Kindes	38
6.4. Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen	39
6.5. Gespräch mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten	40
6.6. Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Professionen	42
6.6.1. Die „insoweit erfahrene Fachkraft“	43
6.6.2. Jugendamt	44
6.6.3. Familiengericht	46
6.6.4. Polizei und Staatsanwaltschaft	47
6.7. Dokumentation	48
6.8. Datenschutz	49
7. Problem der multiprofessionellen Kooperation	53
7.1. Probleme zwischen Kinderschutz, Therapie und Ermittlung bzw. Strafverfolgung	53
7.2. Konflikte und Stellvertreterkonflikte zwischen Professionellen	53
8. Probleme von Ärzten und Psychotherapeuten im Umgang mit Kindesmisshandlung	55
8.1. Identifikation mit dem Opfer	55
8.2. Hilflosigkeit	55
8.3. Problem der Verdrängung	55
8.4. Diagnoseschwierigkeiten	56
8.5. Die Notwendigkeit, mit nicht-ärztlichen Stellen zusammenarbeiten zu müssen	57
8.6. Mangel an Rechtskenntnissen	57
9. Aufgaben für die Zukunft	59
10. Literatur	60
11. Autoren	67

1. Gewalt gegen Kinder – ein gesellschaftliches Problem

Körperliche Gewalt, Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und sexuelle Gewalt von Minderjährigen sind in unserer Gesellschaft Probleme ersten Ranges. Nach Einschätzung der „Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt“ (Gewaltkommission) ist Gewalt in der Familie die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt überhaupt (Schwind 1990). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Thematik Kindesmisshandlung als einen herausragenden Schwerpunkt für ihre gesundheitspolitische Agenda benannt (WHO 2002).

**Kindesmisshandlung -
ein ungelöstes Problem
der Gesellschaft**

Gewalterlebnisse, die Minderjährige innerhalb des Familienlebens erleiden mussten, bestimmen dabei wesentlich die späteren Möglichkeiten der Betroffenen, als Erwachsene mit Konflikten umgehen zu können („Kreislauf der Gewalt“).

Gewaltsame Interaktionen im Elternhaus stehen in enger Beziehung zu psychosozialen Störungen, zum Auftreten von sozialabweichendem Verhalten und Kriminalität im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Misshandlungserlebnisse wirken sich negativ auf die somatische und psychische Entwicklung und Wertvorstellung beim Kind sowie letztlich desozialisierend aus. Gewalterfahrungen in der Kindheit haben vielfältige Auswirkungen, insbesondere auf die weitere emotionale Entwicklung bis hin ins Erwachsenenalter. Neurobiologische Forschungsergebnisse zeigen ein vermindertes Hirnwachstum in den ersten Lebensjahren und einen verminderten Stoffwechsel in bestimmten Hirnarealen nach traumatischen Erlebnissen in der Kindheit. Misshandlung ist eine chronische Stresseinwirkung und verändert hormonelle Steuerungsprozesse im Körper (Glaser 2002).

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS 2014) belegt in seinen Ergebnissen den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und sozioökonomischen Status in der Familie eindeutig.

Gewalt in der Familie wird somit als „Schlüssel zur Gewalt in der Gesellschaft“ angesehen. Sie ist deshalb nicht nur wegen ihrer erheblichen individuellen Bedeutung für die Betroffenen, sondern auch wegen ihrer gewichtigen sozialen Folgen als bedeutsames gesundheits-, sozial- und rechtspolitisches Problem anzusehen. Dabei ist jede Form von Gewalt in der Familie Produkt und Bestandteil von Interaktionsprozessen innerhalb der Familie, ihren Lebensbedingungen und Verflechtungen mit dem sozialen Umfeld, ebenso wie von Normen, Einstellungen und Wertvorstellungen der Gesellschaft.

Nach langer politischer Diskussion trat am 2.11.2000 eine Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Kraft, die in diesem Zusammenhang eine vielleicht auf den ersten Blick unbedeutende Änderung bewirkte. Nach § 1631 BGB haben Kinder seither ein Recht auf eine gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

Dies führt dazu, dass das (schon lange umstrittene) elterliche Züchtigungsrecht nun auch in Deutschland vom Gesetzgeber verneint wird.

Bereits 1991 forderte der 94. Deutsche Ärztetag die Öffentlichkeit auf, sich dem Problem der Vernachlässigung und Misshandlung von Minderjährigen intensiver als bisher in Erziehung und öffentlicher Diskussion zu widmen. Darüber hinaus beauftragte er die Landesärztekammern, „Arbeitsgruppen zu den ärztlichen Problemen der Misshandlung Minderjähriger“ einzurichten, um zur verstärkten Integration dieser Problematik in die ärztliche Tätigkeit beizutragen.

Verstärkte Integration des Problems in die ärztliche Tätigkeit

Im Mai 1995 konstituierte sich bei der Landesärztekammer Thüringen die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“, in der sich Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinderchirurgie, Psychotherapeutische Medizin, Rechtsmedizin und Psychologen/Psychotherapeuten zusammengefunden haben.

Ihre Aufgaben sieht die Arbeitsgruppe im Fortsetzen der begonnenen Fortbildungen für Ärzte/Psychotherapeuten zu Fragen von Kindesmisshandlungen, sexueller Gewalt und Kindesvernachlässigung. Gleichzeitig versteht sie sich als ansprechbarer und kooperativer Partner für Ärzte/Psychotherapeuten, Jugendämter, Kinderschutzdienste und andere Institutionen, um unmittelbare Verbindungen zur Praxis in Thüringen zu entwickeln und zu vermitteln.

Das Bemühen um Aufklärung und Wissensvermittlung soll einen wirkungsvollen Beitrag zur Prävention von Gewalt gegen Kinder darstellen. Die Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“ vertritt durch Teilnahme an Foren, Gesprächsrunden und Fortbildungen auch anderer Fachleute und gesellschaftlicher Gruppen die Landesärztekammer Thüringen.

Damit möchte die Arbeitsgruppe ihren Beitrag zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Belange des Kindeswohls leisten.

Der vorliegende Leitfaden stützt sich auf die Inhalte von bereits vorliegenden Texten aus der Broschüre der BÄK sowie Leitfäden anderer Bundesländer in Deutschland zur Problematik „Gewalt gegen Kinder“ und dem Abschlussbericht des Projektes „Wege aus der häuslichen Gewalt“ beim Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Ergänzt werden diese durch Ergebnisse des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“, das in Thüringen von 2006 bis 2010 die Vernetzung, insbesondere auch zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe, verbesserte.

Am 01.01.2012 trat das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft. Es stellt eine Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Deutschland dar. Wesentliche Schwerpunkte des Gesetzes sind die Betonung des präventiven Kinderschutzes, die Beachtung der besonderen Vulnerabilität von Säuglingen und Kleinkindern sowie die

Kinderschutz in Deutschland

multiprofessionelle Kooperation von Jugendhilfe, Gesundheitswesen und anderen sozialen Leistungsträgern in Netzwerken Frühe Hilfen und beim Kinderschutz (Meysen 2012).

Bund und Länder haben sich zur Umsetzung des BKiSchG auf ein Förderprogramm geeinigt: die Bundesinitiative Frühe Hilfen. Dieses soll insbesondere den Ausbau von multiprofessionellen Netzwerken, den Einsatz von Familienhebammen und ehrenamtliches Engagement befördern. Zielgruppe sind dabei Schwangere und Familien mit Kindern bis drei Jahren, die sich in psychosozialen Belastungssituationen befinden. Eine aktuelle Übersicht der Ansprechpartner in den Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten sowie weiterführende Informationen finden Sie unter: www.fruehehilfen-thueringen.de.

2. Was ist Kindeswohlgefährdung?

Kindeswohlgefährdung wird abhängig von der jeweiligen Profession unterschiedlich interpretiert und unterliegt verschiedenen fachlichen Zugängen zu rechtlichen Rahmenbedingungen. **Definition**

Die Rechtsprechung versteht unter Kindeswohlgefährdung „eine gegenwärtige in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“ (BGH FamRZ. 1956, S. 350 = NJW 1956, S. 1434). Demnach ist Kindeswohlgefährdung kein beobachtbarer Sachverhalt, sondern ein rechtliches und normatives Konstrukt, welches im konkreten Einzelfall der Begründung bedarf.

Formen von Kindeswohlgefährdung sind:

- körperliche oder seelische Misshandlung
- körperliche, seelische oder kognitive Vernachlässigung und
- sexueller Missbrauch

Voraussetzung für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung ist dabei nicht nur die Beeinträchtigung des Kindeswohls durch ein bestimmtes Verhalten oder Unterlassen, sondern auch und vor allem die nachhaltig negative Wirkung dieses Verhaltens/Unterlassens, genauer: dass sich bei der weiteren seelischen, körperlichen oder geistigen Entwicklung des Kindes eine erhebliche Schädigung mit hoher Sicherheit erwarten lässt.

Zu unterscheiden sind jeweils die Misshandlung als aktive und die Vernachlässigung als passive Form. Mehrere Formen können bei einem Kind auch gleichzeitig vorkommen. Es muss von dem Umstand ausgegangen werden, dass Kindesmisshandlung gegen den Willen des Kindes stattfindet, bzw. die Willenlosigkeit des Kindes, seine Hilflosigkeit und Abhängigkeit ausgenutzt werden.

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meist werden eine oder mehrere verursachende erwachsene Personen wiederholt gegen ein Kind gewalttätig. Gewalt wird fast immer in der Familie oder in anderen Lebensräumen der Kinder ausgeübt. Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung, was Folge einer eigenen gestörten Entwicklung sein kann.

Gewalt wird meist in der Familie ausgeübt

In diesem Leitfaden sollen Hilfen für das Kind im Vordergrund stehen. Wesentlich ist zudem geeignete Unterstützung für die Eltern und andere Bezugspersonen zu geben. Möglichkeiten für ein gemeinsames Vorgehen mit anderen Einrichtungen werden aufgezeigt. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass auch die Täter Hilfe (Therapie) benötigen.

Hilfe für Opfer und Täter ist notwendig

2.1. Körperliche Gewalt

Erwachsene üben körperliche Gewalt an Kindern in vielen verschiedenen Formen aus. Verbreitet sind Schläge mit oder ohne Gegenstände, Kneifen, Beißen, Treten und Schütteln des Kindes. Daneben werden Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen und Ersticken sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen) bei Kindern beobachtet. Das Kind kann durch diese Verletzungen bleibende körperliche, geistige und seelische Schäden davortragen oder in Extremfällen daran sterben.

Formen der Gewalt sind vielfältig

Viele Erwachsene halten Schläge nach wie vor für ein legitimes Erziehungsmittel. Die meisten geben dabei an, dass ihnen „ein Klaps zur rechten Zeit auch nicht geschadet habe“ und dass sie dieses Prinzip genauso für ihre Kinder angemessen finden. Kinder haben jedoch seit dem Jahr 2000 ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig (vgl. § 1631 Abs.2 BGB).

Schläge – ein legitimes Erziehungsmittel?

Körperliche Gewalt ist aus den o. g. Gründen kein Bagatelldelikt und muss deshalb gesellschaftlich auch so bewertet werden. Der Schutz von Kindern vor jeder Form von Gewalt innerhalb und außerhalb ihrer Familien muss im Erziehungsalltag oberstes Gebot darstellen. Ziel ist die Befähigung der Eltern, andere Konfliktlösungsmöglichkeiten im Zusammenleben mit ihren Kindern zu entwickeln. Ächtung der Gewalt als Erziehungsmittel muss gesellschaftliches Anliegen sein.

2.2. Psychische Gewalt

Psychische Misshandlung bezeichnet Haltungen und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugspartner und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung erheblich behindern.

Vertrauensbruch zwischen Eltern und Kindern

Psychische Gewalt zeigt sich beispielsweise in deutlicher Ablehnung, Demütigung, Herabsetzung und Geringschätzung oder Isolierung und Verweigerung von emotionaler Unterstützung. Schwerwiegend sind ebenfalls Handlungen, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einem dunklen Raum, Alleinlassen, Isolation des Kindes, Drohungen oder ihm das Gefühl vermitteln, ausschließlich zur Befriedigung der Bedürfnisse anderer zu Nutze zu sein.

Das Beobachten und Miterleben jeglicher Gewaltformen zwischen Bezugspersonen (Eltern/Partner) stellt eine besondere Form der Kindeswohlgefährdung dar.

Auch ständiges Überfordern z.B. durch unangemessene schulische, sportliche oder künstlerische Leistungserwartungen kann das Kindeswohl gefährden. Überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zur psychischen Gewalt werden, wenn es Ohnmacht,

Formen der Gewalt sind vielfältig

Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt.

Vielfach beschimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind, weil es oft nur Auslöser, aber nicht Verursacher der Wut ist.

Kinder werden auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht, indem sie aktiv in elterliche Beziehungskonflikte involviert und gezwungen werden, Entscheidungen für oder gegen ein Elternteil zu treffen. Vor allem im Zusammenhang mit Sorgerechtsverfahren kommt es immer wieder zu unangemessenen Forderungen eines Elternteiles gegenüber dem gemeinsamen Kind, die mittels Einschüchterungen und Drohungen durchgesetzt werden.

Kinder werden in Partnerschaftskonflikten missbraucht

Der Nachweis psychischer Gewalt gegenüber Kindern ist schwer zu erbringen und setzt ein hohes Maß an Vertrauen und Feinfühligkeit in der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung voraus.

Nachweis ist schwer

Der psychosoziale Minderwuchs kann Folge chaotischer und beängstigender Lebensumstände des Kindes sein. Mangelnder oder ständig gestörter Nachtschlaf führt zu einer Störung der pulsilen Wachstumshormonausschüttung und kann somit eine Wachstumsretardierung verursachen.

2.3. Vernachlässigung

Vernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeberechtigter Personen (Eltern oder autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Vernachlässigung hat mehrere Dimensionen:

Mangel an Fürsorge und Pflege

- körperlicher Bereich: unzureichende Nahrung, Kleidung, Unterkunft, Sicherheit, aber auch mangelnde Gesundheitsfürsorge oder Beaufsichtigung.
- erzieherischer und kognitiver Bereich: fehlende Kommunikation oder fehlende Anregung zu Spiel und Lernen
- emotionaler Bereich: Mangel an Wärme, Geborgenheit und Wertschätzung.

Die durch die Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtbeachtung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche und/oder psychische Entwicklung und kann zu bleibenden gravierenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen. Vernachlässigung ist ein prozesshaftes Geschehen. Gerade weil sich Unterlassen im Gegensatz zu Gewalthandlungen nicht zeitlich und räumlich festmachen lässt, ist Vernachlässigung wesentlich schwerer zu fassen.

2.4. Sexuelle Gewalt

Unter sexuellem Missbrauch an Kindern versteht man jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann (vgl. Thüringer Leitlinien zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, Beschluss LJHA 73/12 vom 10.09.2012).

Definition

Sexueller Missbrauch bezeichnet sexuelle Handlungen sowohl ohne Körperkontakt (z. B. Vorzeigen oder Erstellen von pornografischem Material, Exhibitionismus durch eine wesentlich ältere jugendliche oder erwachsene Person) als auch mit Körperkontakt (insbesondere Brust und Genitalbereich). Dabei nutzt der Täter die Unterlegenheit des Kindes aus, um sich sexuell zu befriedigen.

Sexuelle Gewalt ist nicht nur körperliche Gewalt

Häufig wird auch sexuelle Gewalt durch neue Medien verbreitet, z. B. durch das Versenden von pornografischem und/oder grenzverletzendem Foto- und Videomaterial über Handys oder auch sexuell orientierte Kontaktaufnahme mit Kindern/Jugendlichen in Chatrooms.

Im Unterschied zur körperlichen Misshandlung handelt der Täter bei sexueller Gewalt meist in überlegter Absicht. Sexuelle Übergriffe sind eher geplant als körperliche Gewalttaten.

Sexuelle Gewalt meist nicht spontan

Einige spezifische Merkmale sind charakteristisch für die sexuelle Gewalt, wenn sie in der Familie oder durch Bezugspersonen stattfindet. Täter nutzen in besonderem Maße das Macht- und Abhängigkeitsverhältnis aus, das zwischen ihm und dem betroffenen Kind besteht. Dieses Machtgefälle und das Vertrauen des Kindes ermöglichen es, das Kind zu sexuellen Handlungen zu zwingen. Dabei wird meist keine körperliche Gewalt angewendet. Das Kind wird mit Drohungen zur Geheimhaltung verpflichtet oder durch drohende negative Konsequenzen vom Täter eingeschüchtert, der dadurch bewusst Angst und Schuldgefühle beim Kind hervorruft. Übergriffe sind häufig mit Zuwendungen verbunden. Auf diese Weise wird das Kind zunächst scheinbar aufgewertet. Die Widersprüche im Verhalten der Täter sind für das Kind nicht zu durchschauen. Das Kind sucht daher die Schuld für die sexuellen Übergriffe bei sich und schämt sich dafür.

Scham und Schuldgefühle, von einer meist geliebten und geachteten Person sexuelle Gewalt erfahren zu haben, machen es dem Kind nahezu unmöglich, sich einer dritten Person anzuvertrauen. Vor allem Jungen sind häufig noch weniger in der Lage, sich mitzuteilen. Für sie kann die sexuelle Gewalt zusätzlich mit dem Stigma der Homosexualität behaftet sein. Außerdem wird von Jungen erwartet, keine Schwächen zu zeigen und sich zu wehren. Die meisten Kinder schützen die Täter, um den Familienzusammenhalt nicht zu gefährden.

Scham und Angstgefühle verhindern ein Sich-Anvertrauen

Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche befinden sich in einer besonderen komplexen Konfliktsituation. Deshalb ist bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch unbedingt ein überlegtes und behutsames Vorgehen geboten! Ein solcher Verdacht bedarf genauer Abklärung. Bereits die Befragung des Kindes erfordert spezifische Sachkenntnis, da diese zum Beispiel keinesfalls suggestiv erfolgen darf. Deshalb sollte von Anfang an eine im Umgang mit dieser Problematik spezialisierte Fachkraft hinzugezogen werden. Das kann - regional unterschiedlich - eine Beratungsstelle, ein Kinderschutzdienst oder eine spezielle insoweit erfahrene Fachkraft sein.

Bei allem Blick auf das betroffene Kind oder den betroffenen Jugendlichen ist es zudem enorm wichtig, den/die Elternteil/e, die nicht eindeutig in den Missbrauch involviert sind, in Unterstützungsmaßnahmen einzubeziehen, um diese als stärkende und stützende Ressource für das Kind oder den Jugendlichen zu erhalten.

2.5. Genitale Verstümmelung

Bei der so genannten Genitalverstümmelung handelt es sich um eine rituelle Form der „Beschneidung“ bei Mädchen, die von der Entfernung der Klitoris bis zur Entfernung und der großen und kleinen Schamlippen reichen kann. Die Durchführung des Eingriffes in Deutschland ist verboten, eine Einwilligung nicht möglich, da der Eingriff an sich sittenwidrig ist. Wenn eine Gefährdung eines Mädchens absehbar ist, sollten Schutzmaßnahmen eingeleitet werden.

Definition

2.6. Häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt bezeichnet Gewaltstraftaten physischer und psychischer Art zwischen Personen

Definition

- einer partnerschaftlichen Beziehung, die derzeit besteht, sich in Auflösung befindet oder aufgelöst ist (unabhängig vom Tatort, auch ohne gemeinsamen Wohnsitz) oder
- die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen, soweit es sich nicht um Straftaten ausschließlich zum Nachteil von Kindern handelt. Kinder und Jugendliche, die in solchen Gemeinschaften leben, gelten hierbei als Opfer, da sie solche Gewaltgeschehen miterleben.

Kinder und Jugendliche, die wiederholt ernste physische und psychische Gewalthandlungen gegen ihre Mutter oder ihren Vater, die von deren Beziehungspartner ausgingen, erlebt haben, sind in indirekter Weise ebenfalls betroffen von dieser Gewalt. Zusätzlich besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass bei Vorliegen häuslicher Gewalt auch die Kinder direkt misshandelt werden.

Folgen häuslicher Gewalt

Kinder, die häusliche Gewalt erleben, sind darauf angewiesen, von außen Schutz und Unterstützung zu erhalten. Die Verantwortung für den Schutz der Kinder kann nicht allein von dem misshandelten Elternteil getragen werden, da dieses selbst Opfer von Gewalt ist und den eigenen Schutz nicht sicherstellen kann.

Das Erleben von Gewalt und Bedrohung bedeutet für jeden Menschen eine massive Erschütterung der Lebensgefühle und der inneren Sicherheit mit oft schwerwiegenden Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit. Die Auswirkung und die Folgen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind umso gravierender, wenn nahe stehende Menschen an dem Gewaltgeschehen beteiligt sind. Dies gilt im besonderen Maße für Kinder, da sie für ihre emotionale Entwicklung von Normen, Werten und Verhaltensweisen auf Sicherheit und Geborgenheit angewiesen sind und nachahmenswerte Vorbilder benötigen (Ostbomk – Fischer 2004).

Auswirkungen häuslicher Gewalt

50 bis 70 Prozent der Kinder, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind, leiden unter Traumafolgestörungen. Sie werden vermutlich achtmal häufiger selber misshandelt als Kinder in Familien ohne Partnerschaftsgewalt. Sie haben ein höheres Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst Täter oder Opfer zu werden (Kindler 2003, Heynen 2003).

Traumafolgestörungen

Häusliche Gewalt kann Auslöser oder Hintergrund für diverse psychische und physische (psychosomatische) Beschwerden sowie Verhaltensstörungen sein. Frauenhäuser und –schutzwohnungen nehmen neben misshandelten Frauen auch deren Kinder auf (siehe Serviceteil).

2.7. Gefährdung durch Medien

Die Nutzung moderner Medien gehört zum Alltag Heranwachsender und stellt im Allgemeinen keine Gefährdung für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Dennoch kann das Kindeswohl auch durch den Gebrauch von Medien, das heißt durch TV, Computer, Computerspiele, Internet mit seinen Möglichkeiten, Spielekonsolen oder Handy gefährdet werden. Es besteht ein Suchtpotential, wenn den Kindern und Jugendlichen kein angemessener Umgang mit den Medien vermittelt wird. Besonders bei Mediennutzung, die zum Rückzug vor altersangemessenen Entwicklungsaufgaben führt, ist an ein Gefährdungspotential zu denken. Cybermobbing, Konfrontation mit Gewalthandlungen (auch sexueller Art), Ausnutzung der Unerfahrenheit der Minderjährigen stellen (z. B. in Chatrooms) ebenso eine Gefährdung des Kindeswohles dar wie exzessiver Medienkonsum. Insbesondere (sexualisierte) Übergriffe mittels der neuen Medien sind eine Form von Gewalt, die gerade auch unter Kindern und Jugendlichen ausgeübt wird.

3. Epidemiologische Aspekte

Es ist unmöglich, einen zuverlässigen Überblick über die Häufigkeit von Gewaltanwendung gegenüber Minderjährigen in Deutschland zu gewinnen. Die „Epidemiologie“ ist in beeindruckender Weise unbekannt. Alle Experten sind sich darüber einig, dass neben den bekannt gewordenen Fällen von einer erheblichen Dunkelziffer, insbesondere bei sexueller Gewalt, auszugehen ist.

Völlig ungeklärt ist die Häufigkeit seelischer Misshandlungen. In der Literatur werden eklatante Fälle (Freiheitsbeschränkung, Diffamierung, Demütigung der Kinder von z. T. sadistischem Ausmaß) beschrieben (z. B. Strunk 1986, Stutte 1957, Garbarino 1989). Insbesondere kinderpsychiatrische Erfahrungen sprechen dafür, dass die Problematik der seelischen Misshandlung von erheblicher Relevanz ist.

Die Epidemiologie ist in beeindruckender Weise unbekannt

Im westlichen Ausland (z. B. USA, Großbritannien, Niederlande) ist das Thema Misshandlung Minderjähriger in Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik schon viel früher aus dem Schattendasein eines gesellschaftlichen Tabuthemas herausgetreten. In den USA wird Kindesmisshandlung heute als sozialpolitisches Problem erster Linie („National Emergency“) eingeschätzt (Krugmann 1991).

Anders als in den USA (Meldepflicht) gibt es in den Niederlanden seit 1972 ein freiwilliges Meldesystem (Koers 1985, Pieterse 1989). Seitdem hat die Zahl der gemeldeten Fälle von Kindesmisshandlung und sexueller Gewalt ständig zugenommen. Die Erfahrungen aus den Niederlanden (sowie inzwischen auch aus den Kinderschutzeinrichtungen in der Bundesrepublik) zeigen, dass die Meldefrequenz stark durch die öffentliche Diskussion sowie Zusichern von Vertraulichkeit im Einzelfall beeinflusst wird. Mit dem Gesetz zur Kommunikation und Kooperation im Kinderschutz (KKG) als Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes wurde in Deutschland auch für Berufsheimnisträger eine bundeseinheitliche Regelung zur Beratung von Eltern und zur Informationsweitergabe geschaffen (vgl. § 4 KKG).

Ausland reagierte schon früher

In zahlreichen Studien aus dem In- und Ausland wurde festgestellt, dass im Hinblick auf die Häufigkeit der schweren körperlichen Kindesmisshandlung Familien aus den unteren sozioökonomischen Schichten in den jeweils betrachteten Untersuchungskollektiven überrepräsentiert waren (Gil 1970, Mätzsch 1980, Schwind 1990). In der Dunkelfeldforschung (Straus 1980) werden ähnliche Beziehungen zwischen Berufsstand, Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnissen, Kriminalität und Gewalt in der Familie deutlich.

Das heißt nicht, dass Misshandlungen nur ein typisches Unterschichtsproblem sind. Insbesondere seelische Misshandlung und sexuelle Gewalt kommen in allen sozialen Schichten in erheblichen Umfang vor und auch „geordnete Familienverhältnisse“ und ein „ordentlicher Haushalt“ schließen schwere körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung nicht aus.

Alle Bevölkerungsschichten sind betroffen

4. Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindesmisshandlung

4.1. Anamnestiche Merkmale des betroffenen Kindes

Der Gefährdung eines Kindes, misshandelt zu werden, können sowohl objektive Faktoren als auch die subjektive Einstellung der Eltern oder Betreuer zugrunde liegen. Die im Folgenden aufgelisteten Faktoren führen nicht obligatorisch zu Vernachlässigung und Kindesmisshandlung. Sie sind aber häufig charakteristische Merkmale, die in den betroffenen Familien zu beobachten sind und gezielt erfragt werden sollten:

Anamnestiche Merkmale des Kindes

- unerwünschte Schwangerschaft ohne postnatale Veränderung der negativen Einstellung zum Kind
- geplanter Schwangerschaftsabbruch, der verworfen oder verweigert wurde
- kurz aufeinander folgende Schwangerschaften
- Teenager- und Risikoschwangerschaften
- Tod eines nahe stehenden Menschen in der Schwangerschaft
- Krisen während der Schwangerschaft, die im Erleben der Eltern (der Mutter) mit der Geburt des Kindes verbunden werden
- ungeklärte Vaterschaft bzw. Zweifel über die Vaterschaft, alleinerziehende Mütter, Stiefväter, Partnerwechsel in der Schwangerschaft
- Früh- oder Mangelgeburtlichkeit des Kindes
- Erkrankungen des Kindes in der Neonatalperiode
- tiefgreifende Enttäuschung über das Geschlecht oder angeborene Fehlbildungen bzw. Behinderungen des Kindes
- ungewöhnliches Verhalten des Neugeborenen wie Unruhezustände, außergewöhnliches Schreien, Apathie, unregelmäßiger Tages- und Nachtrhythmus und Kontaktschwierigkeiten, Trink- und Stillprobleme
- Trennung von Mutter und Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt
- psychische Erkrankung eines Elternteils oder beider.

4.2. Anamnestiche Merkmale der Eltern

Gewaltphänomene innerhalb der Familie sind sehr häufig von Belastungsfaktoren begleitet, die eine adäquate Eltern-Kind- Bindung nicht entstehen lassen bzw. Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung haben:

Anamnestiche Merkmale

- intrafamiliäre Gewalterfahrung in der Kindheit der Eltern
- die Erfahrung unangemessener oder unbeständiger elterlicher Sorge in der Kindheit der Eltern
- längere Perioden von Klinikaufenthalten und Heimunterbringung
- belastete Schulkarrieren ohne erreichten Schul- bzw. Ausbildungsabschluss
- Fehlen fester sozialer Beziehungen in der Adoleszenz und frühen Kindheit

- zu frühes Verlassen des Elternhauses
- Häufung von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder häufiger Wechsel der Arbeitsverhältnisse
- fehlende Freundschaftsbeziehungen bis hin zur sozialen Isolation
- ständig wechselnde Partnerschaftsbeziehungen
- stress- und/oder krankheitsbedingte Dekompensation mit krisenhaften Zuständen, die zu Angst, Verzweiflung und aggressiven Handlungen führen
- physische und psychische Leistungsbeschränkung, noch ohne Krankheitswert
- Persönlichkeitsstörungen oder geistige Behinderung eines oder beider Elternteile
- Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch
- Bejahung des elterlichen Züchtigungsrechtes.

Vernachlässigende oder misshandelnde Eltern haben oft Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:

- der Fähigkeit, den Entwicklungsstand des Kindes einzuschätzen bis hin zur Rollenumkehr der Beziehungs- und Verhaltensmuster
- der Fähigkeit zur Empathie und Kommunikation mit dem Kind
- der Fähigkeit, aggressives Verhalten dem Kind gegenüber zurückzuhalten (Impulskontrolle).

4.3. Anamnestische Merkmale der Familie als Ganzes

Familiensituationen sind u. a. abhängig von den Lebensbedingungen, dem sozialen Umfeld und gesellschaftlichen Bedingungen. Familien, in denen Kinder vernachlässigt oder misshandelt werden, weisen oft eine Reihe von Merkmalen auf:

Anamnestische Merkmale der Familie

- instabile partnerschaftliche oder eheliche Verhältnisse mit häufigen Streitigkeiten und/oder gewalttätigen Auseinandersetzungen
- soziale Benachteiligung (z. B. Armut, niedriges Einkommen, beengte, schlecht ausgestattete Wohnverhältnisse mit ungünstigem Wohnumfeld, häufige und langzeitige Arbeitslosigkeit)
- anhaltende psychosoziale Überforderung z. B. durch große Kinderzahl
- intrafamiliäre und soziale Isolation.

Trotz dieser Aufzählung muss vor der Annahme gewarnt werden, dass körperliche und seelische Misshandlung, Vernachlässigung und sexuelle Gewalt abhängig vom sozialen Status der Familie sind. Dies zeigen:

- seelische Gewalt und Misshandlungen häufiger in Familien mit höherem Sozialstatus
- Teilnahmslosigkeit durch berufliche Überforderung
- Overprotection als seelische Gewalt

Viele schwer einzuordnende Verhaltensauffälligkeiten und Krankheitsbilder - auch ohne äußere Verletzungszeichen - können Folgen von Gewaltanwendung im körperlichen und seelischen Bereich von Kindern sein. Da aber Gewalt gegen Kinder nicht nach außen dringen darf, gelingt es den Eltern aus Mittel- und höheren Schichten aufgrund ihrer günstigeren Bildungs- und Lebenssituation besser, die Folgen der innerfamiliären Gewaltanwendung zu vertuschen.

4.4. Außerfamiliäre Risiken

Auch durch außerfamiliäre Bezugspersonen, denen Kinder und Jugendliche sich vertrauensvoll zuwenden, insbesondere, wenn sie Verständnis und Geborgenheit suchen (z. B. Erzieher, Lehrer, Trainer, Behandler, Einflusspersonen aus religiösem Umfeld), können für Kinder und Jugendliche Risiken für Misshandlung und Missbrauch entstehen. Beachtet werden müssen auch Risiken, die zu Gewaltanwendungen unter Kindern und Jugendlichen führen.

4.5. Schutzfaktoren

Neben Risikofaktoren gibt es auch Ressourcen oder Schutzfaktoren, die Risiken mildern bzw. diesen entgegenwirken können.

Dazu gehören:

- **kindbezogene Ressourcen:** Kognitive Fähigkeiten , positive Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Kompetenzen, aktive Bewältigungsstrategien, Kreativität und Phantasie
- **familiäre Ressourcen:** Stabile Bindung zu mindestens einer Bezugsperson, emotional warmes aber auch klar strukturiertes Erziehungsverhalten (autoritativer Erziehungsstil), positive Beziehungen zu Geschwistern, Merkmale der Eltern
- **soziale Ressourcen:** Soziale Unterstützung, Qualität der Bildungsinstitution, positive soziale Modelle
(nach Bengel et al. 2009)

Schutzfaktoren können gestärkt werden, z. B. auch durch frühzeitige Unterstützung der Eltern (Frühe Hilfen). Welche Angebote es in Ihrem Wirkungskreis gibt und wo diese zu finden sind, erfahren Sie von den Koordinatoren der Netzwerke Frühe Hilfen (www.fruehehilfen-thueringen.de/kinderschutz/fruehe_hilfen/karte/).

5. Diagnostische Kriterien

Entscheidend für die Diagnosestellung ist, dass der Arzt/Psychotherapeut bei kindlichen Verletzungen stets auch an die Möglichkeit einer Misshandlung denkt.

Man muss an Misshandlung denken!

5.1. Kennzeichnendes Verhalten misshandelnder Personen

Normalerweise werden Kinder nach einer schweren Verletzung sofort einem Arzt/Psychotherapeut vorgestellt. Bei körperlich misshandelten Kindern erfolgt die Vorstellung häufig erst verzögert, nach Stunden oder sogar Tagen - oft erst, wenn sich die gesundheitliche Situation verschlechtert hat oder als Notfall.

Typischerweise werden dabei Erklärungen für das Zustandekommen der Verletzungen angegeben, die mit den Verletzungsspuren nicht übereinstimmen. Derartige stereotype Angaben sind z. B.: Sturz von der Treppe, vom Arm oder Wickeltisch, Verletzungen durch andere Kinder, Selbstverletzungen von Säuglingen durch lebhaftes Bewegung im Bettchen. Bei wiederholten Verletzungen wird häufig ein anderer Arzt/Therapeut aufgesucht, der die vorherige Krankengeschichte nicht kennt. Auch neigen Eltern, die ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen, zu einer Bagatellisierung der Verletzungen bzw. Symptome und streben ein schnelles Behandlungsende an.

Bei der stationären Aufnahme körperlich misshandelter Kinder verlassen die einliefernden Eltern charakteristischerweise auffällig rasch das Krankenhaus, z. B. noch bevor eine vom aufnehmenden Arzt verordnete Röntgenuntersuchung durchgeführt wurde. Unter Umständen verhindern die Eltern aber auch, dass das Kind allein mit den Behandlern bleibt. Besuche während eines stationären Aufenthaltes sind in der Regel relativ selten und kurz. Bei den Besuchen weichen die Eltern Gesprächen mit den Ärzten bzw. dem Pflegepersonal oft aus. Andererseits wird nicht selten fordernd-aggressives Verhalten gegenüber dem medizinischen Personal, das Hervorbringen wechselnder und sich widersprechender Geschichten und schließlich auch schwerer Vorwurf den betreuenden und behandelnden Personen gegenüber beobachtet.

Misshandelnde Personen fallen in ihrem Verhalten auf

Bei der Vorstellung eines frisch verletzten Kindes durch offenbar betrunkene oder unter Drogeneinfluss stehende Eltern muss besonders an die Möglichkeit der Misshandlung gedacht werden.

5.2. Körperliche Misshandlungszeichen

Das Verletzungsmuster, einschließlich so genannter „Bagatellverletzungen“, ist unter funktionellen Gesichtspunkten sowie unter Berücksichtigung der motorischen Entwicklung des Kindes zu analysieren. Angaben der Eltern zu Verletzungsmechanismen (z. B. Sturz vom Wickeltisch, Auseinandersetzung mit anderen Kindern) sollten nicht kritiklos übernommen werden. Diskrepanzen lenken den

Aussage zur Verletzungsentstehung kritisch überprüfen

Verdacht auf eine mögliche Misshandlung. Besonders gefährdet sind Säuglinge und Kleinkinder. Bei einer Verletzung eines Säuglings (z. B. Fraktur) muss ein adäquater Unfallmechanismus vorhanden sein. Liegen hier Zweifel vor, so ist an eine Misshandlung zu denken und weitere Diagnostik erforderlich. Zu beachten ist, dass selbst ältere Kinder nicht selten eine unkorrekte Schilderung der Verletzungsursachen geben, weil sie eingeschüchtert sind oder Angst vor weiteren Misshandlungen oder Folgen der Aufdeckung haben.

5.2.1. Äußere Verletzungen

Die häufigste Verletzungsart bei Kindesmisshandlungen ist die Einwirkung stumpfer Gewalt (Schlagen mit der Hand, Faust oder einem Gegenstand, Zerren und Verdrehen von Körperteilen, Quetschmechanismen wie Kneifen und Beißen, Treten). Es entstehen Abschürfungen, intrakutane und subkutane Hämatome sowie Riss-, Quetsch- und Platzwunden. Thermische Einwirkungen sind nicht selten (Verbrennungen, Verbrühungen, brennende Zigaretten). Auch Einwirkungen scharfer Gewalt (Stich- und Schnittverletzungen) werden beobachtet. Besonders folgende Kriterien sind zu beachten: Lokalisation, Formung, Gruppierung, Mehrzeitigkeit (Brinkmann 1979).

Einwirkung stumpfer Gewalt am häufigsten

Lokalisation

Misshandlungsbedingte Hämatome und Hautabschürfungen sind häufig an folgenden Körperteilen: Rücken, Hinterseite der Beine, Innenseiten der Arme, Gesäß, Anal- und Genitalregion, Bauch, Hals, Mund, Augen und Ohren.

Lokalisation an geschützten Körperteilen

Prädilektionsstellen für Misshandlungen durch stumpfe Gewalteinwirkung sind der Kopf und das Gesäß. Zur differentialdiagnostischen Bewertung der Gesichts- und Kopfverletzungen sind zwei Lokalisationstypen zu unterscheiden:

- sturztypische Lokalisation an prominenten Gesichtsteilen (Nase, Stirn, Kinn) sowie bei älteren Kindern Verletzungen unterhalb der so genannten Hutkrempeinie. Jüngere Kinder können als Sturzverletzungen durchaus auch höher liegende Wunden und Hämatome in der Scheitelgegend aufweisen, wobei allerdings doppelseitige und mehrfache Verletzungen meist gegen die Entstehung durch Sturz sprechen
- misshandlungstypische Lokalisation an geschützt liegenden und seitlichen Gesichtspartien wie Augen und Wangen. Insbesondere ist die Entstehung durch Sturz unwahrscheinlich, wenn beide Seiten der "Halbkugel" des Gesichts verletzt sind.

Lokalisationstypen am Kopf

Besonders zu beachten sind Abwehrverletzungen an den Streckseiten der Unterarme sowie symmetrische Griffmarken an den Armen, am Brustkorb und in der Umgebung des Mundes (insbesondere bei Kleinkindern). Sturz- bzw. Anstoßverletzungen liegen demgegenüber bevorzugt über Handflächen, Ellenbogen, Knie und Schienbeinen.

Formung

Je nach Beschaffenheit des verwendeten Schlagwerkzeuges kann die Formung von Verletzungen mannigfaltig, aber z. T. spezifisch sein: Diagnostisch von herausragender Bedeutung sind doppelstriemenförmige Hautunterblutungen bei stockähnlichen schmalen Werkzeugen, Gürteln, gelegentlich auch bei Einwirkung der Finger. Je kantiger, kleinflächiger, geformter das Werkzeug ist und je stärker und schneller die Einwirkung, desto eher entstehen geformte Hämatome oder auch Platzwunden, die die Geometrie des Schlagwerkzeuges wiedergeben (Kochlöffel, Gürtelschnallen, Schuhsohlen und ähnliches). Menschliche Bisse können ovale oder halbmondförmige, individuelle Zahnabdrücke hinterlassen.

**Differentialdiagnose
Abwehrverletzungen,
Griffmarken, Sturz-
und
Anstoßverletzungen**

Ungewöhnlich geformte Narben (z. B. Rundnarben nach Zigarettenverbrennungen) oder große Narben, die offensichtlich nicht medizinisch versorgt wurden, sind grundsätzlich verdächtig.

**Hinweise auf
Gegenstände**

Gruppierung

Bei einer Einzelverletzung kann der objektive Nachweis einer Misshandlung Schwierigkeiten bereiten. Gruppierte Verletzungen sind typischer. Sie sind gekennzeichnet durch die Zusammenordnung von mehreren, unter Umständen einer Vielzahl von unterschiedlich geformten und großen Einzelverletzungen.

Mehrzeitigkeit

Die Kindesmisshandlung ist ein typisches Wiederholungsdelikt (Stichwort: „chronische Krankheit“). Deshalb ist das Nebeneinander frischer, älterer und ganz alter Verletzungen (Narben) ein wichtiges diagnostisches Kriterium. Manchmal ergibt sich der Hinweis auf eine mehrzeitige Misshandlung erst durch wiederholte Untersuchungen eines einmal misshandelten Kindes und bei sorgfältiger Erhebung der Anamnese.

Wiederholungsdelikt

5.2.2. Innere Verletzungen

Eine besonders gefährliche Form der Kindesmisshandlung ist das Schütteltrauma der Säuglinge: Das am Thorax gegriffene Kind wird mit großem Impetus mehrfach vor- und zurück geschüttelt. Dabei kommt es zum Hin-und-Herschwingen sowie zu Rotationsbewegungen des Gehirns im Schädel. Die Folgen sind Brückenvenen-Abrisse, die zu subduralen Hämatomen, Netzhaut- oder Körpereintrübungen, subarachnoidalen typischen Blutauflagerungen, aber auch aufgrund der Akzelerations- und Dezelerationskräfte zu intraparenchymatösen Hirnverletzungen führen. Es resultieren oftmals eine schwere Hirnschädigung, ggf. auch eine akute maligne incurable Hirndrucksteigerung mit akutem, möglicherweise frühzeitigem oder späterem letalem Ausgang bzw. irreparablen Hirnschäden mit lebenslangen Folgeveränderungen für das geschädigte Kind. Bei

**Schütteltrauma und
subdurales Hämatom**

Verdacht auf ein Schütteltrauma ist akute Gefahr im Verzug. Es muss zeitnah die bildgebende Diagnostik des Hirnschädels erfolgen, wobei die Sonographie, als Sofortmaßnahme und anschließend die Magnetresonanztomographie eingesetzt werden; ergänzt durch eine Fundoskopie mit der Frage der Netzhautläsion bzw. anderer Einblutungen, durchgeführt von einem erfahrenen Augenarzt. In lebensbedrohlichen Zuständen ist aufgrund des Zeitbedarfs in der Akutsituation die Computertomographie indiziert, im Verlauf ist aufgrund ihrer hohen Sensitivität und Spezifität die MRT erforderlich zur Beurteilung des gesamten Schädigungsausmaßes und zur prognostischen Abschätzung. Im Weiteren muss leitliniengerecht die gesamte körperliche radiologische Diagnostik in Abhängigkeit vom Zustand des Kindes durchgeführt werden. Nicht selten finden sich ohne weitere äußere körperliche Verletzungszeichen bei diesen Kindern Rippenserienfrakturen und kleine, aber typische Kantenabbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremität.

Ebenfalls ohne äußerlich erkennbare Verletzungen kann das stumpfe Bauchtrauma bleiben. Im Widerspruch dazu können jedoch massive Rupturen innerer Organe bis hin zu Todesfällen resultieren. Aus diesem Grund ist im Zweifelsfall die initial durchgeführte unauffällige Sonographie durch Verlaufskontrollen und ggf. andere Schnittbildverfahren (CT/MRT) zu ergänzen. Wegen der hohen Elastizität der kindlichen Thoraxwand gilt das Risiko für Rupturen auch für die Brustorgane und Gefäße als erhöht.

Stumpfes Bauchtrauma

Bei Leichenschauen an Kindern sollte eine zumindest ungeklärte Todesart oder der Anhalt für eine nicht natürliche Todesart bescheinigt und nach der dann folgenden Meldung an die Polizei eine gerichtliche Leichenöffnung angestrebt werden. Keinesfalls sollte unkritisch eine natürliche Todesfolge z. B. unter der Verdachtsdiagnose eines „Plötzlichen Kindstodes“ bescheinigt werden. Neben dem schon oben detaillierter beschriebenen Schütteltrauma, bei dem die Kinder im Rahmen einer Leichenschau meist keine äußeren Verletzungszeichen aufweisen, ist immer auch an eine Tötung durch Ersticken mit einer weichen Bedeckung zu denken.

Dunkelziffer tödlicher Misshandlungen

Eine fehlende Verbindlichkeit für Obduktionen bei Kindern könnte eine erhöhte Dunkelziffer zur Folge haben.

5.2.3. Frakturen

Bei Verdacht auf Misshandlung sind Röntgenaufnahmen erforderlich. Der Umfang der Bildgebung ist abhängig vom Alter des Kindes (AWMF-Leitlinie S1 2013). Bei Säuglingen bis zum vollendeten ersten Lebensjahr ist ein Skelettstatus indiziert. Die rechtfertigende Indikation zur Röntgendiagnostik ist vom Fachkundigen zu stellen, die Aufnahmen sind von speziell geschultem Personal im Beisein des (Kinder-) Radiologen anzufertigen, die sorgfältige Befundung hat nach dem Vier-Augen-Prinzip zu erfolgen. Hinzuweisen ist, dass diese spezifischen Untersuchungen in die Verantwortung eines Kinderradiologen und in

Röntgenstatus

eine Einrichtung mit speziell auf den Strahlenschutz von Kindern ausgelegter Technik und entsprechend geschultem Personal gelegt werden sollen.

Kennzeichnend für eine Misshandlung sind u. a.: multiple, verschieden alte Frakturen an sonst unauffälligen Knochen, differente Stadien der Periostreaktion mit Manschettenbildungen an den langen Röhrenknochen, metaphysäre Infraktionen und Kantenabbrüche, Epiphysenlösungen und deren Folgen, eventuell mehrere Bruchzentren bei Schädelfrakturen. Schläge, Stöße, Verdrehungen kindlicher Gliedmaßen müssen nicht immer zu Knochenbrüchen führen. Stattdessen kommt es zu Blutungen unter der Knochenhaut und späteren subperiostalen Verkalkungen. Frakturen bei Kindern unter einem Jahr sind ausnahmslos als hoch verdächtig anzusehen. Im Zweifelsfall sind Röntgen-Verlaufskontrollen bzw. Erweiterungen der Bildgebung zu indizieren (Stenzel 2012).

Cave: Frakturen im 1. Lebensjahr

5.2.4. Verborgene Verletzungen

Hierzu gehören z. B. Narben nach Kopfplatzwunden im Behaarungsbereich, zirkumskripte Alopezien, Trommelfellblutungen, Retinablutungen, retroaurikuläre Hämatome und Hautrisse (z. B. nach Zerren an den Ohren), Verletzungen in der Mundschleimhaut (Fütterverletzungen am Philtrum), ggf. gepaart mit Daumen- und Fingerabdrücken an den Wangen sowie (besonders wichtig!) punktförmige Blutungen an den Augenlidern und in den Augenbindehäuten (nach Würge- und Strangulationsmechanismen). Strangulationsmarken bzw. Würgemale dagegen können bei Kindern auch fehlen (große Hand am kleinen Kinderhals, Wehrlosigkeit des Opfers).

Inspektion des behaarten Kopfes und der Schleimhäute!

5.2.5. Weitere Verletzungen

Auch bei Verbrennungs- und Verbrühungszeichen muss der Verdacht auf eine Misshandlung in der Differentialdiagnose berücksichtigt werden; die Häufigkeitsangaben schwanken zwischen drei Prozent und 25 Prozent bei körperlicher Misshandlung (Konzept der Bundesärztekammer 1998). Bei der körperlichen Untersuchung sollte z. B. daran gedacht werden, dass sich ein Kind kaum durch einen Unfall das Gesäß verbrühen kann, ohne dass die Füße beteiligt sind. Auch zeigen nicht akzidentielle Verbrühungen eine scharfe Randbildung, wohingegen traumatisch erlittene thermische Verletzungen häufig durch Spritzer und Abtropfspuren gekennzeichnet sind. Rundliche, ca. 8 mm große Verletzungen können Abdrücke brennender Zigaretten sein. Symmetrische, scharf begrenzte Verbrühungen sind grundsätzlich verdächtig.

Verbrennungen und Verbrühungen

Seltenere Verletzungsarten sind lokale Erfrierungen oder generelle Unterkühlung mit Frostdflecken, Stromverletzungen mit Strommarken, Vergiftungen mit eventuellen Veränderungen der Haut und Schleimhäute, Schnitt-, Stich- und Schussverletzungen sowie Säure- und Laugenverätzungen. Grundsätzlich muss jede Verbrennung oder

Seltene Verletzungsarten

Verätzung mit klaren Begrenzungen und mit gleichmäßiger Tiefe über ein großes Körpergebiet als verdächtig angesehen werden.

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom ist eine weitere schwere Form der Kindesmisshandlung. Nach Noeker und Keller (2002) stellt „die Manipulation von Krankheitszeichen an einem Kind ... eine Körperverletzung dar, die in ihrer Traumatisierungswirkung die am eigenen Körper vorgenommene Schädigung beim Münchhausen-Syndrom übersteigt.“ Durch die Manipulationen, typischerweise der Mutter des Kindes, werden medizinisch nicht indizierte, multiple diagnostische und therapeutische Eingriffe provoziert. Potentiell irreversible Organschädigungen und auch lebensbedrohliche Verläufe sind bekannt und begründen den Tatbestand einer Kindesmisshandlung. Nach Rosenberg (1987) ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom durch vier Merkmale charakterisiert:

“Münchhausen-by-proxy-Syndrom”

- bei einem Kind liegt ein Beschwerdebild vor, das von einem Elternteil oder einer anderen Person, die für das Kind Verantwortung trägt, vorgetäuscht und/oder erzeugt wird.
- das Kind wird zur medizinischen Untersuchung und extensiven Behandlung vorgestellt, häufig einhergehend mit multiplen Eingriffen.
- die vorstellende Person verleugnet ihr Wissen um die Ursache des Beschwerdebildes.
- die akuten Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind vom Täter getrennt wird.

5.3. Zeichen der Vernachlässigung

Symptome der Vernachlässigung sind z. T. weniger eindeutig. Die Diagnose „nicht organische Gedeihstörung“ kann nur nach Ausschluss somatischer Ursachen gestellt werden.

Der Verdacht auf Misshandlung infolge von Vernachlässigung muss bei Vorliegen folgender Symptome aufkommen:

Hinweise auf Vernachlässigung

- verwaorlostes Äußeres
- Hautaffektionen: Eiterungen, „Wundsein“, unbehandelte Dermatitis im Ano-Genitalbereich
- Minderwuchs
- Zeichen der Unterernährung, der Fehlernährung und des Flüssigkeitsmangels: Abmagerung, Anämie, Vitamin-Mangelerscheinungen, Wachstumsverzögerungen und allgemeine körperliche und geistige Entwicklungsverzögerung, unersättlicher Appetit
- charakteristische Verhaltensweisen, wie allgemeine Apathie, Katatonie, sprachliche Entwicklungsstörung, soziale Inkompetenz (verzögerte Sozialisation), emotionale Verwaorlosung (Distanzlosigkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Angst vor Beziehungsangeboten, „everyone's friend“)

5.4 Psychische Störungsbilder nach Gewalterfahrung

Kinder erleben Gewalt auf Grund ihrer fehlenden Schutz- und Bewältigungsmechanismen häufig als Gefühl von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Kontrollverlust oder gar als Lebensbedrohung. Sie fühlen sich der Situation ausgeliefert bzw. wehrlos und reagieren auf Erlebnisse mit Reaktionsformen, die oft nicht in das „normale“ Bild eines Kindes oder Jugendlichen passen. Deshalb ist es wichtig, die einer traumatisierenden Erfahrung zu Grunde liegenden Gedanken, Gefühle und psychophysiologischen Reaktionen der betroffenen Kinder mit den entsprechenden psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen darzustellen. Nicht jede Gewalterfahrung führt bei einem Kind zu einer traumatischen Verarbeitung. Jeder erlebt und verarbeitet Gewalt anders – und gerade deshalb wollen wir die Facetten der Auswirkungen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen nicht ursachenbezogen darstellen, sondern dem Nutzer des Leitfadens durch eine ergebnisbezogene Betrachtungsweise relevante Störungsbilder näher bringen.

5.4.1. Neurobiologisches Erklärungsmodell von Traumafolgestörungen

Während traumatisierender Ereignisse kommt es in bestimmten Hirnarealen zu einer veränderten Reiz- und Erlebnisverarbeitung, die sich auf eine rationale Bewertung und Einordnung des traumatischen Erlebens auswirken können.

Durch die Reizüberflutung im Gehirn wird die Integration der traumatischen Erlebnisse erschwert oder sogar blockiert, wodurch sie kognitiv nicht immer überprüfbar sind („traumatische Amnesie“, Dissoziation, Verdacht auf Simulation, Phantasien u. ä.), sie können jedoch aktuell eine hohe Bedrohungsqualität haben. Dies kann sich besonders bei Kindern in einem hohen Maß von Vermeidungsverhalten und eingeschränkter Kommunikation äußern.

5.4.2. Belastungssymptome bei Kindern und Jugendlichen

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht über traumarelevante Lebensinhalte und Symptome:

Wiederkehrende Erinnerungen, Alpträume und Flashbacks

- sich immer wieder aufdrängende Gedanken an das Trauma, oft verstärkt in ruhigen Momenten, wie vor dem Einschlafen (z. B. Kinder zögern Bettgehzeiten hinaus, wollen nicht allein schlafen oder von ihren Eltern getrennt sein)
- Handeln, Fühlen und Wahrnehmen als ob das traumatische Ereignis noch besteht (z. B. Illusionen, Halluzinationen, traumatisches Spielen/Neuinszenieren)
- wiederkehrende Alpträume mit oder ohne traumaspezifischem Bezug (z. B. Angst vor Verfolgung, Tod, Verlust, Dunkelheit, Geister, Monster ...)

- intensive psychische Belastung und/oder körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit Reizen, die an Teile des Traumas erinnern oder sie symbolisieren („Triggern“)

Vermeidung, vermindertes Interesse, eingeschränkte Empfindungsfähigkeit, Verlust bereits erworbener Fähigkeiten

- Angst und Vermeidung von Reizen, die an das traumatische Erlebnis erinnern könnten (z. B. Orte, Menschen, Aktivitäten)
- Abflachung der allgemeinen Reagibilität, geringeres Interesse an Spielen, Lernen und Aktivitäten, die vorher für das Kind wichtig waren
- Einschränkung der Bandbreite der Gefühle (z. B. Unfähigkeit, Freude, Zärtlichkeit oder Wut zu empfinden)
- Gefühl, anders als andere Menschen zu sein, Gefühl einer eingeschränkten Zukunft, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, Depressivität, auffälliger sozialer Rückzug
- regressive Tendenzen (z. B. kleinkindhaftes Verhalten, „Nuckeln“, Babysprache)
- Verlust vorher bereits erreichter Kompetenzen (z. B. erneutes Einnäsen, Rückfall in der Sprachkompetenz), Schwierigkeiten alte und neu erlernte Fertigkeiten anzuwenden bzw. sich daran zu erinnern (z. B. Lernstörungen)

Übererregung, Anspannung und Reizbarkeit

- Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Unfähigkeit, abends zur Ruhe zu kommen, Angst vor Dunkelheit
- starke körperliche Unruhe, Muskelspannung
- verstärkte körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen, erhöhte Infektanfälligkeit)
- Konzentrationsstörungen (vor allem in der Schule)
- übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz), ständiges Lauern auf mögliche Gefahren in der Umgebung
- übermäßiges Kontrollbedürfnis, Überreaktion, wenn Absprachen nicht eingehalten wurden
- übermäßige Schreckreaktionen, auch auf kleine und alltägliche Geräusche (z. B. Türknallen, Stimmen ...)
- Wut und Reizbarkeit – im Hinblick auf den Anlass meist völlig unangemessen – oft zu nahestehenden Personen wie Eltern, Geschwister, Freunde

Kinder und Jugendliche sind in besonderem Maß abhängig von dem Schutz der Bezugspersonen. Sie können ihrer Not nicht immer offen Ausdruck verleihen. Besonders schwierig ist es, wenn die Eltern mit in die Gewalthandlung involviert sind.

5.4.3. Risikofaktoren, die die Ausprägung von Belastungsreaktionen beeinflussen können

Nicht jeder erlebt und verarbeitet eine Gewalterfahrung gleich. Die Entstehung und der Verlauf von Belastungsreaktionen hängen von einer Vielzahl subjektiver und objektiver Faktoren ab, die immer in ihrer

Gesamtheit betrachtet werden müssen. Einige dieser Risikofaktoren **Risikofaktoren** sind:

- bereits erlebte Gewalterfahrungen, Alter, Geschlecht, Erkrankungen in der Familie
- Dauer und Schwere der Gewalterfahrung, Plötzlichkeit, erlebte Bedrohung
- Unverständnis, Beschuldigungen, Ignoranz der Belastungssymptome, Konfrontation mit Täter/Schadensverursacher.

5.4.4. Relevante und verwandte Störungsbilder von Traumafolgestörungen:

- akute Belastungsreaktion ICD10: F43.0
- akute/chronische posttraumatische Belastungsstörung ICD10: F43.1
- Anpassungsstörung ICD10: F43.2
- dissoziative Störungen ICD10: F44.0
- Angststörungen ICD10: F40.xx
- depressive Störungen ICD10: F32.xx
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung ICD10: F 62.0
- Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen ICD10: F92.x
- Bindungsstörungen ICD 10: F94.x
- Ausscheidungsstörungen
nichtorganische Enuresis ICD 10: F98.0
nichtorganische Enkopresis ICD 10: F98.1.

5.4.5. Psychologische Diagnostik von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Gewalterfahrung

Diagnostische Erhebungen nach Gewalterfahrung gestalten sich mitunter schwierig, da die betroffenen Kinder häufig erstmals einem Psychologen oder Psychotherapeuten vorgestellt werden und für einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau viel Zeit erforderlich ist. Auch kann die Anwesenheit einer Begleitperson zu einer spürbaren Beeinflussung des Kindes führen, welche die Validität der Befunde einschränkt. Aber gerade die Ergebnisse der Eingangsdiagnostik werden oft durch die Verwaltungsbehörden im Rahmen von Opferentschädigungen angefordert. Hier obliegt dem untersuchenden Psychologen oder Psychotherapeuten eine besondere Verantwortung. Eine vertrauensvolle Kind-Therapeut-Beziehung ist unabdingbare Voraussetzung für valide störungsspezifische Diagnostik.

Die Anwendung standardisierter psychodiagnostischer Verfahren und Materialien zur Beurteilung der psychischen Belastung betroffener Kinder und Jugendlicher ist auch in Hinblick auf Verfahren im Rahmen der Opferentschädigung zu beachten.

5.5. Diagnostische Hinweise auf sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt ist häufiger als früher angenommen wurde. Jeder Hinweis oder Verdacht, dass ein Kind sexuelle Gewalt erfahren hat, muss unbedingt ernst genommen werden. **Sexuelle Gewalt**

Im Unterschied zu anderer körperlicher Gewaltanwendung führt die sexuelle Gewalt häufig nicht zu offensichtlichen körperlichen Hinweisen. Das Fehlen körperlicher Befunde schließt einen sexuellen Missbrauch keinesfalls aus.

Weiterhin können bei sexueller Gewalterfahrung die unter 5.4.2. beschriebenen psychischen und psychosomatischen Symptome beobachtet werden.

Bei folgenden *Verhaltensstörungen* ist sexuelle Gewalt in die Differentialdiagnose einzubeziehen: **Verhaltensstörungen**

- Schlafstörungen, Essstörungen, Angst, sich auszuziehen und an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen,
- unangemessene genital-sexuelle Aktivität in der frühen Kindheit,
- sexuell-provozierendes Verhalten,
- altersunangemessenes Sexualwissen,
- sozialer Rückzug und
- unerklärte Schulschwierigkeiten in der Vorpubertät,
- Promiskuität, Prostitution, Drogenkonsum, Depression, Selbstmutilation, Suizidversuch, Konversionssymptome und pseudoepileptische (sogenannte „hysterische“) Anfälle im Adoleszenzalter (Olbing 1991).

Die Untersuchung eines Kindes mit dem Verdacht auf sexuellen Missbrauch ist ausschließlich kindgerecht und durch einen auf diesem Gebiet speziell erfahrenen Arzt durchzuführen. Sie muss bei akutem harten Verdacht umgehend, unter Hinzuziehung der Rechtsmedizin, ggf. in Narkose und unter Asservierung von mehreren tief vaginalen Abstrichen und mehreren Abriebpräparaten von der Haut der Genitalregion erfolgen. Abrieb von der Haut sollte mit angefeuchteten Wattetupfern und mittlerem Druck gewonnen werden. Die Abriebe sollten dann entweder getrocknet oder bei -20 Grad eingefroren werden, um eine Degradation eventueller DNA-Spuren zu vermeiden. Eine molekulargenetische Untersuchung solcher Abstriche kann nur nach polizeilicher Anzeige auf richterlichen Beschluss erfolgen. Standardisierte Untersuchungsprozeduren mit entsprechender Dokumentation sollten festgelegt sein.

6. Ärztliches Vorgehen in der Praxis

Das Bundeskinderschutzgesetz stärkt vor allem auch die Prävention (vgl. § 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz - KKG). Ärzten und Psychotherapeuten werden in ihrer Berufspraxis häufig schon frühzeitig Belastungsfaktoren und Hilfebedarf in Familien bekannt, die bei Fortbestehen die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigen. Im Sinne eines präventiv ausgerichteten Kinderschutzes geht es darum, diese Risikofaktoren zu erkennen, die Familien über mögliche Leistungs- und Unterstützungsangebote zu informieren und für eine Inanspruchnahme zu werben.

Erstmals werden über diese bundeseinheitliche Regelung des KKG (vgl. § 4 KKG) auch Ärzte/Psychotherapeuten sowie weitere medizinische Fachkräfte in den aktiven Kinderschutz einbezogen. In Thüringen gibt es bereits seit 2008 eine entsprechende Befugnisnorm (vgl. § 10 Abs. 2 Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (ThürFKG)).

Wenn in der alltäglichen Berufspraxis gewichtige Anhaltspunkte für eine mögliche Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen bekannt werden, soll

- mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten (in der Regel den Eltern) die Situation erörtert und
- soweit erforderlich bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden.

Diese Handlungsanforderungen gelten, solange dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt ist.

Dieses Vorgehen beinhaltet eine fallbezogene Einschätzung des Gefährdungsrisikos. Hierbei sind die vorliegenden Fakten zu werten und eine Prognose zu stellen. Diese hängt ab von der Schwere der diagnostizierten oder absehbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen bzw. dem Grad der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts und der Fähigkeit und der Bereitschaft der Erziehungsberechtigten, die Gefahr abzuwenden bzw. die zur Gefahrenabwendung erforderlichen Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Für die Gefährdungseinschätzung sind insbesondere folgende Aspekte relevant:

- Alter des Kindes - eine Gefährdung von Säuglingen und Kleinkindern muss selbst bei geringfügig erscheinenden Verletzungen angenommen werden
- Schweregrad, der Dauer und der Wiederholung von Verletzungen
- dem Ausmaß von Empathie und der Fähigkeit der Eltern/Bezugspersonen, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und auch unter Belastung, voranzustellen (im Gegensatz zu Abwehr und Schuldzuweisung an das Kind)
- Flexibilität in den Beziehungen und dem Potential, Lebensmuster

- zu ändern (im Gegensatz zu Verleugnung und erstarrter Haltung)
- der kooperativen Einstellung und tragfähigen Beziehung zu professionellen Helfern (im Gegensatz zu übermäßiger Verbitterung)
- Verfügbarkeit von Ressourcen im Umfeld der Familie (im Gegensatz zu einer psychosozial und strukturell verarmten Lebensumwelt).

Vom Ergebnis der Gefährdungseinschätzung hängen die weiteren Handlungsschritte ab.

Für diese wichtige, aber besonders in nicht eindeutigen Situationen sehr schwierige Aufgabe, haben Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe einen Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (§ 4 Abs. 2 KKG, § 8b SGB VIII).

6.1. Untersuchung

Weniger die einzelne Verletzung ist für eine Misshandlung typisch als vielmehr das Nebeneinander mehrerer oder verschiedener Verletzungen, Symptome und Verhaltensauffälligkeiten.

Folgende Untersuchungen müssen durchgeführt werden:

- sorgfältige und präzise Sozial-Anamnese (Eltern, ggf. Kind selbst!)
- Erhebung des Allgemeinzustand mit Körperlänge, Körpergewicht, Kopfumfang, Ernährungszustand und Pflegezustand
- Inspektion des unbedeckten Kindes incl. der Körperöffnungen und der sichtbaren Schleimhäute
- Erhebung des Entwicklungsstatus
- ggf. Laboruntersuchungen in Abhängigkeit vom Befund
- bei Verdacht auf akute sexuelle Gewalt Abstrich- und Ausstrichpräparate aus der Genitalregion (vaginal, ggf. auch After oder Mund durch Gynäkologen); sowie von Hautabdrücken der Genitalregion. Es kann auch sinnvoll sein, von Hautstellen mit Bissverletzungen und Stellen, an denen das Kind vom Täter geküsst wurde, Hautabdruck zu fertigen. Zusätzlich muss auch immer an die Asservierung der getragenen Kleidungsstücke, Kontaktgegenstände (Laken etc.) gedacht werden.

Weitere Untersuchungen sollten durchgeführt werden, wenn die Fallspezifität es gebietet, wobei die Indikationen hierzu großzügig gesehen werden sollten, aber unter stationären Bedingungen: Hervorzuheben ist die Einbeziehung eines Kinderradiologen zur Indikationsstellung und Durchführung von Umfang und Ausmaß der anzufertigenden Röntgenaufnahmen entsprechend der AWMF-Leitlinie. Eine Knochenszintigrafie ist obsolet. Die Indikation zu weiterführender bildgebender Diagnostik (Sonographie, Magnetresonanztomographie, Computertomographie) ergibt sich aus der individuellen Befundkonstellation.

Verlaufsbeobachtungen und Kontrolluntersuchungen sind ein

wesentlicher Bestandteil im weiteren diagnostischen Vorgehen.

6.2. Diagnosesicherung

Wichtigstes Ziel in der Diagnostik bei Kindeswohlgefährdung ist es, einen bestehenden Verdacht zu erhärten oder zu entkräften. Hierzu kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

Weitere Maßnahmen zur Diagnosesicherung

- Suche nach weiteren Symptomen bzw. Indikatoren, die den ersten Verdacht bestätigen oder auch entkräften
- Kontaktaufnahme mit Kollegen (Hauskinderarzt) bzw. Betreuern des betroffenen Kindes (d. h. Lehrer, Erzieher u. a.) und dem zuständigen Jugendamt mit der Frage, ob ähnliche Symptome oder Verhaltensweisen wahrgenommen wurden. Für diese Anfragen ist eine Schweigepflichtentbindung der Sorgeberechtigten notwendig!
- vertiefende Untersuchungen zum Ein- oder Ausschluss von nicht misshandlungsbedingten Faktoren
- Überweisung an einen Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Abklärung psychischer Auffälligkeiten oder Störungsbilder, die im Zusammenhang mit der Misshandlung stehen könnten
- gegebenenfalls konsiliarische Einschaltung anderer medizinischer Disziplinen (z. B. Pädiater, (Kinder-)Radiologe, Dermatologe, Rechtsmediziner, Kinderschutzgruppe einer Kinderklinik sowie das speziell geschulte Personal der Thüringer Ambulanz für Kinder-Schutz – TAKS)
- Verlaufsbeobachtung (objektive Befunde, Verhalten des Kindes und der Eltern)
- Beratung mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft der Jugendhilfe (§ 4 Abs. 2 KKG und § 8b des SGB VIII)
- Eine stationäre Aufnahme des Kindes kann sowohl der Diagnosesicherung dienen als auch einen zeitlich begrenzten Schutz für das Kind darstellen und für die Beobachtung der Interaktion in der Familie wertvolle Hinweise liefern.

6.3. Stufenplan zur Sicherstellung des Schutzes des betroffenen Kindes

Bei Misshandlung mit erkennbar geringerem Schädigungspotential, geringer Wiederholungsgefahr sowie weitgehender Kooperation und entsprechenden Ressourcen der betreuenden Personen oder der Kinder und Jugendlichen selbst wird folgende Vorgehensweise empfohlen:

Stufenplan

- Behandlung des Kindes
- Einsatz der ärztlichen Autorität gegenüber den betreffenden Personen
Hier ist zu bedenken, dass im Fall von Kindesmisshandlung häufig mangelnde Ressourcen der Sorgeberechtigten, eigene Misshandlungserfahrung, mangelnde erzieherische Kompetenz, Suchtverhalten u. ä. auslösend sind.
- Verweis auf niedrigschwellige Unterstützungsangebote der Netzwerkpartner

Bei vagen Befunden wird empfohlen:

- kurzfristige Wiedervorstellung
- weitere Abklärung durch andere medizinische Disziplinen, konsiliarische Beratung oder stationäre Aufnahme (möglichst in einer Klinik mit Kinderschutzfachgruppe)
- Beratung durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe

Bei schwerer sexueller Gewalt, schwerer Misshandlung und Vernachlässigung sowie dem dringenden Verdacht der Wiederholungsgefahr bei mangelnder Kooperativität sollten folgende Schritte zusätzlich erfolgen:

- weitere medizinische ggf. stationäre Abklärung durch regionale Kinderschutzfachgruppe der Klinken oder TAKS
- Information des Jugendamtes zur Übernahme des weiteren Schutzes des Kindes
- Einzelfallbezogene Meldung an Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gericht der Täterschaft (Verantwortlichkeit).

Die Risikoabschätzung sollte unbedingt schriftlich dokumentiert werden. Alle Entscheidungen im Rahmen der Gefährdungseinschätzung sind zu dokumentieren.

In der Abbildung, welche sich im Anhang (Seite 87) befindet, wird eine mögliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten bei der Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen dargestellt.

6.4. Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche sind in Abhängigkeit von Alter und Situation in die Gespräche und Entscheidungen, die sie selbst betreffen, einzubeziehen. Sie können sich selbst an das Jugendamt wenden und haben in Not- und Konfliktlagen einen Anspruch auf Beratung ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten (vgl. § 8 SGB VIII). Sie können auch selbst um eine Inobhutnahme bitten (vgl. § 42 Abs. 1 SGB VIII). Insbesondere ist auch mit ihnen die Situation zu erörtern, wenn Verdachtsmomente bestehen, die auf eine Gefährdung für ihr Wohl hindeuten (vgl. § 4 KKG).

Bei Gesprächen mit Kindern oder Jugendlichen ist es wichtig, dass sie ernst genommen werden und ihnen geglaubt wird. Dabei hilft eine freundliche, zugewandte, interessierte, offene und nicht bewertende Haltung. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen betroffenen Kindern und Jugendlichen und dem Arzt/Psychotherapeuten ist anzustreben.

Auch bei der Befragung von Kindern oder Jugendlichen sollten Bewertungen und vor allem „nachbohren“ und suggestive Fragen unbedingt vermieden werden. Unter Umständen (z. B. bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch) ist es anzuraten, die Befragung spezialisierten bzw. geschulten psychologischen Fachkräften zu überlassen. Der Vorwurf der Beeinflussung des Kindes oder des Jugendlichen bei der

Befragung kann dessen Glaubwürdigkeit der Aussage in einem späteren Gerichtsverfahren erschüttern.

Wichtig ist, Kinder und Jugendliche angemessen zu beteiligen. Dazu gehört ihnen in altersentsprechender Form das weitere Vorgehen zu erklären. Versprechungen sind nur geeignet, wenn sie gehalten werden können.

Kinder und Jugendliche neigen oft dazu, die Verantwortung für das Geschehen bei sich zu suchen. Dann ist es nötig, zu vermitteln, dass auch andere Kinder und Jugendliche in solche Situationen kommen und sie keine Schuld tragen.

In der Dokumentation sollten Äußerungen der Kinder bzw. Jugendlichen als Zitate notiert werden. Wichtig ist auch Gefühl und Affekt mit aufzunehmen.

Für die Rahmenbedingungen von Gesprächen mit Kindern oder Jugendlichen gilt das Gleiche wie für Gespräche mit den Eltern: Anzustreben ist eine ruhige, störungsfreie Atmosphäre sowie ausreichend Zeit.

6.5. Gespräche mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten

Gespräche mit den Personensorgeberechtigten sind für die Vermittlung von Unterstützungsangeboten, zur Motivation zu deren Annahme und für die Abklärung von Verdachtsmomenten zentral.

Unter präventiven Aspekten geht es darum, den Familien ein glaubwürdiges Angebot einer Hilfebeziehung zu machen, auf das sie sich einlassen können. Je frühzeitiger sie sich mit ihren Sorgen und Nöten anvertrauen, desto wahrscheinlicher ist es, dass niedrigschwellige Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt werden können, die das gesunde Aufwachsen der Kinder ermöglichen. Das gilt insbesondere, wenn ärztlicherseits ein Hilfebedarf jenseits medizinischer Maßnahmen auszumachen ist.

Bei unklarem Verdacht auf Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung (letztere auch unbewusst durch Eltern) ist es mitunter ratsam, diesen Verdacht nicht im ersten Gespräch zu äußern. Es bietet sich an, das Kind in kürzeren Abständen wiederzubestellen. Auf diese Weise erlangt man über einen längeren Zeitraum ein Bild über den Gesundheitszustand des Kindes und kann die Vertrauensbeziehung zur Familie festigen.

Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, ist nach § 4 Abs. 1 KKG im Regelfall mit den Eltern die Situation zu erörtern. Eine Ausnahme besteht nur, wenn durch Gespräche mit den Eltern der wirksame Schutz des Kindes in Frage gestellt oder sogar vereitelt würde. Das kann z. B. bei ganz akuten Gefährdungen oder auch bei sexuellem Missbrauch in Betracht kommen. Ggf. ist hier zunächst der Schutz des Kindes bzw. des Jugendlichen sicherzustellen (vgl. Kooperation mit anderen Institutionen). Wird auf das Gespräch mit den Eltern (zunächst) verzichtet, sollte das auf jeden Fall begründet und dokumentiert werden.

Für das Gespräch mit den Eltern ist eine verurteilungsfreie und wertneutrale Haltung gegenüber den Eltern (auch gegenüber potentiellen Tätern) hilfreich. Das gelingt am besten, wenn die Sorge um das Kind im Mittelpunkt steht. Eine offene Gesprächsführung unterstützt die Vertrauensbeziehung, die Voraussetzung jeder Hilfebeziehung ist.

Gesprächsinhalt ist zum einen, den Eltern die Gefährdungssituation für das Kind zu verdeutlichen. Das beinhaltet die klare Aussage, dass und warum Anlass zur Sorge besteht. Ziel dabei ist, die Personensorgeberechtigten für ein gemeinsames Vorgehen zur Unterstützung ihres Kindes zu gewinnen. Ärztlicherseits angestrebte Interventionsziele sollten fallbezogen kurz- bis mittelfristig ausgerichtet sein. Zudem geht es darum, Vorbehalte der Eltern gegenüber dem Jugendamt oder weiteren Hilfsangeboten abzubauen und sie ggf. zur Inanspruchnahme dieser Leistungen für sich und ihr Kind zu motivieren. Dafür ist es für den Arzt/Psychotherapeuten hilfreich, die Unterstützungsangebote für Familien vor Ort zu kennen. So können Familien im besten Fall gezielt vermittelt werden.

Zum anderen dient das Gespräch mit den Eltern der Ressourcenabklärung und der Gefährdungseinschätzung.

1. Sehen die Eltern auch eine Gefahr für ihr Kind?
2. Sind sie bereit und/oder in der Lage diese abzuwenden?
3. Welche Ressourcen stehen dafür zur Verfügung bzw. können genutzt werden?
4. Sind sie bereit und in der Lage, dafür erforderliche Hilfe in Anspruch zu nehmen?

Problemeinsicht und -akzeptanz sowie Hilfeakzeptanz und die Fähigkeit der Eltern, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, sind wesentliche Kriterien der Prognose für das Kind bzw. den Jugendlichen. Sie beeinflussen das Ergebnis der Gefährdungseinschätzung und somit auch die Handlungsentscheidung des Arztes/Psychotherapeuten.

Kommt der Arzt oder Psychotherapeut zum Ergebnis, dass die Einbeziehung weiterer medizinischer Einrichtungen oder eine Information des Jugendamtes erforderlich ist, müssen die Eltern darüber informiert werden. Es gilt der Grundsatz: Möglicherweise gegen den Willen, aber nicht ohne das Wissen der Eltern (siehe Punkt 6.8 – Datenschutz). Der notwendige Schritt sollte den Eltern eindeutig begründet werden.

Auch wenn es im Alltag der ärztlichen Praxis nicht einfach ist, sollten Aufklärungs- und Konfliktgespräche mit Eltern unter geeigneten Rahmenbedingungen stattfinden und ggf. auch inhaltlich vorbereitet werden. Dazu gehören insbesondere ausreichende Gesprächszeiten und keine (telefonischen) Unterbrechungen.

6.6. Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Professionen

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefährdungen ist ein vielschichtiges Thema. Ärzte/Psychotherapeuten können dabei schnell an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stoßen. So löst die medizinische Behandlung des Kindes nicht innerfamiliäre Konflikte und Problemlagen, die ursächlich für Gefährdungsmomente sein können. Für die Diagnosesicherung eines möglichen Hilfebedarfs oder einer vermuteten Kindeswohlgefährdung sind Kenntnisse aus verschiedenen Lebensbezügen des Kindes hilfreich, die sich nicht allein aus der medizinischen Praxis heraus gewinnen lassen. Das Dilemma zwischen Schweigepflicht, Gefahrenabwehr und anderweitigen Alternativen ist allein ungleich schwerer zu lösen und zu verantworten. Der Arzt/Psychotherapeut muss letztlich schwerwiegende und weitreichende Entscheidungen unter Umständen mit unvollständigen Informationen, d. h. unter Risiko, treffen. Da ist es hilfreich und entlastend Ansprechpartner an der Seite zu wissen.

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Professionen

Erfolgversprechender Kinderschutz – so zeigen auch Analysen problematischer Kinderschutzfälle – beruht weniger auf mehr parallel laufenden Hilfen, als in der Verzahnung der bestehenden lokalen Hilfsangebote. So werden in Deutschland, insbesondere befördert durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen, lokale Netzwerke Frühe Hilfen/Kinderschutz auf- bzw. ausgebaut.

Diese interdisziplinären Netzwerke fördern insbesondere den Wissenstransfer über regionale Angebote. Sie helfen Angebotslücken zu schließen, Hilfsangebote für Eltern zugänglich zu machen und Abläufe bzw. Schnittstellen bei der Fallvermittlung zu klären. Bei der Entscheidungsfindung im Einzelfall können multidisziplinäre Fallberatungen sehr hilfreich sein. In Thüringen sind insbesondere die Netzwerke Frühe Hilfen präventiv ausgerichtet. D. h. sie zielen darauf ab, Belastungen abzubauen bzw. Risiken zu mildern, damit Gefährdungen vermieden werden.

Für den Arzt/Psychotherapeut bedeutet die Beteiligung an den lokalen Netzwerken sicher zunächst einmal einen Aufwand, der bisher nicht finanziell honoriert wird. Eine Verpflichtung zur Beteiligung des Gesundheitswesens lässt sich allenfalls aus § 3 Abs. 2 KKG ableiten. Die Rechtsnorm hat allerdings eher auffordernden Charakter, als rechtliche Bindungskraft. Jedoch wird eine Beteiligung oder zumindest Anbindung empfohlen, um sich die angeführten Ressourcen zu erschließen. Eine Anbindung kann auch über lokale Qualitätszirkel oder Stammtische erfolgen. Ärzte/Psychotherapeuten sind geschätzte Partner in den lokalen Netzwerken.

In wieweit Netzwerkarbeit gelingen kann, hängt insbesondere davon ab, wie die folgenden Rahmenbedingungen ausgefüllt werden.

- **Stetige Weiterentwicklung einer gemeinsamen Haltung zum Kinderschutz:** Die Beteiligten verstehen sich als Partner in einer Verantwortungsgemeinschaft für den Kinderschutz. Sie reflektieren verschiedene Präventionsstufen im Kinderschutz und verbinden

konkrete Maßnahmen mit diesen. Sie werben bei Eltern für eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen.

- **Wissen um die Leistungen der anderen Netzwerkpartner:** Die Netzwerkpartner kennen die Angebote und Arbeitsweisen der anderen Netzwerk Beteiligten. Sie wissen um Möglichkeiten und Grenzen der Netzwerkpartner und können auf dieser Grundlage gezielt vermitteln. Sie legen untereinander Ansprechpartner und deren Erreichbarkeit fest.
- **Verbindliche Absprachen zur Kooperation:** Im Netzwerk werden verbindliche Absprachen zur Vorgehensweise bei der Einzelfallvermittlung (z. B. zum Datenschutz) und zur fallübergreifenden Zusammenarbeit (z. B. zur Qualitätssicherung) getroffen. In einer Kooperationsvereinbarung erklären die Beteiligten ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit.
- **Konsequentes Handeln im Kinderschutz:** Auf allen Präventionsstufen gilt: handeln statt warten!

Wichtige Partner in lokalen Netzwerken für Kinderschutz sind:

- Fachärzte
- Psychotherapeuten
- Vertreter von Kinderkliniken und deren Schutzgruppen
- Öffentlicher Gesundheitsdienst

Adressen für diese Partner sind im Serviceteil hinterlegt.

6.6.1. Die „insoweit erfahrene Fachkraft“

Zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos besteht gegenüber dem Jugendamt ein Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (§ 4 Abs. 2 KKG, § 8b SGB VIII).

Das sind Personen, die auf Grund ihrer Berufserfahrung in einschlägigen Arbeitsfeldern und/oder durch die Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungen besonders qualifiziert sind, Kindeswohlgefährdungen und die Wirksamkeit von in Betracht kommenden Hilfen einzuschätzen.

Sie beraten sowohl in Fragen zum Verfahren als auch im Rahmen einer Fallberatung bei der Abschätzung der Gefahr.

Fragen in diesem Kontext könnten z. B. sein:

- Erhärtet sich anhand der geschilderten Anhaltspunkte und Diagnosen der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?
- Wie sind Schweregrad, Intensität und Wiederholungsgefahr zu bewerten?
- Was sind die nächsten Schritte, um den Schutz des Kindes sicherzustellen bzw. die Gefährdung abzuwenden?
- Wie können die Eltern motiviert werden, notwendige Hilfe auch von anderen Institutionen anzunehmen?
- Welche Unterstützung gibt es vor Ort und kann hilfreich sein?
- Wie kann eine verbindliche Vereinbarung mit den Eltern aussehen?

- Muss das Jugendamt eingeschaltet werden, um den Schutz des Kindes wieder herzustellen?

Zum Schutz der Vertrauensbasis zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patienten/Klienten sind für eine Fallberatung mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft die Betroffenen Daten immer zu anonymisieren.

Die Kontaktdaten der insoweit erfahrenen Fachkräfte in der Region sind beim örtlichen Jugendamt zu erfahren.

6.6.2. Jugendamt

Das Jugendamt braucht als staatliche Behörde für sein Handeln immer eine Rechtsgrundlage. Kinderschutz findet im rechtlichen Spannungsfeld zwischen Elternrecht und Kinderrecht statt. In Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz (GG) ist das Elternrecht als Grundrecht verfassungsrechtlich verankert. Dort heißt es: „Pflege und Erziehung von Kindern sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“. Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Erziehung der eigenen Kinder bei den Eltern. Als Grundrecht ist das elterliche Erziehungsrecht besonders geschützt. Das staatliche Wächteramt bezieht sich auf alle staatlichen Institutionen, jedoch hat das Jugendamt als örtlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Letztverantwortung für jeden einzelnen Fall (Garantenstellung). Entsprechend kommen den lokalen Jugendämtern im Kinderschutz die Gesamtverantwortung und die zentrale Steuerungsverantwortung zur Gestaltung des Kinderschutzes zu.

Jugendamt

Als öffentliche Träger der Jugendhilfe setzen die Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte ein Bundesgesetz – das SGB VIII – in kommunaler Selbstverwaltung um. Daraus folgt, dass die Jugendämter klar abgegrenzte örtliche Zuständigkeiten haben und durchaus verschieden organisiert und strukturiert sein können. Dies ist insbesondere für Kliniken und Praxen bedeutsam, die Patienten aus unterschiedlichen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten behandeln. Es kann sich für Kliniken und Praxen ergeben, mit mehreren Jugendämtern zu kooperieren.

Ansprechpartner in Sachen Kindeswohl sind in aller Regel die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD). Sie sind für die Einschätzung und die Abwendung einer Kindeswohlgefährdung verantwortlich und erfüllen damit die Garantenstellung des Jugendamtes. Eine Meldung möglicher Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzmeldung) bei diesen Fachkräften löst den Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII aus. Meist sind die Mitarbeiter für bestimmte Regionen innerhalb des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt verantwortlich (Bezirkssozialarbeit). Für Ärzte/Psychotherapeuten ist es hilfreich, die Ansprechpartner vor Ort zu kennen. Wichtig ist es außerdem, die Erreichbarkeit und das Procedere bei Notfällen außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten des Jugendamtes zu klären. Teilweise unterhalten die Thüringer Jugendämter einen Bereitschaftsdienst nach Dienstschluss, an Wochenenden und an Feiertagen. Der Bereitschaftsdienst/das

Jugendamt ist zu diesen Zeiten i. d. R. über die Rettungsleitstellen zu erreichen.

Möchten Ärzte oder Psychotherapeuten zunächst das Gefährdungsrisiko unter sozialpädagogischen Aspekten mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft einschätzen, können sie ihren Beratungsanspruch nach § 4 KKG geltend machen. Sie haben demnach Anspruch auf eine anonyme Fallberatung mit einer besonders qualifizierten Fachkraft. Die Kontaktdaten können (vorab) beim Jugendamt erfragt werden.

Insbesondere zur fallübergreifenden bzw. fallunabhängigen Zusammenarbeit im Kinderschutz gibt es in den Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten lokale Netzwerke Frühe Hilfen/Kinderschutz. In diesen Netzwerken informieren sich die lokalen Fachkräfte gegenseitig über bestehende Angebote. In multiprofessionellen Gremien entwickeln sie die örtlichen Strukturen und Verfahren zum (präventiven) Kinderschutz weiter.

Die Koordinatoren der Netzwerke Frühe Hilfen/Kinderschutz finden sie unter: www.fruehehilfen-thueringen.de/kinderschutz/fruehe_hilfen/karte/.

Aufgabe des Jugendamtes ist es, Eltern dabei zu unterstützen, ihrer Erziehungsverantwortung besser gerecht zu werden. Dies tut es zunächst und vor allem durch das Angebot von Beratung und Hilfe (z. B. nach §§ 16 - 21, 27 - 35 SGB VIII) zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen. Die Annahme dieser primär- und sekundärpräventiven Angebote ist grundsätzlich freiwillig (Primär- bzw. Sekundärprävention; vgl. Schöne 2011).

Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, greift der Schutzauftrag des Jugendamtes gem. § 8a SGB VIII (Tertiärprävention). Der § 8a SGB VIII regelt als Verfahrensvorschrift die Vorgehensweise, die das Jugendamt umzusetzen hat. Zunächst wirkt es auch hier auf die freiwillige Annahme von Hilfen hin. Ist das Wohl eines Kindes gefährdet und sind die Eltern nicht in der Lage oder nicht gewillt, Hilfen zur Abwendung der Gefährdung ihres Kindes anzunehmen, muss das Jugendamt das Familiengericht anrufen (vgl. Punkt 2 - Kindeswohlgefährdung). Nur das Familiengericht kann Maßnahmen zur Gefahrenabwehr auch gegen den Willen der Eltern anordnen (§§ 1666, 1666a BGB).

Schutzauftrag des Jugendamtes gemäß § 8a SGB VIII

Bei Vorliegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist das Jugendamt berechtigt und verpflichtet, als vorläufige Schutzmaßnahme Kinder/Jugendliche nach § 42 SGB VIII in Obhut zu nehmen. D. h. das Jugendamt bringt Kinder und Jugendliche vorübergehend bei einer geeigneten Person oder in einer geeigneten Einrichtung unter. Eine geeignete Einrichtung kann bei einem entsprechenden Behandlungsbedarf im Einzelfall auch eine Klinik sein. Erfolgt eine Inobhutnahme gegen den Willen der Eltern muss das Jugendamt unverzüglich eine Entscheidung des Familiengerichtes einholen.

Das Familiengericht ist daher ein weiterer bedeutsamer Partner im Kinderschutz.

6.6.3. Familiengericht

Entscheidungen des Familiengerichtes regt das Jugendamt im Rahmen seines Schutzauftrages nach § 8a Abs. 2 SGB VIII an. Das Familiengericht wird auch angerufen, um die Entscheidung des Jugendamtes zu einer Inobhutnahme gegen den Willen der Eltern nach § 42 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII zu überprüfen. Grundsätzlich können sich auch andere Stellen (z. B. auch Ärzte/Psychotherapeuten) an das Familiengericht wenden. Das Familiengericht wird dann das Jugendamt in aller Regel hinzuziehen.

Entscheidungen des Familiengerichts

Das Familiengericht setzt nicht einfach die Anregungen des Jugendamtes um, sondern prüft unabhängig in eigener Zuständigkeit das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung. Bei der Kindeswohlgefährdung handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, d. h., dass der Begriff nicht einheitlich definiert ist, sondern im Einzelfall nach Tatbestandsmerkmalen geprüft werden muss.

Richtschnur für Entscheidungen des Familiengerichtes ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH FamRZ. 1956, S. 350 = NJW 1956, S. 1434). Demnach liegt eine Gefährdung des Kindeswohles dann vor, wenn das betroffene Kind oder der Jugendliche in seiner körperlichen, seelischen oder geistigen Entwicklung gegenwärtig und in einem solchen Maß gefährdet ist, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit hoher Sicherheit voraussehen lässt.

Die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung ist damit mit hohen Schwellen verbunden. In der multiprofessionellen Kooperation (z. B. Jugendamt, Schule, Kindertageseinrichtungen, Beratungsstellen, psychotherapeutische bzw. ärztliche Praxen, Kliniken) können unterschiedliche Interpretationen des Begriffes zu Irritationen und Missverständnissen führen. Dem kann durch einen offenen - vom Einzelfall unabhängigen - fachlichen Austausch begegnet werden.

Das Familiengericht muss bei bestehender Gefährdung eines Kindes (§ 1666 BGB), wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind die Gefahr abzuwenden, Maßnahmen zur Gefahrenabwehr treffen. Demnach sind entsprechende Entscheidungen unabhängig vom verschuldeten oder unverschuldeten Versagen der Eltern zu treffen. Die Möglichkeiten des Familiengerichtes sind (nicht abschließend) in § 1666 Absatz 3 BGB aufgeführt. Die gerichtlichen Maßnahmen können u. a. bis zum teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge gehen.

Das Familiengericht muss bei seinen Entscheidungen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nach § 1666a BGB beachten. Ausgehend von dem Grundsatz „Hilfe geht vor Eingriff“ wird das Familiengericht vor einem Eingriff in die elterliche Sorge, auf die Annahme von Hilfen (insbesondere des Jugendamtes nach §§ 27 - 35

SGB VIII) hinwirken oder diese verpflichtend anordnen.

6.6.4. Polizei und Staatsanwaltschaft

Weitere für den Kinderschutz relevante staatliche Institutionen sind Polizei und Staatsanwaltschaft. Als für Gefahrenabwehr bzw. Strafverfolgung zuständige Behörden haben sie einen eigenen Schutz- bzw. Ermittlungssauftrag. Dazu sind sie mit besonderen Befugnissen ausgestattet.

Insbesondere Gewalt gegen Kinder bzw. Missbrauch von Kindern stellen Officialdelikte dar. Erlangen Polizei oder Staatsanwaltschaft Kenntnis von solchen Delikten sind sie zu Ermittlungen verpflichtet. Die Ermittlungstätigkeit kann tiefgreifende Wirkungen auf den Hilfeprozess und weitreichende Konsequenzen für das Kind haben. Eltern erleben eine polizeiliche Anzeige durch Dritte in der Regel als Angriff und reagieren unter Umständen mit einer Abwehrhaltung. Dies wirkt sich auf das für den Hilfeprozess notwendige Vertrauen meist negativ aus. In Deutschland gilt allgemein der Grundsatz: Hilfe bzw. Gefahrenabwehr geht vor Strafverfolgung.

Für Ärzte und Psychotherapeuten besteht keine besondere, gesetzlich formulierte Pflicht, Misshandlungen anzuzeigen. Zwar ist ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung grundsätzlich zu bejahen, soweit jedoch sozialpädagogische, familientherapeutische oder andere unterstützende Maßnahmen eingeleitet worden sind und diese erfolgversprechend erscheinen, kann ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung im Einzelfall zurücktreten.

Somit liegt es in der Verantwortung des Arztes/Psychotherapeuten (und anderer Beteiligter, wie Mitarbeiter des Jugendamtes, anderer Einrichtungen/Dienste, aber auch den Eltern) das Einschalten der Polizei reflektiert abzuwägen. Es empfiehlt sich, eine solch schwerwiegende Entscheidung möglichst nicht unter Zeitdruck und nicht alleine (bspw. während des Nachtdienstes in der Notaufnahme) zu fällen. Ärzte/Therapeuten können die lokalen (multiprofessionellen) Fachkräfte nutzen, um den Fall zu beraten und gemeinsam zu entscheiden.

Bei sexuellem Missbrauch (insbesondere innerhalb der Familie) ist besondere Sensibilität geboten. Soll die Polizei in einem Missbrauchsfall/Misshandlungsfall eingeschaltet werden, empfiehlt es sich nach einem lokalen Experten bei der Polizei für solche Fälle zu fragen und mit diesem das Gespräch zu führen.

Einschalten der Polizei

Die grundsätzliche Entscheidung, die Polizei immer bzw. nie einzuschalten, ist nicht pauschal möglich. Es ist eine Abwägung der betroffenen Interessen des Einzelfalles und der Folgen des Handelns erforderlich, ähnlich § 9 Abs. 2 Berufsordnung für Ärzte der Landesärztekammer Thüringen (ThürBOÄ). Gegen ein pauschales Einschalten spricht der bereits erwähnte, mögliche negative Einfluss auf den (anzubahnenden) Hilfeprozess. Die gegenteilige Haltung – in keinem Fall die Polizei einzuschalten – kann verhindern, dass das Kind

später Leistungen aus dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) beziehen kann. Somit sind unter Umständen die Behandlung/Rehabilitation von lebenslangen Folgen für den Betroffenen nicht finanzierbar und mögliche Rentenleistungen aus dem OEG ausgeschlossen.

Für die Entscheidungsfindung sind folgende Kontrollfragen hilfreich:

- Welche Rechtsgüter (des Kindes/der Eltern) sind betroffen?
- Welche Bedeutung/welches Gewicht haben die Rechtsgüter gegenüber der Schweigepflicht/dem Behandlungserfolg?
- Wie konkret und gesichert sind die Anhaltspunkte für eine Straftat?
- Besteht Wiederholungsgefahr?
- Kann die Gefahr für das Kind auf andere Weise abgewendet werden?
- Welche Folge hat die Entscheidung für die eine oder andere Handlungsalternative auf die weitere Entwicklung bzw. das Eingreifen anderweitiger Hilfen?
- Welche Langzeitfolgen können sich aus der Misshandlung ergeben?

Die Möglichkeit der Erstattung einer Anzeige gegen Unbekannt sollte im Einzelfall erwogen werden.

Zur Abwehr einer konkreten, akuten Gefährdungssituation, die nicht anders abgewendet werden kann – etwa wenn sich ein hilfloses, verletztes Kind allein in einer Wohnung befindet – muss unverzüglich die Polizei eingeschaltet werden. Über die Notrufnummer 112 ist die Polizei Tag und Nacht erreichbar.

6.7. Dokumentation

Eine qualifizierte Dokumentation sichert die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen bei Diagnose und Gefährdungsabschätzung.

Denn gerade im Kinderschutzfall, wo Fehleinschätzungen mit hohen Risiken für betroffene Kinder und Jugendliche verbunden sein können, sind Klarheit, Eindeutigkeit und Verbindlichkeit von großer Wichtigkeit für alle Beteiligten. Zudem kann das Nichteinhalten von Verfahrenswegen und Standards strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Genaue Dokumentationen sind notwendig zur Überprüfung der Verdachtsdiagnose. Sie bilden die Basis der erforderlichen Gefährdungseinschätzung. Die medizinische Dokumentation kann ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt im Ermittlungs- oder Strafverfahren (auch gegen den Willen des Arztes durch Beschlagnahme!) herangezogen werden. Die Reproduzierbarkeit der Befunde sollte gewährleistet sein.

Verletzungen, Symptome, psychische Auffälligkeiten, sozialanamnestische Angaben u. a. Verdachtsmomente müssen präzise beschrieben und festgehalten werden. Pauschale Beschreibungen („multiple Prellungen“, „alte Hämatome“, Hautabschürfungen u. ä.) sind nicht sachdienlich und sollten vermieden werden. Jede einzelne Verletzung muss bezüglich Lokalisation, Größe, Formung und eventuell

Farbe beschrieben werden. Alterseinschätzungen von Verletzungen sollten begründet werden. Fotodokumente (mit Maßstab!) sind sehr wertvoll. Entsprechende Dokumentationsbögen sind den aktuellen Leitlinien zu entnehmen.

Neben der medizinischen Dokumentation sollte festgehalten werden:

- Schilderungen und Erklärungen zum Hergang
- Beobachtungen zur Interaktion zwischen Kind/Jugendlichen und Begleitperson/Eltern
- Alle Auffälligkeiten (auch solche, die die Verdachtsmomente nicht erhärten)
- Eigene Erläuterungen und Hinweise an die Familie einschließlich unterbreiteter Hilfen
- Alle Abwägungs- und Entscheidungsprozesse (Ergebnisse der Gefährdungseinschätzung, Einbeziehung oder Nichteinbeziehung weiterer Ressourcen), einschließlich der Entscheidung zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt → Zum Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung sind mögliche Ablaufschemata für die ärztliche Praxis bzw. den stationären Bereich im Anhang Seite 93 dargestellt.

Folgende Grundsätze sollten Sie dabei beachten:

- Fakten und Aussagen sollten so genau wie möglich festgehalten werden (wichtige Angaben am besten wortwörtlich!)
- Handlungsschritte und insbesondere und getroffene Entscheidungen sind auch für Dritte (Fachkollegen, Jugendamt, Familiengericht) nachvollziehbar darzustellen

Wesentlich ist die deutliche Trennung von Wahrnehmung (objektiven Fakten) und Interpretation (Hypothesen und handlungsauslösenden Bewertungen).

6.8. Datenschutz

Damit Hilfe und Unterstützung insbesondere auch belastete Familien erreicht und Maßnahmen des Kinderschutzes lückenlos greifen, sollen Fachkräfte aus Gesundheitsdiensten und Jugendhilfe kooperieren. Kooperation erfordert Kommunikation. Bei dem für die Zusammenarbeit nötigen intensiven Austausch treten auch Fragen zum Datenschutz auf.

Vertraulichkeit ist elementar für den Aufbau und Erhalt von Hilfebeziehungen. Das gilt für das Gesundheitswesen ebenso wie in der Jugendhilfe. Datenschutzrechtliche Regelungen dienen dem Schutz dieser Vertrauensbeziehung. Grundsätzlich sind im Rahmen der Berufsausübung erlangte personenbezogene Daten vor der unbefugten Weitergabe geschützt und ein Verstoß gegen diese Bestimmungen unter Strafe gestellt (vgl. § 203 StGB). Die Weitergabe ist nur zulässig, wenn es gesetzlich ausdrücklich erlaubt oder durch den überwiegenden Schutz anderer Rechtsgüter gerechtfertigt ist (siehe auch § 9 Abs. 2 Berufsordnung der Ärzte der LÄK Thüringen). In folgenden Fällen ist eine Datenweitergabe möglich:

**Kinderschutz braucht
Datenschutz**

1. Weitergabe mit Einwilligung der Betroffenen

Ist die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt oder eine andere Stelle hilfreich, um weitere Unterstützung für die Familien zu erhalten, können Personensorgeberechtigte den Arzt/Therapeuten von der Verschwiegenheitspflicht entbinden (Schweigepflichtentbindungserklärung). In einem solchen Fall sollte im Elterngespräch um das Einverständnis für die Datenweitergabe geworben werden.

Gibt es einen begründeten Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und ist aus diesem Grund die Information an das Jugendamt oder eine weitere Stelle geboten, ist für eine weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit die Einwilligung der Betroffenen ebenfalls die beste Lösung.

Eine Schweigepflichtentbindung muss qualifiziert erfolgen. Für den oder die Einwilligenden muss ganz konkret ersichtlich sein, wer welche Informationen zu welchem Zweck bekommt. In der Regel bedarf es der Schriftform (vgl. § 4a ThürDSG, § 67b SGB X)

2. Weitergabe von Informationen ohne Einwilligung

Vertrauensschutz ist ein hohes Gut, doch im Zweifel gilt: Kinderschutz vor Datenschutz!

Eine Befugnis zur Informationsweitergabe an das Jugendamt gem. § 4 KKG besteht, wenn:

- ein begründeter Verdacht (gewichtige Anhaltspunkte) auf Kindeswohlgefährdung vorliegt
Zur Abklärung sind eine sorgfältige (fach)ärztliche Diagnose und die Berücksichtigung aller Umstände einschließlich Gespräch mit dem Kind, den Eltern und ggf. vorheriger Vorkommnisse erforderlich.
- der mit eigenen fachlichen Mitteln nicht abgewendet werden kann und
- das Kindeswohl nur durch das Einbinden anderer Stellen gesichert werden kann (z. B. bei fehlender Compliance der Personensorgeberechtigten oder akuter Gefahr für Leib und Leben des Kindes oder Jugendlichen).

Es ist eine Interessenabwägung zwischen Schutz des Kindeswohls und des Rechts von Eltern und Kind auf informationelle Selbstbestimmung vorzunehmen. Dabei kann das vom Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen entwickelte „**Ablaufschema für die Prüfung einer Weitergabe ohne Einwilligung**“ für ein strukturiertes Vorgehen hilfreich sein.

<u>Einschätzung der Gefährdungssituation (Gefährdungspotentials, Grad der Gewissheit)</u>					
Wie hoch schätzen Sie die Beeinträchtigungen für das Kind ein, die von der Gefährdung (potenziell) ausgehen? 1 – eher gering; 2- gering; 3 – eher stark, 4 – stark; 5 – sehr stark	1	2	3	4	5
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Einschätzung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt? 1 – unsicher; 2- etwas unsicher; 3 – ziemlich sicher, 4 – sicher; 5 – sehr sicher	1	2	3	4	5
Tragfähigkeit der Hilfebeziehung (eigene Hilfemöglichkeiten, Belastbarkeit der Beziehung) Wie gut ist es möglich, mit den eigenen beruflichen Hilfemöglichkeiten die Gefährdung abzuwenden? 1 – gut; 2- eher gut; 3 – eher schlecht, 4 – schlecht; 5 – sehr schlecht	1	2	3	4	5
Kann im Hinblick auf die Gefährdung verantwortet werden, die bestehende Hilfebeziehung zur Patientin bzw. zum Adressaten für das (weitere) Werben für die Inanspruchnahme weitergehender Hilfe zu nutzen? 1 – gut; 2- eher gut; 3 – eher schlecht, 4 – schlecht; 5 – sehr schlecht	1	2	3	4	5
➔ Liegen alle vier Einschätzungen im Bereich 3 bis 5, ist eine Informationsweitergabe ohne Einwilligung sinnvoll und zulässig. Wenn keine andere Möglichkeit besteht, die Gefährdung abzuwenden, ist sie sogar geboten. ➔ In allen anderen Fällen bedarf es der weiteren Klärung und einer vorherigen Einwilligung der Beteiligten im Familiensystem.					
In Anlehnung an: Guter Start ins Kinderleben der Uniklinik Ulm (Prof. Dr. Jörg M. Fegert/PD Dr. Ute Ziegenhain), gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (Dr. Thomas Meysen/Lydia Schönecker/Hanne Stürtz), BZGA-13-01752_NZFH_Datenschutz.indd Abs1:42, 04.07.13 16:32					

In Einzelfällen kann die Abschätzung dennoch schwierig sein. Hier bietet sich eine fachliche Beratung durch spezialisierte Fachkräfte, wie lokale Kinderschutzfachgruppe an der Klinik, der TAKS oder insoweit erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe an.

Grundsätzlich müssen die Betroffenen vor der Weitergabe der Informationen darüber informiert werden!

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht, wenn der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen durch die Information in Frage gestellt würde (z. B. bei akuter Gefährdung oder bei sexuellem Missbrauch.)

Die Weitergabe von Informationen ohne Einwilligung ist auch dann straffrei möglich, wenn eine akute Gefahr gegenwärtig vorliegt (die Gefahr noch nicht vergangen ist) und diese nicht anders beseitigt werden kann (§ 34 StGB – Rechtfertigender Notstand, § 9 Berufsordnung der Ärzte LÄK Thüringen).

Selbst wenn sich im Nachhinein der angezeigte Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nicht bestätigt, besteht dennoch Straffreiheit (vgl. KG, Urt. vom 27.06.2013 – 20 U 19/12). Die Voraussetzungen für die Informationsweitergabe an Jugendamt oder Polizei sind mit dem begründeten Verdacht gegeben.

Ärzten und Psychotherapeuten steht gegenüber Polizei und Gericht das Zeugnisverweigerungsrecht (vgl. § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO) zu, sofern es sich um die Offenbarung eines Wissens handelt, das ihm bei der Ausübung des ärztlichen Berufes anvertraut oder bekannt wurde.

Das Jugendamt ist aufgrund seiner Datenschutzvorschriften (vgl. §§ 64, 65 SGB VIII) nicht berechtigt, an informierende Stellen eine Rückinformation zum weiteren Fallverlauf zu geben. Es sei denn, die Betroffenen haben dazu ausdrücklich ihr Einverständnis erteilt. Im Sinne einer weiteren Unterstützung lohnt es sich deshalb im Vorfeld, um die Mitwirkung und das Einverständnis der Familie zu werben.

7. Probleme der multiprofessionellen Kooperation

7.1. Probleme zwischen Kinderschutz, Therapie und Ermittlung bzw. Strafverfolgung

Unter dem Schlagwort “Helfen statt Strafen” wurde seit den siebziger Jahren die Intervention bei Kindesmisshandlung verlagert vom straforientierten Vorgehen hin zur Entwicklung angemessener therapeutischer Angebote, bei denen Kindesmisshandlung als Krisen- und Beziehungsproblem innerhalb der Familie angesehen wird.

Trotz dieser für die Betroffenen sinnvollen Entwicklung wäre es gefährlich, einen Gegensatz zwischen Kinderschutz und Therapie zu konstruieren. Kinderschutz und Strafverfolgung sind als vorrangige Interventionsform notwendig bei:

- schwerer körperlicher Misshandlung (Lebensgefahr, bleibende körperliche Schäden)
- körperlicher Misshandlung mit hoher Wiederholungsgefahr
- schwerer Vernachlässigung (Lebensgefahr, schwere Entwicklungsstörungen)
- sexuelle Gewalt mit schweren psychischen Auffälligkeiten
- sehr jungen misshandelten und gewalterfahrenen Kindern
- unkooperativen Tätern und Sorgeberechtigten.

Bei diesen Misshandlungsformen ist Kinderschutz nicht durch Therapie zu ersetzen, sondern Garantie für eine erfolgreiche therapeutische Hilfe. Dieses verlangt in den genannten Fällen einerseits eine intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Jugendämtern und auch Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden.

7.2. Konflikte und Stellvertreterkonflikte zwischen Professionellen

Der mögliche Konflikt zwischen ärztlicher Schweigepflicht und der Notwendigkeit der Kooperation mit Jugendämtern und anderen Organisationen darf nicht zur Schädigung bzw. zur Gefährdung des Kindes führen. Aus diesem Grund muss die Kooperation zwischen Ärzten und anderen Berufen bei der Betreuung misshandelter Kinder weiter entwickelt werden.

Konflikte zwischen Professionellen

Die Intervention bei Kindesmisshandlung beinhaltet häufig, dass der Arzt/Psychotherapeut aus der Rolle des „Helfers“ heraustreten muss, um die Notwendigkeiten kindlicher Gesundheits- und Schutzbedürftigkeit gegenüber Eltern und Erziehungsberechtigten anzusprechen. Diese Gespräche werden von Fachleuten oft als unangenehm empfunden, sind für das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen aber unerlässlich.

Kooperation mit anderen Institutionen ist für den Arzt/Therapeuten immer mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden, der aber gerade bei Kindesmisshandlung zugunsten einer optimalen Betreuung notwendig ist.

Viele zunächst als genuine interprofessionelle Konflikte angesehene Probleme zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Institutionen sind häufig Stellvertreterkonflikte: Die beruflich mit dem Problem der Kindesmisshandlung Befassten identifizieren sich häufig mit den Betroffenen. So kann es z. B. zur Identifizierung mit der Mutter in einer Misshandlungsfamilie kommen, welche aus Angst vor Ehekonflikten eine Kindesmisshandlung deckt. Ebenso zur Identifizierung mit der Angst des betroffenen Kindes oder auch zur Übernahme der Meinung eines Familienangehörigen, dass Vorgänge innerhalb einer Familie niemanden außerhalb dieser Gemeinschaft etwas angehen. Werden solche Sichtweisen von den am multiprofessionellen Team Beteiligten unterschiedlich reflektiert, können sich interprofessionelle Konflikte entwickeln.

Es ist deshalb für den Erfolg einer multiprofessionellen Betreuung entscheidend, sich einen eigenen möglichst neutralen, sachlichen und fachlich kompetenten Standpunkt zu erarbeiten und zu vertreten, der letztendlich dem Schutz des Kindes dienen muss. Einer Instrumentalisierung für die Interessen einer Bezugsperson muss sich der Behandler widersetzen.

Neutraler Standpunkt

Auch sollten interprofessionelle Profilierungen, Ressentiments oder gar pekuniäre Interessen unbedingt in den Hintergrund gedrängt werden.

8. Probleme von Ärzten und Psychotherapeuten im Umgang mit Kindesmisshandlung

8.1. Identifikation mit dem Opfer

Ärzte und Psychotherapeuten, die misshandelte Kinder betreuen, identifizieren sich unter Umständen so stark mit dem Kind als Opfer, dass sie bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt den Eltern und Erziehungsberechtigten mit Ablehnung und Unverständnis gegenüber treten. Stattdessen ist es erforderlich, Verständnis für die Situation der Eltern zu entwickeln, wenn man den misshandelten Kindern, die trotz erlebter Traumatisierung ihre Eltern lieben, helfen will. Primäres Ziel des ärztlichen Handelns ist die Wahrung des Kindeswohls und nicht die Aufdeckung und Bekämpfung eines allgemeinen Gewaltproblems.

Identifikationsproblem

8.2. Hilflosigkeit

Ärzte und Psychotherapeuten sind bislang dazu ausgebildet, therapeutisch aktiv zu intervenieren. Sie finden es deshalb oft außerordentlich schwierig, die Hilflosigkeit zu ertragen, mit der man in Misshandlungssituationen konfrontiert wird. Therapeutische Veränderungen sind in Misshandlungsfamilien oft nur langsam, mühsam und in kleinen Schritten zu erzielen.

Eigene Hilflosigkeit

8.3. Problem der Verdrängung

Aufgrund der oben genannten persönlichen Probleme von Ärzten und Psychotherapeuten und der Schwierigkeit in der multiprofessionellen Zusammenarbeit ist es verständlich, dass gerade diese Fachgruppen die Möglichkeit einer Kindesmisshandlung oft verdrängen. Das Ausmaß der Verdrängung nimmt zu

- je weniger ein Arzt/Psychotherapeut persönlich mit dem Problem der Misshandlung umgehen kann
- je weniger ein Arzt oder Psychotherapeut fachlich über Diagnostik und Intervention bei Misshandlung informiert ist
- je geringer das multiprofessionelle Hilfsangebot für den Arzt oder Psychotherapeuten ist.

Im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Kinderschutzarbeit nicht-ärztlicher Berufsgruppen und den zunehmend zahlreicheren Einrichtungen, die speziell auf die Hilfe für misshandelte Kinder und deren Familien ausgerichtet sind, ist zu hoffen, dass es auch Ärzten und Psychotherapeuten in Zukunft leichter fallen wird, ihrer beruflichen und moralischen Verantwortung gerecht zu werden, und vermehrt dazu beizutragen, dass misshandelte Kinder angemessen therapiert und vor weiterem Schaden bewahrt werden können.

8.4. Diagnoseschwierigkeiten

Die Diagnose körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung und - in noch größerem Maße - sexueller Misshandlung beruht auf einem Muster von Indikatoren, die Ärzte/Psychotherapeuten diagnostizieren und in Zusammenhang bringen müssen. Es ist oft nicht das einzelne Symptom, sondern das Symptom im Kontext, das zur Diagnose von Kindesmisshandlung führt.

Die Diagnose von Kindesmisshandlung ist durch die folgenden Faktoren kompliziert:

- Die Diagnose umfasst nie nur medizinische, sondern auch Aspekte der Familie und der sozialen Situation.
- Die Diagnose ist oft nicht eindeutig und kann meist nicht allein vom niedergelassenen oder von den Krankenhausärzten bzw. Psychotherapeuten gestellt werden, Informationen von Kindergärten, Schulen und anderen Institutionen ergeben häufig erst ein vollständiges Bild. Für das Einholen von Informationen sind die Datenschutzbestimmungen zu beachten.
- Die Diagnose von Kindesmisshandlung, besonders von sexueller Gewalt, formt sich oft erst über einen längeren Zeitraum. Dieses erfordert von Ärzten/Psychotherapeuten, dass ein erster Verdacht ernst genommen, eventuell über Wochen, Monate und über mehrere Kontakte hin aufrechterhalten und weiter geprüft werden muss, bevor die Diagnose gestellt werden kann.
- Letztendlich ist es die Aufgabe des Jugendamtes, den Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch umfänglich zu prüfen und dabei die Erkenntnisse unterschiedlicher Lebenswelten (z. B. Information vom Arzt, Bericht der Kindereinrichtung, Erkenntnisse aus einem Hausbesuch usw.) zusammenzuführen. Aufgabe der Ärzte ist es, Verdachtsmomente zu erkennen und das Kind vor weiteren Gefahren zu schützen, aber nicht den Täter zu ermitteln.

Die Unsicherheit, ob spezifische Symptome bei kindlichen Patienten auf Kindesmisshandlung hindeuten, ist von Ärzten und Psychotherapeuten besonders, wenn sie in einer Einzelpraxis tätig sind, oft schwer zu ertragen. In dieser Situation brauchen Ärzte und Psychotherapeuten Ansprechpartner, mit denen sie sich über mögliche Verdachtsmomente bei Misshandlung austauschen können, um sich über den Realitätsgehalt der vorliegenden Verdachtsmomente klar werden zu können. Die Unsicherheit der Diagnose führt zugleich zu Stress und zu der Tendenz, entweder zu früh und panikartig zu intervenieren oder zu zögerlich zu handeln bzw. den Verdacht einer möglichen Misshandlung zu verdrängen.

Um diesen Gefahren nicht zu erliegen, ist es wichtig, folgende Aspekte zu beachten:

**Kontakt zu
Institutionen suchen**

- Jeder Verdacht von Misshandlung sollte dokumentiert werden. Die genaue fotografische Dokumentation ist erforderlich, um den ersten Verdacht festzuhalten (Status praesens) und um die Befunde zu einem späteren Zeitpunkt selbst oder durch andere (Gutachter) rekonstruieren zu können.
- Ärzte/Psychotherapeuten müssen über ihren Verdacht mit Ärzten/Psychotherapeuten oder anderen Professionellen reden können, bevor es zur Eröffnung und Intervention kommt. **Kontakt zu anderen Kollegen suchen**
Als beste Möglichkeit bietet sich die Kontaktaufnahme mit der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS) an der Universität Jena oder der Kinderschutzgruppe an der regionalen Kinderklinik an, die ärztlich multiprofessionell besetzt als zentrale Anlaufstelle für Verdachtsfälle von Kindesmissbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung dient. Die TAKS steht thüringenweit als Anlaufpunkt rund um die Uhr Ärzten, Psychotherapeuten, Mitarbeitern von Kinderschutzdiensten und Polizei zur Verfügung. Die zentrale Rufnummer lautet 03641/9322715.
Eine Konsultation mit dieser Institution kann Ärzten helfen, sich über die Möglichkeit einer Misshandlung Klarheit zu verschaffen.
- Gleichzeitig können solche Gespräche zur psychischen Entlastung für den Arzt/Psychotherapeuten beitragen.
- In Gemeinschaftspraxen und Kliniken ist es möglich, dass eine Konsultation innerhalb des ärztlichen Teams stattfindet, gegebenenfalls ist aber auch hier die Konsultation anderer Institutionen erforderlich. Einige Kinderkliniken in Thüringen haben Kinderschutzgruppen etabliert, die interdisziplinär besetzt sind und als regionale Ansprechpartner zur Verfügung stehen.
- Ebenfalls steht allen Ärzten und Psychotherapeuten die anonyme Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ des Jugendamtes zur Verfügung (siehe Punkt 6.6.1.)

8.5. Die Notwendigkeit, mit nicht-ärztlichen Stellen zusammenarbeiten zu müssen

Die ärztliche Ausbildung ist sehr stark auf individuelle Verantwortlichkeit und autonomes therapeutisches Handeln ausgerichtet. Die Kooperation mit anderen Stellen, besonders mit nicht-ärztlichen Einrichtungen, fällt Ärzten/Psychotherapeuten deshalb besonders schwer. Es gilt jedoch, sich vor Augen zu halten, dass die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Stellen aus therapeutischer und präventiver Sicht im Interesse misshandelter Kinder absolut notwendig ist.

8.6. Mangel an Rechtskenntnissen

Ärzte/Psychotherapeuten wollen therapeutisch handeln und nicht mit rechtlichen Problemen belastet werden. Andererseits ist das gesamte ärztliche Handeln stark mit dem geltenden Rechtssystem verknüpft. Die ärztliche Aus- und Weiterbildung beinhaltet deshalb auch die Vermittlung von notwendigen Rechtskenntnissen. **Rechtskenntnisse sind wichtig**

Auch bei typischen Kindesmisshandlungen gilt es, sich mit den rechtlichen Grundlagen zu befassen und diese zu berücksichtigen. Es wäre in schweren Fällen von Kindesmisshandlung und sexueller Gewalt unverantwortlich, die ärztliche Schweigepflicht als höheres Rechtsgut einzustufen. Bei schweren Misshandlungen ist es entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, ärztliche Aufgabe, zu anderen Stellen (Hilfsorganisationen, Jugendamt, Polizei) Kontakt aufzunehmen. Laut Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes aus dem Jahr 2008 sind Ärzte wie auch andere Geheimnisträger dazu befugt, bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Vernachlässigung, Misshandlung oder einen Missbrauch des untersuchten Kindes auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten das Jugendamt zu informieren. Diese Position wurde durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG), genauer durch §4 KKG bekräftigt.

9. Aufgaben für die Zukunft

Die vorliegende Schrift konnte die Komplexität der Thematik Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch aus ärztlicher und psychotherapeutischer Sicht nur cursorisch darstellen. Zentrales Anliegen der Verfasser ist es, die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft und Psychotherapeuten auf ihre Verantwortung zur Verbesserung der Vorbeugung von Kindesmisshandlung sowie deren Früherkennung und Betreuung der Betroffenen zu lenken.

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Landesärztekammer Thüringen „Gewalt gegen Kinder“ bekräftigt die Dringlichkeit von Lösungen zu nachstehenden Aspekten:

- Das epidemiologische Wissen um Kindesmisshandlungen und sexueller Gewalt ist in Deutschland unzureichend. Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass bei unklaren Todesfällen mehr Obduktionen angestrebt werden sollten. Interdisziplinäre Fallkonferenzen könnten Defizite evtl. weiter mindern.
- Epidemiologische Forschungen zur Thematik Kindesmisshandlung sexueller Gewalt und Vernachlässigung sollte ein hoher Stellenwert eingeräumt werden, wozu finanzielle Unterstützungen zählen.
- Die Folgen von Kindesmisshandlung für die körperliche und seelische Gesundheit des(r) Betroffenen sind zweifelsfrei als Krankheit, z. T. chronische Krankheit, anzusehen.
- Die Mitwirkung von Ärzten und Psychotherapeuten in den regionalen Netzwerken Frühe Hilfen kann ein wirksamer Beitrag zum Kinderschutz und zur Prävention von Kindeswohlgefährdung sein. Dazu müssen durch den Gesetzgeber aber auch die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

10. Allgemeine Literatur

AWMF, S1 Leitlinie: Verdacht auf Kindesmisshandlung – Bildgebende Diagnostik, Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Röntgengesellschaft (2014)

Baker, A. W., Ducan, S. P., Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse and Neglect* 9, 457-467, 1985

Banaschak, S., Ricarda A., Klein, A., Kindesmisshandlung im Strafverfahren – beweissichere Befunddokumentation und Spurensicherung. *Kindesmisshandlung und –vernachlässigung* 2003, 6: 158-176

Banaschak, S., Sexueller Mißbrauch von Kindern. In: *Handbuch gerichtliche Medizin*; B. Brinkmann, B. Madea (Hrsg.) 2003, Berlin, Heidelberg, New York, S. 1239 – 1266

Banaschak, S., Madea, B., Kindesmisshandlung. In: *Praxis Rechtsmedizin – Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*; B. Madea (Hrsg.) 2003, Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, S. 257 – 267

Baurmann, M. C., Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer. *Bundeskriminalität. Berichte des kriminalistischen Instituts*, Wiesbaden 1984

Breaker S., Wirtz-Weinrich, W., Sexueller Mißbrauch von Mädchen und Jungen. *Handbuch für Interventions- und Präventionsmöglichkeiten*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 1991

Brinkmann, B., Püschel, K., Mätzsch, T., Forensisch-dermatologische Aspekte des “Battered-child”-Syndrom. *Akt Dermatol* 5, 217-231. 1979

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. *Kindesmißhandlung und –vernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland*. BT-Drs, 10/5460 vom Mai 1986

BZGA, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 35, Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*; Bengel, J.; Meinders-Lücking, F.; Rottman, N.; Köln 2009

Creighton, S. J., An epidemiological study of abused children and their families in the United Kingdom between 1977 and 1982. *Child Abuse and Neglect* 9 441-448, 1985

Daro, D., Mitchel, L., Current trends in child abuse reporting and fatalities. The results of the 1989 annual fifty state survey. Working Paper No. 808, The National Centre of Child Abuse Prevention Research, March 1990

Deegener, G., Körner, W., (Hrsg.) *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Hogrefe 2005

De Gong, A. R., Hervada, A.R., Emmet, G. A., Epidemiologic variations on childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 7, 155-162, 1983

Eckernrode, J., Munsch, J., Powers J., Dorn J., The nature and substation of official sexual abuse reports. *Child Abuse and Neglect* 12, 311-320, 1998

Engfer, A., Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. Klinische Psychologie und Psychopathologie Band 39. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1986

Eulitz, R., Mißhandlung, Mißbrauch, Vernachlässigung von Kindern. Ärzteblatt Thüringen, Heft 8/95

Feldmann, W., Feldmann, E., Goddman, J. T. et al, Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. Paediatrics 88, 29-33, 1991

Finkelhor, D., A sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hills 1986

Friedman, B., Morse, C. W., Child abuse: a five-year follow-up of early case finding in the emergency department. Paediatrics 54, 404-410, 1974

Fürniss, T., Multiprofessionelles Handbuch der sexuellen Kindesmißhandlung – Organisation, Therapie und Rechtsintervention. Hogrefe, Göttingen 1992

Garbarino, J. et al, The psychologically battered child. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London 1989

Giebe, B., Kindesmißhandlung und sexueller Mißbrauch von Kindern – Dokumentation – Meldemöglichkeiten – Kriminalstatistik, Ärzteblatt Thüringen Heft 8/95

Gil, D. G., Violence against children. Cambridge 1970

Hauptmann, C., Laske, G., Lignitz, E., Kindesmißhandlung und –vernachlässigung in Ost-Berlin. Ein Vergleich der Jahre 1984, 1988 und 1989. Sozialpäd Klin Prax 14, 1992

Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., Dettmeyer, R., Kindesmisshandlung. Springer- Verlag. 2. Auflage, 2008, 2010

Herrmann, B., Navratil, F., Neises, M., Sexueller Missbrauch von Kindern. Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. Monatsschrift Kinderheilkunde 2002, 150: 1344 – 1356

Herrmann, B., Körperliche Misshandlung von Kindern - Somatische Befunde und klinische Diagnostik - Monatsschrift Kinderheilkunde 2002, 150: 1324 – 1338

Herrmann, B., Hautbefunde bei Kindesmisshandlung: Machen blaue Flecke krank? Monatsschrift Kinderheilkunde 2005, 153: 1077 - 1081

Independent Second Opinion Panel (ed.). Child sexual abuse: principles of good practice. Br J Hosp Med, Jan 1988, 54-61

Karliczek, S.-B., Kindesmißhandlung – Diagnostik – körperliche Mißhandlungszeichen, Ärzteblatt Thüringen Heft 8/95

Kempe, R. S., Kempe, Ch., Kindesmißhandlung. Klett-Kotta, Stuttgart 1980

Kessel, M., Goedecke, B., Laufer, M., Wolff, F., Kindesmißhandlung im Bezirk Magdeburg. Ergebnisse einer dreijährigen Studie. Kinderarzt 22, 1180-1184, 1991

Klaus, D., Mißhandlung, Mißbrauch, Vernachlässigung von Kindern. Ärzteblatt Thüringen, Heft 8/95

Knudsen, D. D., Duplicate reports of child maltreatment – a research note. Child Abuse and Neglect 13, 41-43, 1989

Körholz, D., Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen-Anhalt zu Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation, 2010

Koers, A. J., Kindesmißhandlung. Hintergründe und Praxis der Bekämpfung. Kinderarzt 16, 1361-1366, 1985

Krause, D., Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Sachsen-Anhalt zu Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation

Krugman, R. D., Child Abuse and Neglect: critical first steps in response to a national emergency. AJDC 145, 513-514, 1991

Külz, J., Müller, T., Jortzik, A., Kraus, K., Zur Problematik der Kindesmißhandlung und – vernachlässigung. Kinderärztliche Praxis 58, 635-643, 1990

Kullmer, Th., Eine methodenkritische Untersuchung zur medizinisch-statistischen Erforschung der Kindesmißhandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Z BevölkWiss 8, 243-282, 1982

Leventhal, J. M., Epidemiology of child abuse. In: Saunder, W. B., Baillierier Tridall (Hrsg) Understanding and managing of child sexual abuse. Harcourt Brace Jovanovich Group, Marrickville, NSW, Australia, S. 18-41, 1990

Mätzsch, T., Brinkmann, B., Püschel, K., Zur Epidemiologie und Kriminologie der Kindesmißhandlung in Hamburg 1968-1978. Med Welt 31, 1342-1347, 1980

Matin, P., Bone sxintigraphy in the diagnosis and management of traumatic injury. Sem Nucl Med 23, 104-122, 1983

Olbing, K., Bachmann, K. D., Gross, R., (Hrsg). Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erziehungsberufe, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989

Olbing, H., Koers, A., Kindesmißhandlung. Was müssen Ärzte und vor allem Kinderärzte über die Diagnostik und die erforderliche Hilfe wissen? Sozialpädiatrie 13, Nr. 12, 1991

Ollenschläger, G., Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht – Aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer 1992, I: Formen und Häufigkeit, II: Diagnostik, III: Praktische Maßnahmen. In: Der Kinderarzt – Zeitschrift für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Mitteilungen des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e. V., Sonderdrucke aus den Heften 6, 7 und 8/93

Paul, D. M., The pitfalls which may be envountered during an examination für signs of sexual abuse. Med sci Law 30, 3-11, 1990

Pfeifer, E., Sozial-emotionale Störungen durch Kindesmißhandlung, Ärzteblatt Thüringen Heft 8/95

Pieterse, J. J., Van Urk, H., Maltreatment of children in the Netherlands. An update after ten years. *Child Abuse and Neglect* 13, 263-269, 1989

Püschel, K., Formen der Kindesmißhandlung unter forensischen Aspekten. *Monatsschr Kinderheilk* 134, 302-306, 1986

Püschel, K., Lieske, K., Kindervernachlässigung – eine “chronische Krankheit”. *Kassenarzt* 25, 44-55, 1985

Remmschmidt, H., Etwa 300.000 Kinder jährlich werden sexuell mißbraucht. *Deutsches Ärzteblatt* 84, 1473-1477, 1987

Retzlaff, J., (Hrsg), Gewalt gegen Kinder, Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger. Jungjohann Verlagsgesellschaft, Neckarsulm, München 1989

Russel, D. E. H., The incidence children. *Child Abuse and Neglect* 7, 133-146, 1983

Schwind, H. D., Baumann, J., Lösel, F. et al (Hrsg), Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. Analysen und Vorschläge der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). Band I-IV, Duncker & Humblot, Berlin 1990

Straus, M. A., Gelles, R. J., Steinmetz, S. K., Behind closed doors. Violence in the American family. Garden City/New York 1980

Strunk, P., Körperliche und seelische Mißhandlung von Kindern aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In: Wolf, R., Albrecht, H. J., Strunk, P., (Hrsg), Gewalt gegen Kinder. AGJ Verlag, Freiburg 1986

Stutte, H., Körperliche Selbstwertkonflikte als Verbrechensursache bei Jugendlichen. *Monatsschrift Kriminol. Strafrechtsreform* 40, 71-86, 1957

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Lenkungsgruppe „Wege aus häuslicher Gewalt“, Abschlussbericht AG „Kinder als Betroffene – Wege aus häuslicher Gewalt“ Thüringen 2005

Trube-Becker, E., Gewalt gegen das Kind. Kriminalistik Verlag, Wissenschaft & Praxis, Heidelberg 1982

Vizard, E., Incidence and prevalence of child sexual abuse. In: Ouson, J., (Hrsg), The consequences of child sexual abuse. London 1989

Weber, M., Kibben, S., Was stimmt da nicht? Sexueller Mißbrauch: Wahrnehmen und Handeln. Informationen und Anregungen für Kindergarten, Schule, Jugendarbeit. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Düsseldorf 1991

Wieden, J., bei der, Windaus, E., Wolff, R., Jenseits der Gewalt – Hilfen für mißhandelte Kinder. Stroemfeld, Basel 1986

Spezielle Literatur zur Problematik Häusliche Gewalt

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.(Hrsg.) (2004). Projekt PräGT. Ein Praxisleitfaden zur Prävention von häuslicher Gewalt in Kindertagesstätten. (Art.Nr. 02042)

ASD (2004). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialdienst. Kindler, H., Lillig, S. & Blumel, H. (Hrsg.) http://cgi.dji.de/5_asd/ASD-Handbuch/ASD_Inhalt.htm

Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (BIG e.V.). Video: Kennst Du das auch? Wahre Geschichten von zu Hause. Kurze Animationsfilme für Kinder und Jugendliche zu Häuslicher Gewalt und Lösungsmöglichkeiten

BIG (2002) BiG e.V. Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen: Alte Ziele auf neuen Wegen: Ein neuartiges Projekt gegen Männergewalt stellt sich vor. Berlin

BMFSFJ & BMJ (Hrsg.) (2003). Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung

BMFSFJ (Februar 2002). 11. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland

Buskotte, A., Gewalt in der Partnerschaft. Ursachen – Auswege – Hilfen. Düsseldorf, Patmos Verlag 2007

dib (2003) Deutscher Juristinnenbund. Tätigkeitsbericht 2001-2003. www.djb.de/content.php/ggF_bericht2003.html

dkbs (o.J.) Kinder in Gewaltbeziehungen im Kontext des Gewaltschutzgesetzes, dem Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung und dem Kinderrechtsverbesserungsgesetz www.kinderschutzbund-nrw.de

Engelhardt, H. O., Offene Fragen zum Verfahrenspfleger. In: FamRZ, 2001, Heft 9, S.525 -529

Girzone, R., Kinder als ZeugInnen und Mitbetroffene. Vortrag zum gleichnamigen Workshop der Fortbildung „Gewaltdynamik – Interventionen – Begleitung betroffener Frauen am 22./23.Januar 2004. Zürich

Hannemann, A. & Kunkel, P. C., Der Verfahrenspfleger – das „unbekannte Wesen“. In: FamRZ, 2004, Heft 23, S.1833 -1838

Hellbernd, H., u.a., Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, Berlin 2003

Heynen, S., (2003). Häusliche Gewalt: direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder. www.karlsruhe.de/Jugend/Kinderbuero/download/pg.pdf

Jaffe, P., Wolfe, D. A. & Wilson, S. K. (1990). Children of battered women. London JMK (2002)

Kavemann, B., Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. In: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 3. Jahrgang, Heft 2/2000, S. 106-122

- Kavemann, B., (2001). Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt. In: Sozialdienst katholischer Frauen – Zentrale Dortmund – (Hg): Das Frauenhaus macht neue Pläne. Dokumentation Fachforum Frauenhausarbeit vom 14.-16.11.2000 in Bonn
- Kavemann, B., (2002). Gewalt gegen Männer – ein vernachlässigtes Problem? Vortrag zur Fachveranstaltung der FHVR Berlin 18.11.2002
- Kavemann, B.; Kreyssig, U. (Hrsg.), Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. VS Verlag, Wiesbaden 2006
- Kindler, H., Auswirkungen familialer Gewalt auf die kindliche Entwicklung. Vortrag im Fachkongress „Gewalttätige Familienkonflikte – Das Kind im Blick“. Herausforderungen und Perspektiven für die Jugendhilfe durch Gewaltschutzgesetz. Mainz 14.-15.07.2003
- TIM (2004). Leitlinien für die Thüringer Polizei „Polizeiliche Maßnahmen in Fällen häuslicher Gewalt“
- Meysen, T., Brücken vom Gewaltschutzgesetz zur Kinder und Jugendhilfe. Vortrag im Fachkongress „Die vergessenen Kinder bei Partnerschaftsgewalt“, Lüdenscheid 20.-21.11.2003
- MfAFGS: Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.)(2002). Erkennen und Prävention von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher im Land Sachsen-Anhalt. Magdeburg
- Moritz, H.P. (2004), Verfahrenspflegschaft nach 50 FGG („Der Anwalt des Kindes“) auf dem Prüfstand, zur praktischen Umsetzung einer Rechtsinstitution. Aachen
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und Landespräventionsrat Niedersachsen (2003). Arbeitshilfen für die interdisziplinäre Intervention
- Noak, U., Der Anwalt des Kindes. Neue Caritas 8, 2003 S. 28 – 30
- Noeker, M., Keller, K. M., Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschrift Kinderheilkunde 150.11 (2002): 1357-1369
- Oberloskamp, H., Rechtlicher Schutz für Kinder bei häuslicher Gewalt, ZfJ 91.Jahrgang Nr. 17 (2004) S. 267-274
- Ostbomk-Fischer, E., Das Kindeswohl im Ernstfall. Auswirkungen „häuslicher Gewalt“ auf die Psychosoziale Entwicklung von Kindern. Kind-Prax 1/2004, S. 8-14
- Rosenberg, Donna A, Web of deceit: a literature review of Munchhausen syndrome by proxy. Child Abuse & Neglect 11.4 (1987): 547-563
- Schreiner, J., Häusliche Gewalt, arbeitsspezifische Handlungsaufträge und Möglichkeiten der Kooperation aus Sicht des Jugendamtes. Referat. Fachtagung Jugendamt Reinickendorf 23.10.2002
- Wetzels, P., u.a., Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. (Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 8). Baden-Baden, Nomos 1997

ZfJ Nr. 7/8 (2004) S. 305-307. Elterliche Sorge §1671 BGB, Art.6 Abs. 2 Satz 1 GG.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Kinderschutz hat eine umfangreiche Bibliothek zum Thema. Dort kann man kostenfrei (per Fernleihe mit frankiertem Rückumschlag) Bücher ausleihen.

LAG Kinder- und Jugendschutz Thüringen e.V.

Johannesstr. 19

99084 Erfurt

Tel: 0361- 644 22 64

Fax: 0361- 644 22 65

11. Autoren

Dr. med. Sibylle Banaschak
Klinikum der Universität Köln
Institut für Rechtsmedizin
Kerpener Str. 62
50924 Köln

Dr. med. Christiane Becker
Ärztliche Geschäftsführerin
Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena

Dipl.-Päd. Cornelia Beer-Demisch
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
Mozartstr. 2
99423 Weimar

†Dr. med. Bernhard Blochmann
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –
psychotherapie
Stolberger Str. 57
99734 Nordhausen

Dr. paed. Rüdiger Bürgel
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
Petrinistr. 2
99084 Erfurt

Christian-Alexander Demisch
Arztpraxis Christian-Alexander Demisch
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –
psychotherapie
Mozartstr. 2
99423 Weimar

Univ.-Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt-
Wolke
Universitätsklinikum Jena
Kinderchirurgie
Erlanger Allee 101
07747 Jena

PD Dr. med. Roland Eulitz
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –
psychotherapie
FA für Kinder- und Jugendmedizin
Kefferhäuser Str. 47
37351 Dingelstädt

Dr. med. Bernd Lutter
ASKLEPIOS Fachkrankenhaus Stadtroda
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Bahnhofstr. 1a
07646 Stadtroda

Prof. Dr. med. Else-Gita Mall
Universitätsklinikum Jena
Institut für Rechtsmedizin
Fürstengraben 23
07743 Jena

Raphaela Oetter
TAKS-Koordinatorin
Soziologin
Erlanger Allee 101
07747 Jena

Ina Schairer
FA f. Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Kinderheilkunde
Goetheweg 7
07646 Stadtroda

Frau
Dipl.-Med. Ingrid Schlonski
FA für Kinder- und Jugendmedizin
OT Röppisch
Zur Quelle 6a
07549 Gera

Dipl.-Med. Karin Thrum
Praxis Dipl.-Med. Thrum
FA für Kinder- und Jugendmedizin
Hohe Str. 2b
98693 Unterpörlitz

Dr. med. Carsten Wurst
SRH Zentralklinikum Suhl GmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum
Albert-Schweitzer-Str. 2
98527 Suhl

Dana Weber
Rechtsreferentin
Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena

Dr. Ulrike Schramm-Häder
Pressesprecherin und Redakteurin des
Ärzteblattes Thüringen
Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena

Auszüge aus den wichtigsten gesetzlichen Regelungen mit Bezug zum Kinderschutz

Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 21. Oktober 1998 (Ärzteblatt Thüringen, Sonderheft 1/99, S. 1), zuletzt geändert durch Siebente Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 19. April 2012 (Ärzteblatt Thüringen, S. 376)

www.laek-thueringen.de

Gelöbnis

... Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. ...

§ 9 Schweigepflicht

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

Berufsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (BO-OPK) vom 26. November 2014

www.opk-info.de

§ 8 Schweigepflicht

- (2) ¹Soweit Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist, z. B. bei dem Verdacht einer Misshandlung, eines Missbrauchs oder einer schwerwiegenden Verwahrlosung insbesondere von Kindern. ²Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patienten und die Therapie zu entscheiden.
- (3) Ist die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt, so ist die betroffene Person darüber zu unterrichten.
- (4) Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere, oder wird er gefährdet, so haben Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz des Patienten, Schutz eines Dritten bzw. dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter zu ergreifen.

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Januar 2015 (BGBl. I S. 10) geändert worden ist.

www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf

§ 171 Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht

Wer seine Fürsorge- oder Erziehungspflicht gegenüber einer Person unter sechzehn Jahren gröblich verletzt und dadurch den Schutzbefohlenen in die Gefahr bringt, in seiner körperlichen oder psychischen Entwicklung erheblich geschädigt zu werden, einen kriminellen Lebenswandel zu führen oder der Prostitution nachzugehen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 174 Sexueller Mißbrauch vor Schutzbefohlenen

- (1) Wer sexuelle Handlungen
 1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,
 2. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Mißbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder
 3. an seinem noch nicht achtzehn Jahre alten leiblichen oder angenommenen Kind vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Wer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 1 bis 3
 1. sexuelle Handlungen vor dem Schutzbefohlenen vornimmt oder
 2. den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, daß er sexuelle Handlungen vor ihm vornimmt, um sich oder den Schutzbefohlenen hierdurch sexuell zu erregen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) Der Versuch ist strafbar.
- (4) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 oder des Absatzes 2 in Verbindung mit Absatz 1 Nr. 1 kann das Gericht von einer Bestrafung nach dieser Vorschrift absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens des Schutzbefohlenen das Unrecht der Tat gering ist.

§ 176 Sexueller Mißbrauch von Kindern

- (1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, daß es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen läßt.
- (3) In besonders schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr zu erkennen.
- (4) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer
 1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt,
 2. ein Kind dazu bestimmt, daß es sexuelle Handlungen an sich vornimmt,
 3. auf ein Kind durch Schriften (§ 11 Abs. 3) einwirkt, um es zu sexuellen Handlungen zu bringen, die es an oder vor dem Täter oder einem Dritten vornehmen oder von dem Täter oder einem Dritten an sich vornehmen lassen soll, oder

4. auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts oder durch entsprechende Reden einwirkt.
- (5) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer ein Kind für eine Tat nach den Absätzen 1 bis 4 anbietet oder nachzuweisen verspricht oder wer sich mit einem anderen zu einer solchen Tat verabredet.
- (6) Der Versuch ist strafbar; dies gilt nicht für Taten nach Absatz 4 Nr. 3 und 4 und Absatz 5.

§ 176a Schwerer sexueller Mißbrauch von Kindern

- (1) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft, wenn der Täter innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer solchen Straftat rechtskräftig verurteilt worden ist.
- (2) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren bestraft, wenn
 1. eine Person über achtzehn Jahren mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind,
 2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird oder
 3. der Täter das Kind durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.
- (3) Mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des § 176 Abs. 1 bis 3, 4 Nr. 1 oder Nr. 2 oder des § 176 Abs. 6 als Täter oder anderer Beteiligter in der Absicht handelt, die Tat zum Gegenstand einer pornographischen Schrift (§ 11 Abs. 3) zu machen, die nach § 184b Abs. 1 bis 3 verbreitet werden soll.
- (4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.
- (5) Mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren wird bestraft, wer das Kind in den Fällen des § 176 Abs. 1 bis 3 bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.
- (6) In die in Absatz 1 bezeichnete Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist. Eine Tat, die im Ausland abgeurteilt worden ist, steht in den Fällen des Absatzes 1 einer im Inland abgeurteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine solche nach § 176 Abs. 1 oder 2 wäre.

§ 176b Sexueller Mißbrauch von Kindern mit Todesfolge

Verursacht der Täter durch den sexuellen Mißbrauch (§§ 176 und 176a) wenigstens leichtfertig den Tod des Kindes, so ist die Strafe lebenslange Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren.

§ 180 Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger

- (1) Wer sexuellen Handlungen einer Person unter sechzehn Jahren an oder vor einem Dritten oder sexuellen Handlungen eines Dritten an einer Person unter sechzehn Jahren
 1. durch seine Vermittlung oder
 2. durch Gewähren oder Verschaffen von GelegenheitVorschub leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Satz 1 Nr. 2 ist nicht anzuwenden, wenn der zur Sorge für die Person Berechtigte handelt; dies gilt nicht, wenn der Sorgeberechtigte durch das Vorschubleisten seine Erziehungspflicht gröblich verletzt.
- (2) Wer eine Person unter achtzehn Jahren bestimmt, sexuelle Handlungen gegen Entgelt an oder vor einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, oder wer solchen Handlungen durch seine Vermittlung Vorschub leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) Wer eine Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Mißbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit bestimmt, sexuelle Handlungen an oder vor einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (4) In den Fällen der Absätze 2 und 3 ist der Versuch strafbar.

§ 182 Sexueller Mißbrauch von Jugendlichen

- (1) Eine Person über achtzehn Jahre, die eine Person unter sechzehn Jahren dadurch mißbraucht, daß sie
 1. unter Ausnutzung einer Zwangslage oder gegen Entgelt sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen läßt oder
 2. diese unter Ausnutzung einer Zwangslage dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Eine Person über einundzwanzig Jahre, die eine Person unter sechzehn Jahren dadurch mißbraucht, daß sie
 1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen läßt oder
 2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,und dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) In den Fällen des Absatzes 2 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, daß die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält.
- (4) In den Fällen der Absätze 1 und 2 kann das Gericht von Strafe nach diesen Vorschriften absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens der Person, gegen die sich die Tat richtet, das Unrecht der Tat gering ist.

§ 225 Mißhandlung von Schutzbefohlenen

- (1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die
 1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
 2. seinem Hausstand angehört,
 3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
 4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist,quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr
 1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
 2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklungbringt.
- (4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

§ 203 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, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
 4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.
 - 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
 6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelleanvertraut 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 oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, 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.
- (3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.
- (5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

§ 34 Rechtfertigender Notstand

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.

Sozialgesetzbuch V Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462.

Internet: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

§ 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

- (1) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1.

- (2) Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.

Sozialgesetzbuch VIII (SGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 8 des Gesetzes vom 21. Januar 2015 (BGBl. I S. 10).

Internet: www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/

§ 7 Begriffsbestimmungen

- (1) Im Sinne dieses Buches ist
 1. Kind, wer noch nicht 14 Jahre alt ist, soweit nicht die Absätze 2 bis 4 etwas anderes bestimmen,
 2. Jugendlicher, wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist,
 3. junger Volljähriger, wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist,
 4. junger Mensch, wer noch nicht 27 Jahre alt ist,
 5. Personensorgeberechtigter, wem allein oder gemeinsam mit einer anderen Person nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs die Personensorge zusteht,
 6. Erziehungsberechtigter, der Personensorgeberechtigte und jede sonstige Person über 18 Jahre, soweit sie auf Grund einer Vereinbarung mit dem Personensorgeberechtigten nicht nur vorübergehend und nicht nur für einzelne Verrichtungen Aufgaben der Personensorge wahrnimmt.
- (2) Kind im Sinne des § 1 Absatz 2 ist, wer noch nicht 18 Jahre alt ist.
- (3) (weggefallen)
- (4) Die Bestimmungen dieses Buches, die sich auf die Annahme als Kind beziehen, gelten nur für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 8 Beteiligung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.
- (2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.
- (3) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Beratung ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten, wenn die Beratung auf Grund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde. § 36 des Ersten Buches bleibt unberührt.

§ 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

- (1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt

zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

- (2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
- (3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.
- (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.
- (5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

§ 8b Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

- (1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.
- (2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger, haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien
 1. zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie

2. zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten.

§ 42 Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

- (1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn
 1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
 2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
 - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
 - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
 3. ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nummer 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

- (2) Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme die Situation, die zur Inobhutnahme geführt hat, zusammen mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen.
Dem Kind oder dem Jugendlichen ist unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen. Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen; § 39 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Das Jugendamt ist während der Inobhutnahme berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind; der mutmaßliche Wille der Personensorge- oder der Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen.
- (3) Das Jugendamt hat im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Widersprechen die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich
 1. das Kind oder den Jugendlichen den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zu übergeben, sofern nach der Einschätzung des Jugendamts eine Gefährdung des Kindeswohls nicht besteht oder die Personensorge oder Erziehungsberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden oder
 2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen.
Sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, so gilt Satz 2 Nummer 2 entsprechend.
Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 ist unverzüglich die Bestellung eines Vormunds oder Pflegers zu veranlassen. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme nicht, so ist unverzüglich ein Hilfeplanverfahren zur Gewährung einer Hilfe einzuleiten.

- (4) Die Inobhutnahme endet mit
 1. der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten,
 2. der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch.
- (5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.
- (6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

Grundgesetz

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100- 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist.

Internet: www.gesetze-im-internet.de/gg/

Art 6

- (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.
- (4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.
- (5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975)

Internet: www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/kkg/

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

- (1) Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder und Jugendlichen sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

- (3) Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft ist es, soweit erforderlich, Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, damit
 1. sie im Einzelfall dieser Verantwortung besser gerecht werden können,
 2. im Einzelfall Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt werden und
 3. im Einzelfall eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen vermieden oder, falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden kann.
- (4) Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).

§ 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

- (1) Eltern sowie werdende Mütter und Väter sollen über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden.
- (2) Zu diesem Zweck sind die nach Landesrecht für die Information der Eltern nach Absatz 1 zuständigen Stellen befugt, den Eltern ein persönliches Gespräch anzubieten. Dieses kann auf Wunsch der Eltern in ihrer Wohnung stattfinden. Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, bezieht sich die in Satz 1 geregelte Befugnis auf die örtlichen Träger der Jugendhilfe.

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

- (1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.
- (2) 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.
- (3) Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, soll die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Die Beteiligten sollen die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

- (4) Dieses Netzwerk soll zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird. Die Ausgestaltung der Bundesinitiative und des Fonds wird in Verwaltungsvereinbarungen geregelt, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit den Ländern schließt.

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

- (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.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Juli 2014 (BGBl. I S. 1218)

Internet: www.gesetze-im-internet.de/bgb/

§ 1631 Inhalt und Grenzen der Personensorge

- (1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.
- (2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.
- (3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

§ 1666 [Gefährdung des Kindeswohls durch Eltern oder Dritte]

- (1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.
- (2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.
- (3) Das Gericht kann Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge ersetzen.
- (4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

§ 1666a [Zulässigkeit der Trennung des Kindes von den Eltern; Entzug des Sorgerechts]

- (1) Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Dies gilt auch, wenn einem Elternteil vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Nutzung der Familienwohnung untersagt werden soll. Wird einem Elternteil oder einem Dritten die Nutzung der vom Kind mitbewohnten oder einer anderen Wohnung untersagt, ist bei der Bemessung der Dauer der Maßnahme auch zu berücksichtigen, ob diesem das Eigentum, das Erbbaurecht oder der Nießbrauch an dem Grundstück zusteht, auf dem sich die Wohnung befindet; Entsprechendes gilt für das Wohnungseigentum, das Dauerwohnrecht, das dingliche Wohnrecht oder wenn der Elternteil oder Dritte Mieter der Wohnung ist.
- (2) Die gesamte Personensorge darf nur entzogen werden, wenn andere Maßnahmen erfolglos geblieben sind oder wenn anzunehmen ist, dass sie zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichen.

Thüringer Kinder- und Jugendhilfe-Ausführungsgesetz (ThürKJHAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Februar 2009 (GVBl. 2009, 1)

Internet: www.landesrecht-thueringen.de

§ 20 Kinder- und Jugendschutz

- (1) Kinder und Jugendliche sind vor körperlicher und seelischer Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch und Gewalt zu schützen.
 - (2) Schwangere Frauen, Mütter und Väter sollen frühzeitig bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Pflege, Bildung und Erziehung ihrer Kinder unterstützt werden, Risiken für das gesunde Aufwachsen von Kindern soll rechtzeitig begegnet und bei konkreten Gefährdungen des Kindeswohls konsequent durch wirksame frühe Förderung und rechtzeitige Hilfen für den notwendigen Schutz des Kindes gesorgt werden. Insbesondere sollen die zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten sowie zur Bewältigung besonderer Belastungen oder individueller Beeinträchtigungen der Schwangeren und der Personensorgeberechtigten erforderlichen Beratungen und Hilfen, bei Bedarf auch Leistungsträger übergreifend, möglichst frühzeitig und niedrigschwellig angeboten werden.
 - (3) Für das Erreichen der in Absatz 2 genannten Ziele stehen unter anderem ausgebildete Familienhebammen als Ansprechpartner zur Verfügung. Bei erkennbaren Risiken im Sinne des § 8 a SGB VIII wirken diese darauf hin, dass die notwendigen Unterstützungs- und Schutzmaßnahmen erfolgen.
- (Absätze 4 bis 11 nicht abgedruckt)

Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (ThürFKG) vom 16. Dezember 2008 (GVBl. 2008,553)
 Internet: www.landesrecht.thueringen.de

§ 10 Zusammenarbeit von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe

- (1) Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Krankenhäuser und der öffentliche Gesundheitsdienst arbeiten eng mit allen für das Kindeswohl Verantwortlichen, insbesondere mit den Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe, mit Beratungs- und Frühförderstellen, Familienzentren und Kindertageseinrichtungen zusammen.
- (2) Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit achten Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger auf Hinweise für Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. Zeigen sich gewichtige Anhaltspunkte für eine Vernachlässigung, Misshandlung oder einen Missbrauch des untersuchten Kindes, sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren.

Thüringer Datenschutzgesetz (ThürDSG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2012, zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 8. August 2014 (GVBl. S. 539, 544)
 Internet: www.landesrecht.thueringen.de

§ 4 Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung

- (1) Die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nur zulässig, wenn dieses Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder anordnet oder soweit der Betroffene eingewilligt hat. Im Falle der Einwilligung ist die Verarbeitung oder

Nutzung personenbezogener Daten nur zulässig, wenn dies zur Erfüllung anerkannter Zwecke erforderlich ist.

- (1a) Eine Verknüpfung personenbezogener Daten aus verschiedenen Erhebungen ist nur dann zulässig, wenn sie zur Erfüllung der Aufgaben der Daten verarbeitenden oder nutzenden Stelle erforderlich ist, sie den der ursprünglichen Erhebung zugrunde liegenden Verwendungszweck nicht verändert oder ausweitet und schutzwürdige Belange des Betroffenen dem nicht entgegenstehen.
- (2) Einwilligung ist die auf freiwilliger Entscheidung beruhende Willenserklärung des Betroffenen, einer bestimmten, seine personenbezogenen Daten betreffenden Verarbeitung oder Nutzung zuzustimmen.
- (3) Wird die Einwilligung bei dem Betroffenen eingeholt, ist er auf den Zweck und den Umfang der Verarbeitung oder Nutzung und die voraussichtliche Dauer der Speicherung seiner Daten, auf seine Rechte auf Auskunfterteilung, Berichtigung und Löschung sowie auf Verlangen auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung bedarf der Schriftform oder der elektronischen Form mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (§ 2 Nr. 3 des Signaturgesetzes vom 16. Mai 2001 BGBl. I S. 876 - in der jeweils geltenden Fassung), soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist die Einwilligungserklärung im äußeren Erscheinungsbild der Erklärung hervorzuheben.
- (4) Im Bereich der wissenschaftlichen Forschung liegt ein besonderer Umstand im Sinne von Absatz 3 Satz 2 auch dann vor, wenn durch die Schriftform der bestimmte Forschungszweck erheblich beeinträchtigt würde. In diesem Fall sind der Hinweis nach Absatz 3 Satz 1 und die Gründe, aus denen sich die erhebliche Beeinträchtigung des bestimmten Forschungszwecks ergibt, schriftlich festzuhalten.
- (5) Das Verarbeiten oder Nutzen von personenbezogenen Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie von Daten über Gesundheit oder Sexualleben (besonders geschützte Daten) ist nur zulässig, wenn
 1. eine Rechtsvorschrift dies ausdrücklich vorsieht oder zwingend voraussetzt,
 2. die Betroffenen eingewilligt haben, wobei sich die Einwilligung ausdrücklich auf diese Daten beziehen muss,
 3. es zum Schutz lebenswichtiger Interessen Betroffener oder Dritter erforderlich ist, sofern die Betroffenen aus physischen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, ihre Einwilligung zu geben,
 4. es sich um Daten handelt, die Betroffene offenkundig öffentlich gemacht haben,
 5. es zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl oder von Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist,
 6. es zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist, das wissenschaftliche Interesse an dem Abschluss des Forschungsvorhabens das Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung erheblich überwiegt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann,
 7. es erforderlich ist, um den Rechten und Pflichten der öffentlichen Stellen auf dem Gebiet des Dienst- und Arbeitsrechts Rechnung zu tragen, oder
 8. es zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen. § 27 bleibt unberührt.

-
- (6) Begründet der Betroffene schriftlich, dass der rechtmäßigen Verarbeitung oder Nutzung seiner Daten schutzwürdige, sich aus seiner besonderen persönlichen Lage ergebende Interessen entgegenstehen, ist die Verarbeitung oder Nutzung aufgrund dieses Gesetzes nur zulässig, nachdem eine Abwägung im Einzelfall ergeben hat, dass seine Gründe hinter dem Interesse an der Verarbeitung oder Nutzung zurückstehen müssen. Dem Betroffenen ist das Ergebnis mit Begründung schriftlich mitzuteilen. Satz 1 gilt nicht, wenn eine Rechtsvorschrift die Verarbeitung oder Nutzung zwingend anordnet.
- (7) Die Absätze 5 und 6 gelten nicht für
1. das Amt für Verfassungsschutz im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach § 4 des Thüringer Verfassungsschutzgesetzes (ThürVerfSchG),
 2. Behörden der Gefahrenabwehr, der Strafverfolgung, des Justizvollzugs und der Gerichts- und Bewährungshilfe sowie
 3. Gerichte, sofern die Verarbeitung personenbezogener Daten in nicht automatisierten Dateien erfolgt.

Dokumentation
(Verdacht auf) Kindesmisshandlung/Vernachlässigung/
Sexueller Missbrauch

Der Dokumentationsbogen entstand in Zusammenarbeit mit dem Zentrum der Rechtsmedizin, Prof. Dr. K. Püschel und Prof. Dr. E. Miltner.

Personalien des Kindes (ggf. Adressen-Abdruck) Familiennamen: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	(Praxisstempel)
--	-----------------

1. Kurze Sachverhaltsschilderung

Anlass des Arztbesuchs, Vorfallszeit, Hergang, Art der Gewalt

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

Größe, Gewicht, Auffälligkeiten bzgl. Ernährungszustand, Pflegezustand, Entwicklung, Bekleidung

Haut

- Detaillierte Dokumentation, Vermessung, genaue Angabe der Lokalisation, erkennbare Formung und Alterseinschätzung aller Verletzungen - Rötungen, Schwellungen, Hämatome, Abschürfungen, Wunden, Schleimhautläsionen z.B. im Mund - insbesondere z.B. Doppelstriemen, Griffspuren, Bissmarken, petechiale Lid- und Bindehautblutungen.
- Skizze verwenden.
- Wenn möglich Fotos mit Maßstab.
- Verborgene Läsionen beachten, z.B. am behaarten Kopf.

Innere Verletzungen

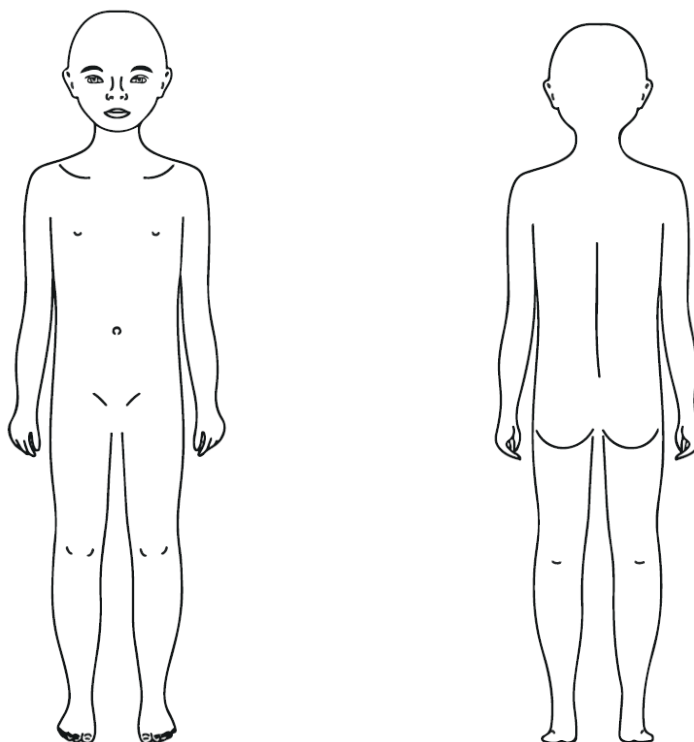
- Innere Blutungen, Organverletzungen, Frakturen.
- Befunde der Bildgebung (Röntgen, Sonografie, Magnetresonanztomografie, Computertomografie).
- Altersschätzung, insbes. von Frakturen.
- Hinweise auf Schütteltrauma? Augenhintergrundsveränderungen?
- Neurologische Auffälligkeiten.

Genitale/anale Befunde

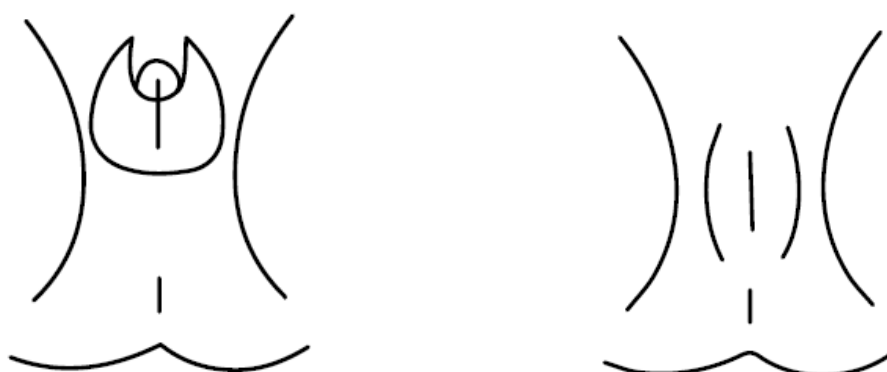
- Frische Verletzungen, Narben, Entzündungszeichen.
- Hymenalfund (Öffnung normal bis 0,5 cm im 5. Lebensjahr).
- Evtl. kindergynäkologische Untersuchung!

3. Skizzen zur Befunddokumentation

Ganzkörperschema



Genital-/Analregion



Grafiken: Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Robin Wille

4. Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, psychischer Befund; soziale Situation**Psyche, Verhalten**

z.B. situationsgerechtes Verhalten

- überängstlich, überangepasst, verschlossen
- eigenartig unbeweglich, beobachtend (sog. „frozen watchfulness“)
- „sexualisiertes“ Verhalten, ungewöhnlicher Wortschatz
- Hinweise auf Essstörungen
- evtl. Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss?

Soziale/familiäre Verhältnisse

z.B. Anzahl Geschwister, bekannte Misshandlungsproblematik

- Erziehungsberechtigte(r), Elternhaus
- Berufstätigkeit (evtl. Arbeitslosigkeit), Wohnverhältnisse

5. Auffälligkeiten bei den Eltern/der Begleitperson

- z.B. Wer kommt mit dem Kind zum Arzt, Motivation
- Zeitverzögerung bzw. ungewöhnliche Tageszeit des Arztbesuchs
- ungewöhnliches Besorgnis-Verhalten
- Diskrepanz zwischen Erklärung der Verletzungsursachen und Befund
- Verschweigen früherer Verletzungen
- häufiger Arztwechsel
- Alkohol/Drogenproblem von Bezugspersonen

6. Diagnose/ Differentialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
körperliche Gewalt	☐	☐
sexueller Missbrauch	☐	☐
Vernachlässigung	☐	☐
seelische Gewalt	☐	☐

Sonstige Differentialdiagnose

z.B. Gerinnungsstörung, Stoffwechselstörung, Malabsorption, Unfall (evtl. wiederholt)

7. Spurensicherung (bei akuten, schwerwiegenden Fällen)

Die Spurensicherungsmaßnahmen sollten generell so früh wie möglich (vor Reinigungsmaßnahmen) durchgeführt werden, am Körper spätestens innerhalb 24 bis 48 Stunden. Kleidung sollte - wenn irgend möglich ungewaschen asserviert werden. Trockene Sekretpuren an Kleidungsstücken oder anderen Spureenträgern sind auch länger verwertbar.

- Rückfragen ggf. Universitäts-Klinikum Jena, Institut für Rechtsmedizin, Fürstengraben 23; 07743 Jena Tel:03641/935599
oder jede Polizei-Inspektion

Durchgeführte Sicherungsart bitte ankreuzen:

am Körper z.B. Blut-/Sekretpuren vom Täter (Fingernägel ggf. durch Kriminaltechnik)
Sicherungsart: - Mulltupfer mit Wasser anfeuchten und Spur aufnehmen
- Neutralprobe von nichtverschmutztem Hautbereich nehmen
- beide Mulltupfer trocken getrennt verpacken (Plastikdose)

Schamhaare sichern

Sicherungsart: - mit Kamm auskämmen
- ca. 10-20 Vergleichsschamhaare des Opfers kurz über der Haut abschneiden und getrennt verpacken

Abstriche - Vagina min. 2 Abstriche (Introitus-Bereich, Vaginalkanal und -gewölbe, evtl. Zervikalkanal)

- ggf. Mund und Anus, je nach Sachverhalt

Sicherungsart: - Mulltupfer (bitte getrennt verpacken und mit Entnahmeregion kennzeichnen), Lufttrocknung
- möglichst zusätzlich Objektträger (nicht zudeckeln)

sonstige Spureenträger

z.B. Slip, ggf. Tampon oder Binde

8. Procedere

z. B. Wiedereinbestellung

weitere Konsiliaruntersuchungen

Krankenhauseinweisung

Meldung → Soziale Dienste, Kinderschutzdienst, sonstige Institutionen

Untersucher/ Untersucherin: _____ Ort der Untersuchung: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Patientin: _____ Geb. Datum: _____ Schwangerschaft: ja/ nein

Geschilderter Hergang: (in den Worten der Patientin)

Untersuchung:

	Rötung/ Violettverfärbung	Schwellung	Druckschmerz	Oberflächlicher Hautdefekt	Tiefer reichender Hautdefekt
Kopf					
- behaarte Region					
- Stirn/Schläfen					
- Augen					
- Ohren					
- Nase					
- Wangen					
- Mund					
- Kinn					
Hals					
- Vorderseite/Kehlkopf					
- Rückseite/Nacken					
Thorax					
- Mammae					
- Vorderseite					
- Rücken					
Schultern					
Arme					
- Oberarme					
- Unterarme					
- Hände					
Abdomen					
Lendenregion/ Gesäß					
Genitale					
Beine					
- Oberschenkel					
- Unterschenkel					
- Füße					

Befundbeschreibung der einzelnen Verletzungen: (ggf. gesondertes Blatt)

Neurologischer Status: (ggf. gesondertes Blatt)

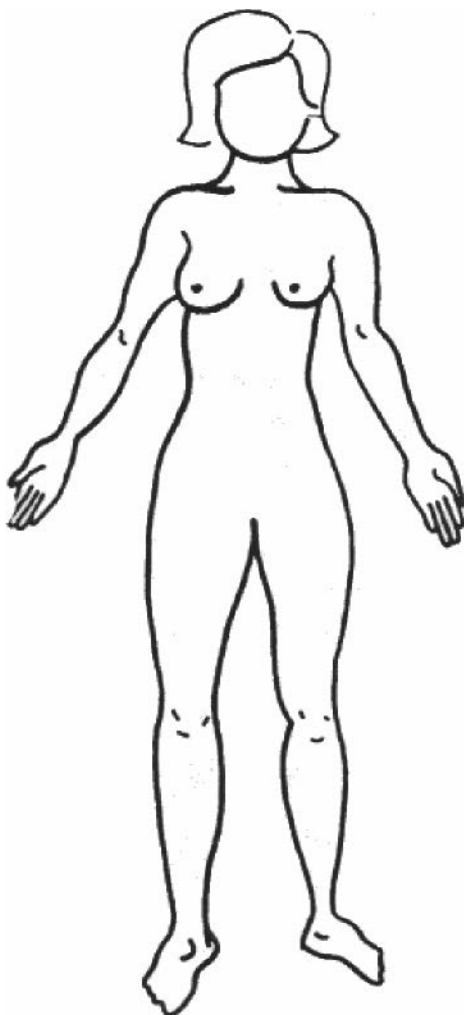
Bestehen anamnestische Angaben oder/ und Anzeichen für eine Gewalteinwirkung gegen den Hals oder das Gesicht bzw. den Schädel? Gibt es Auffälligkeiten bei den neurologischen Befunden oder der Anamnese (z.B. Bewusstseinsstörung/ Amnesie; auffälliger Reflexstatus; Einschränkungen der Beweglichkeit oder der Sensibilität)?

Untersuchung:**Befundbericht zur seelischen Verfassung:** (ggf. gesondertes Blatt)

(z.B. Patientin weint, zittert - wirkt verzweifelt, hilflos, verängstigt, verwirrt, schockiert, apathisch, gefasst - sagt immer wieder das gleiche, antwortet nicht oder ausweichend auf Fragen, spricht zusammenhanglos, berichtet klar und verständlich)

Skizze:

Kennzeichnen Sie mit einem Pfeil, welche Verletzungen festgestellt wurden. Geben Sie die Anzahl jeder Verletzung an.

**BEFUND:**

Hämatome _____

Schwellung _____

Gelenkschwellung _____

Zahnabdruck _____

Hautrötung _____

Abschürfung _____

Kratzspuren _____

Platzwunde _____

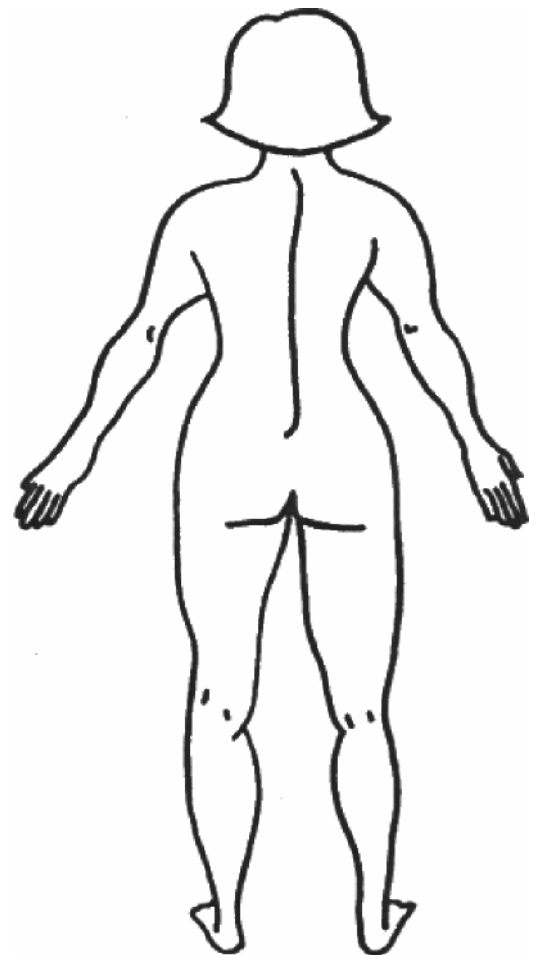
Stichwunde _____

offene Bisswunde _____

Schnitte _____

Brandwunde _____

Knochenbruch _____

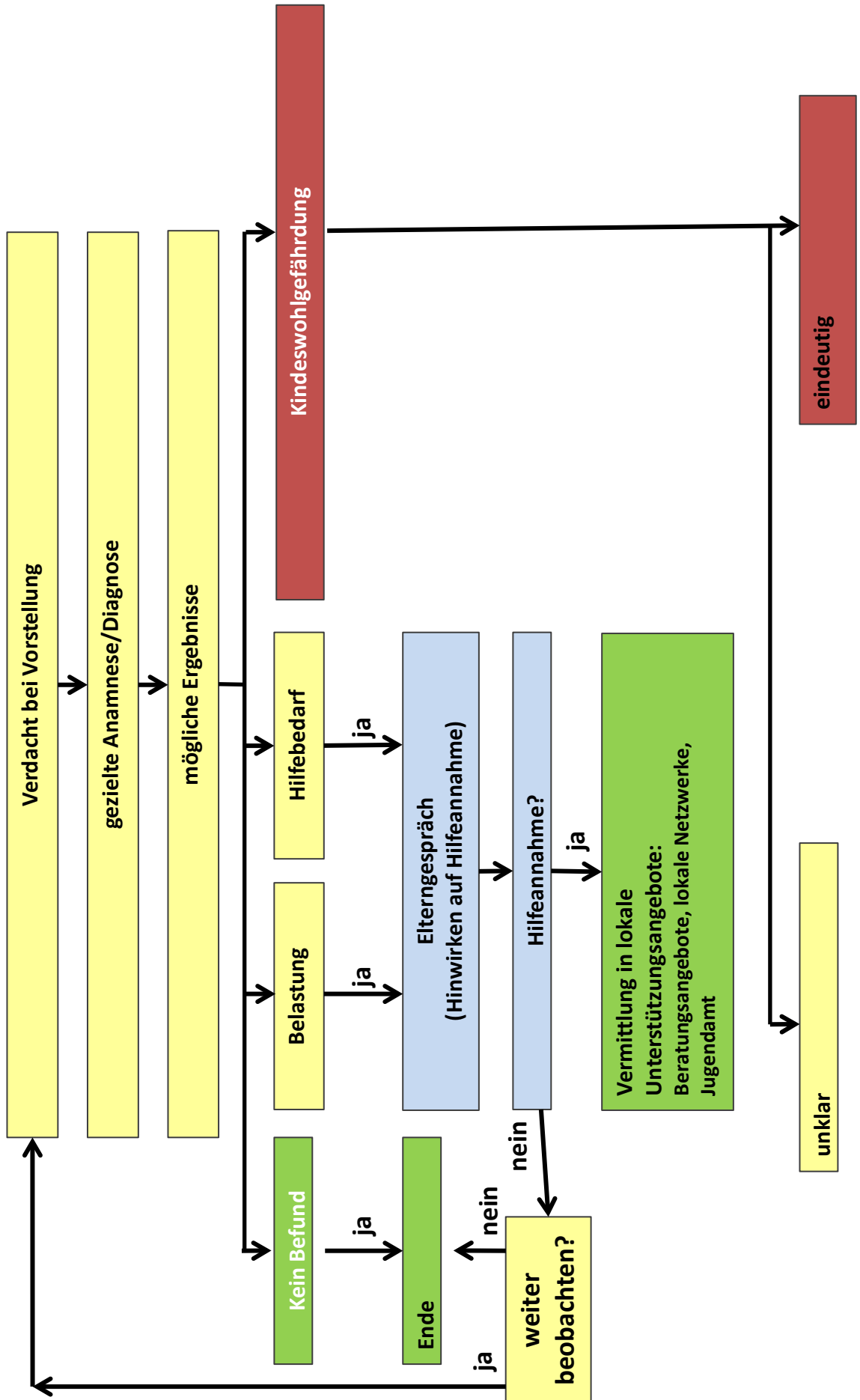


Markieren und beschreiben Sie alle Hämatome, Kratzer, Bissspuren, Abschürfungen etc.

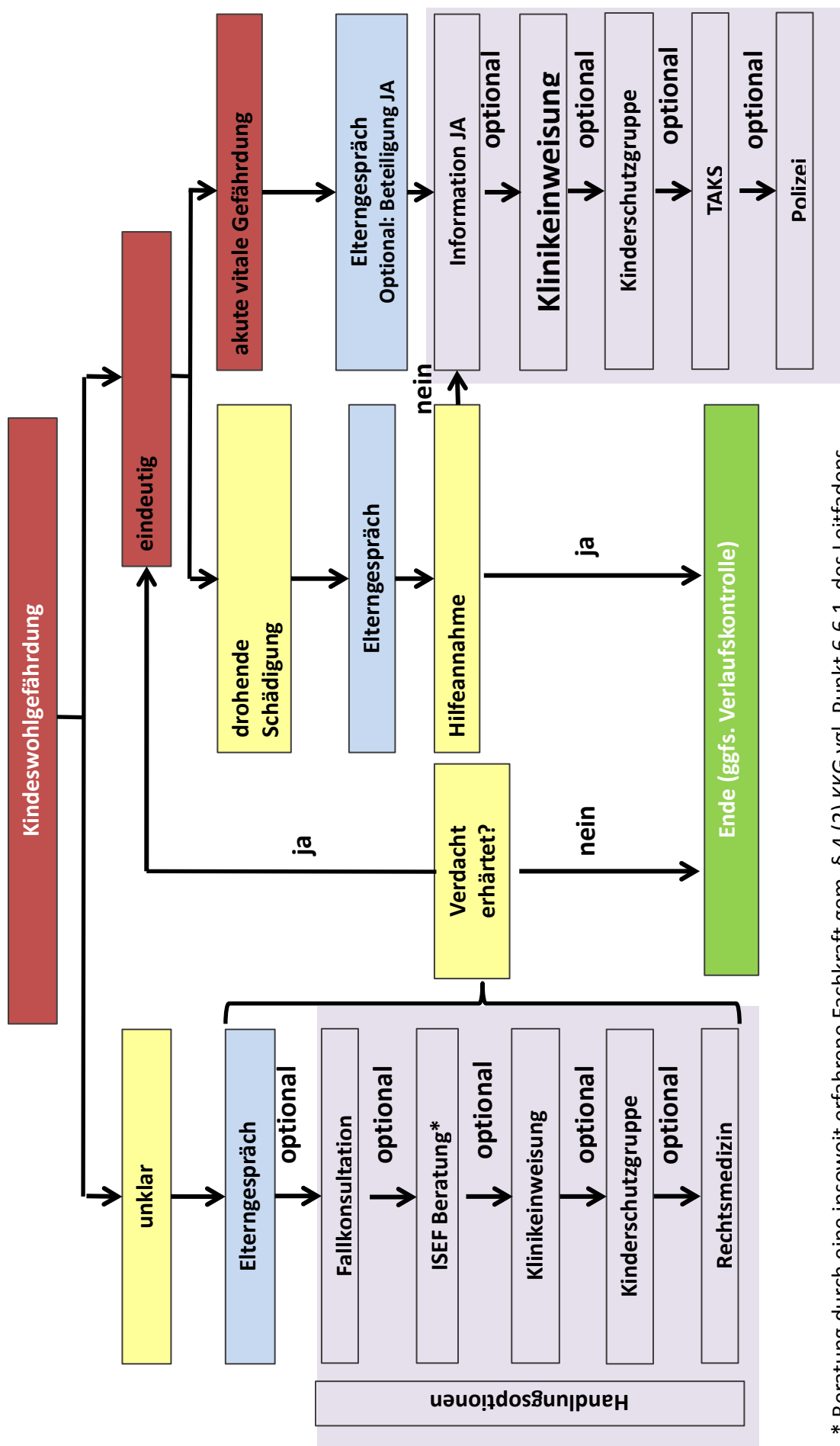
Geben Sie bitte auch – gesondert gekennzeichnet – **ältere** Verletzungen an (evtl. mit Datum der Entstehung)

Ort, Datum, Unterschrift

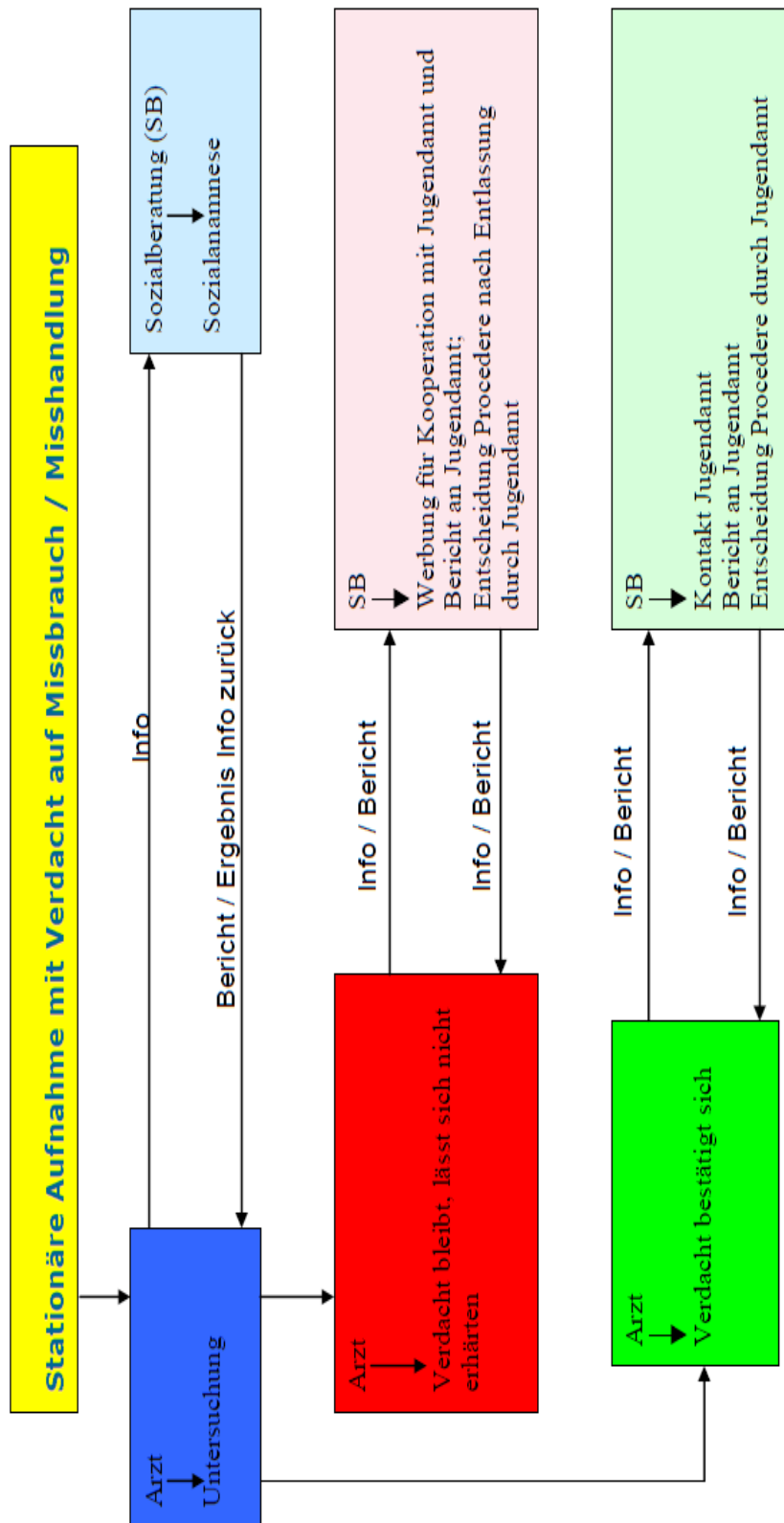
Abklärung einer potentiellen Gefährdung des Kindeswohles – Teil 1/2

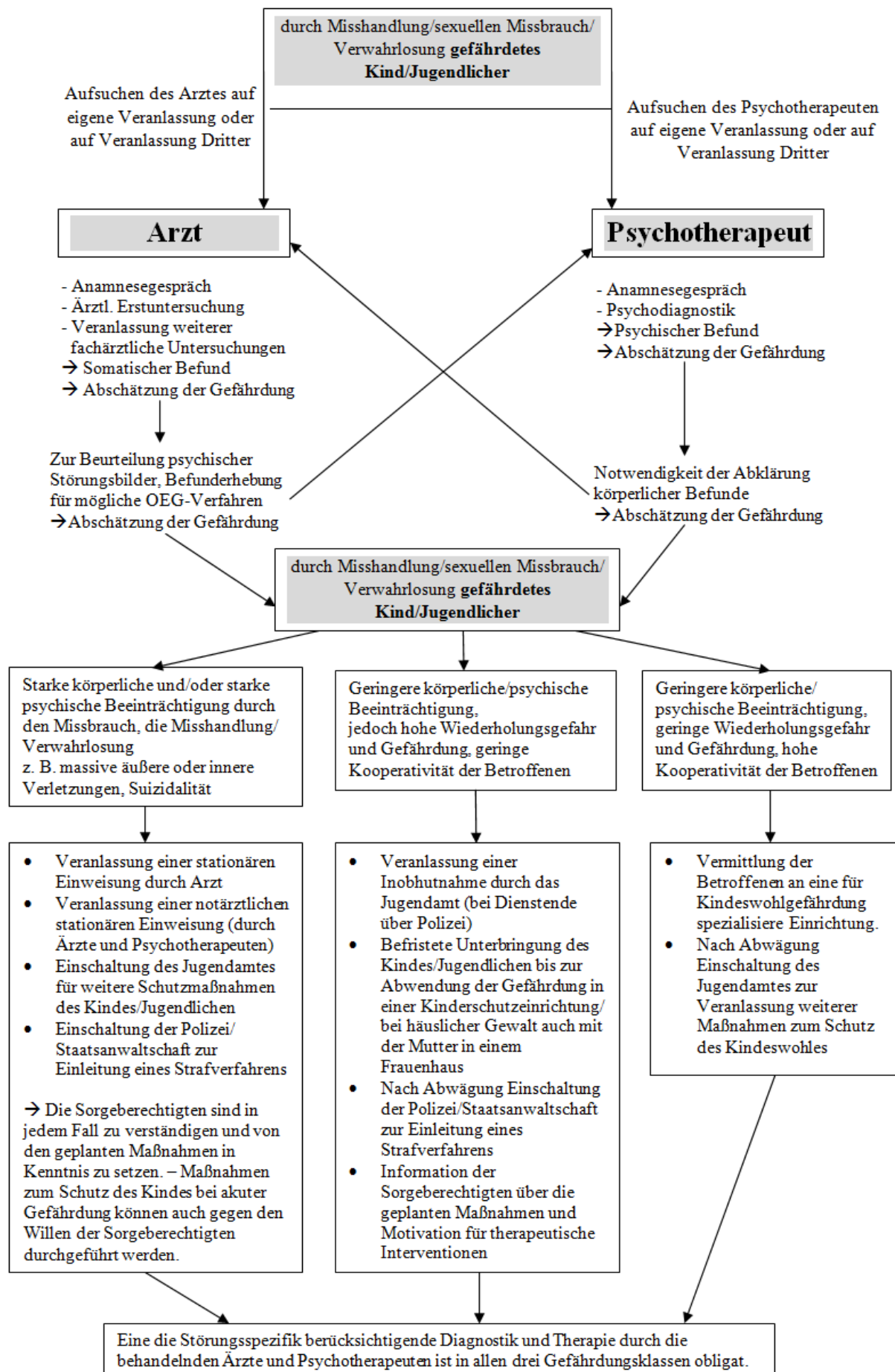


Abklärung einer potentiellen Gefährdung des Kindeswohles – Teil 2/2



* Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft gem. § 4 (2) KKG vgl. Punkt 6.6.1 des Leitfadens





Rückmeldebogen

Bitte zurück an:

Arbeitsgruppe „Gewalt gegen Kinder“
Landesärztekammer Thüringen
Steffi Lippold
Semmicht 33
07751 Jena

Absender:

Änderungsmitteilung:

Bei meiner/unserer Einrichtung/Praxis hat sich folgende Änderung gegenüber den Angaben im Handlungsleitfaden „Gewalt gegen Kinder“, 3. Auflage ergeben:

Klinik/Praxis/Einrichtung	Kontaktdaten	Kontaktperson	Anmerkungen

Anregungen:

Ich/wir möchte(n) für eine zukünftige Auflage des Handlungsleitfadens „Gewalt gegen Kinder“ folgendes anregen:

Für die o. g. Einrichtung:

Ort

Datum

Unterschrift

Persönliche Liste der wichtigsten Kooperationspartner

Jugendamt



Kontaktperson

Erziehungsberatungsstellen



Gesundheitsamt



Jugendpsychiatrischer Dienst



Institut für Rechtsmedizin



Thüringer Kinderschutzambulanz



