

ÄRZTLICHER LEITFADEN

KINDER SCHUTZ



Niedersachsen

Impressum

Ärztlicher Leitfaden Kinderschutz

Hannover im April 2013

Herausgeber

Deutscher Kinderschutzbund (DKSB), Landesverband Niedersachsen
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen

Unterstützt durch

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Niedersachsen
Ärztammer Niedersachsen
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Nachdruck einiger Teile dieser Ausgabe mit freundlicher Genehmigung der Freien
und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Ansprechpartner

Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen
Antje Möllmann, Escherstraße 23, 30159 Hannover,
Tel.: 05 11 / 44 40 75, Fax: 05 11 / 44 40 77,
E-Mail: moellmann@dksb-nds.de

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Thomas Altgeld, Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: 05 11 / 3 50 00 52, Fax: 05 11 / 3 50 55 95,
E-Mail: info@gesundheit-nds.de, Internet: www.gesundheit-nds.de

Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
Andrea Buskotte, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover,
Tel.: 05 11 / 85 87 88, Fax: 05 11 / 2 83 49 54,
E-Mail: andrea.buskotte@jugendschutz-niedersachsen.de

Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
Projekt Kinderschutz, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover,
Tel.: 05 11 / 5 32 55 33, Fax: 05 11 / 5 32 56 35,
E-Mail: rechtsmedizin.kinderschutz@mh-hannover.de

Projektentwicklung

Thomas Altgeld und Stephanie Schluck, Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Andrea Buskotte, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
Antje Möllmann, Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen

Grußwort

Mir liegt am Herzen, dass Kinder bei uns geborgen, gesund und geschützt aufwachsen können. Wirksamer Kinderschutz hat in diesem Zusammenhang vor allem zwei Aufgaben: Er soll präventiv wirken und dazu beitragen, dass Kinder gar nicht erst in Gefahren geraten und er soll die Voraussetzungen dafür schaffen, im Notfall rasch und effektiv handeln zu können.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind alle gesellschaftlichen Gruppen gefordert. Insbesondere die zahlreichen Akteure und Institutionen, die sich im Bereich des Kinderschutzes engagieren, müssen ein möglichst engmaschiges, interdisziplinäres Netz der Hilfe knüpfen, damit uns kein Kind verloren geht.

In Niedersachsen setzen sich bereits seit vielen Jahren die beiden Kinderschutz-Zentren, die Beratungsstellen im Bereich Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, öffentliche und private Träger sowie viele weitere Initiativen dafür ein, Kinder zu schützen und Familien umfangreiche und umfassende Unterstützungsangebote anzubieten.

Ergänzt werden diese festen Strukturen durch eine Reihe von Modellprojekten, mit denen neue Wege im Kinderschutz beschritten werden. Beispielhaft nennen möchte ich hier die Koordinierungsstelle Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Frühe Hilfe und die Kinderschutzambulanz an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Im Frühjahr 2013 ist ein weiteres Projekt gestartet, das auf kommunaler Ebene zur Prävention von Kindesverletzungen durch Gewalt oder Unfälle beitragen soll. Derzeit wird dieses Projekt in den Landkreisen Diepholz, Oldenburg und Wesermarsch sowie der Stadt Delmenhorst getestet. Die Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Klinikum Delmenhorst, das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung und das Hanse Wissenschaftskolleg in Delmenhorst bieten dabei eine Qualifizierung zur Sicherheitsexpertin bzw. zum Sicherheitsexperten für Erzieherinnen, Erzieher und Hebammen an.

Angesichts des überzeugenden Konzeptes in Verbindung mit der hohen kommunalen Unterstützung, bin ich sehr optimistisch, dass dieses Projekt wertvolle Erkenntnisse zur Vermeidung von Verletzungen bei Kindern liefert.

Der vorliegende Ärztlicher Leitfaden Kinderschutz ist in Niedersachsen schon so etwas wie eine gute Tradition. Zum ersten Mal 1998 erschienen, wurde er wiederholt aktualisiert und neu aufgelegt, so auch jetzt. Dieser Leitfaden richtet sich in erster Linie an Ärztinnen und Ärzte, aber auch an alle Interessierten. Der Leitfaden liefert nicht nur allgemeine Informationen zum Thema Gewalt gegen Kinder, sondern informiert auch über rechtliche Grundlagen und neue medizinische Erkenntnisse.

Mein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch ihr Engagement diese Neuauflage ermöglicht haben.



Cornelia Rundt

Niedersächsische Ministerin für
Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration

Vorwort der Herausgeber

Die psychischen, sozialen und kognitiven Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern, ihre Chancen zur Teilnahme an der Gesellschaft und nicht zuletzt ihr Verhältnis zu Gewalt und Konflikten hängen entscheidend davon ab, wie sie heranwachsen. Opfer von Gewalt und Vernachlässigung zu werden, kann die Entwicklung von Mädchen und Jungen stark beeinträchtigen. Das gilt vor allem, wenn die Gewalt innerhalb der Familie ausgeübt und wenn sie nicht oder erst spät entdeckt wird. Kinder – und Jugendliche – sind angewiesen auf die Hilfe von Außenstehenden, ganz besonders auf die professionelle Aufmerksamkeit und Verantwortung von Fachkräften, die mit Kindern und ihren Familien arbeiten und Problemsituationen frühzeitig erkennen können. Frühe und sachgerechte Hilfen für Kinder – und das bedeutet in der Regel auch: Hilfen für ihre Eltern – können nicht nur kurzfristig Gewalt beenden oder verhindern, sondern auch langfristig Entwicklungsstörungen vermeiden.

Seit der ersten Auflage des Leitfadens vor mehr als 10 Jahren wurden viele neue rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, um die Situation von Kindern als Opfer von Gewaltanwendungen zu verbessern. Das Recht auf gewaltfreie Erziehung und der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung bilden immer noch die wichtigste Grundlage für den effektiven Schutz von Kindern. Für die Umsetzung ist eine Vernetzung und Stärkung aller Akteurinnen und Akteure, die sich für das Wohlergehen von Kindern engagieren, notwendig.

Die vorliegende aktualisierte und überarbeitete Fassung des Leitfadens unterstützt die Forderungen des neuen Bundeskinderschutzgesetzes vom 1. Januar 2012, Hilfeangebote für Familien, Eltern und Kinder enger zu verknüpfen, die Zusammenarbeit der relevanten Akteurinnen und Akteure zu verstärken sowie starke Netzwerke im Kinderschutz zu fördern. Ohne eine funktionierende Kooperation zwischen Jugendhilfe, Gesundheitsversorgung und Bildungsbereich kann der Schutz des Kindeswohls nicht gelingen. Um diese Vernetzung von relevanten Akteurinnen und Akteuren zu vereinfachen und im Bedarfsfall den richtigen Ansprechpartner schnell zu finden, wurde der Adressteil digitalisiert. Auf dem Portal www.kinderschutz-niedersachsen.de des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration wurde eine interaktive Karte installiert, auf welcher passende Ansprechpartner regional gesucht werden können.

Eine intensive Überarbeitung erfolgte im Kapitel „Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis“. Erste Anzeichen von Kindeswohlgefährdung werden häufig in der ärztlichen Praxis entdeckt. Vertrauen und Sicherheit spielen in diesen Situationen auf allen Seiten eine ausschlaggebende Rolle für den weiteren Verlauf des Falles. Klare rechtliche Rahmenbedingungen und Hinweise für die Handlungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten können dies unterstützen. So trägt der Leitfaden u.a. dazu bei, weitere Misshandlungen zu verhindern, um das Wohlergehen des Kindes zu schützen und Familien Unterstützung zu bieten.

Diese Änderungen sowie neuen Ansprüche an die Früherkennung und Handlungsoptionen in der ärztlichen Praxis haben die Herausgeber motiviert, eine Neuauflage zu veröffentlichen. Um die Benutzerfreundlichkeit zu erhöhen und Änderungen sowie Informationen für weitere Akteurinnen und Akteure schneller umzusetzen, haben sich die Kooperationspartner zudem entschieden, den Leitfaden ausschließlich

Vorwort

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit
und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.

Andrea Buskotte

Landesstelle Jugendschutz
Niedersachsen

Antje Möllmann

Deutscher Kinderschutzbund,
Landesverband Niedersachsen

digital anzubieten. Er ist zum einen als digitale Leitfaden-Version unter www.kinderschutz-niedersachsen.de abrufbar, kann aber auch über einzelne Kapitel online auf dem Portal genutzt werden. Die Veränderung des Titels zu „Ärztlicher Leitfaden Kinderschutz“ war eine bewusste Entscheidung, um Ziele und Inhalte schon im Titel zu präzisieren und Zielgruppe – Ärztinnen und Ärzte – konkret anzusprechen.

Wir hoffen, dass der überarbeitete Leitfaden weiterhin einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Gewalt innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems einerseits und andererseits zur besseren Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme leistet. Nur wenn es gelingt, das Problembewusstsein aller Fachkräfte zu schärfen, die wichtig für die Entwicklung des Kindes sind, und sie im Umgang mit Gewaltproblemen in Familien weiter zu qualifizieren, wird sich die Situation von Gewalt betroffenen Kindern nachhaltig und schnell verbessern.

Vorwort der TK-Landesvertretung

„Seien Sie gut zu den Kindern – wir haben nichts Besseres!“ sagte einst der Kinderbuchautor Ottfried Preußler. Mit diesem schlichten Satz beschreibt Ottfried Preußler den Leitgedanken für uns Erwachsene im Umgang mit Kindern.

Leider werden jedoch immer wieder Fälle von vernachlässigten, verwaorosten, misshandelten oder gar getöteten Kindern bekannt, die Betroffenheit und Entsetzen auslösen. Wie hoch darüber hinaus die Dunkelziffer im Bereich der Kindesmisshandlung ist, können selbst Experten nur schwer einschätzen. Physische und psychische Misshandlung von Kindern, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung haben vielfältige Ursachen. Auch wenn der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ Misshandlungen nicht verhindern kann, so bietet er doch Hilfestellung zum Erkennen und im Umgang bei Verdachtsfällen.

Das Wohlergehen der Kinder ist eine gesellschaftliche Verantwortung. Die TK fühlt sich besonders verpflichtet, diese Verantwortung zu übernehmen. In Niedersachsen haben wir einen hohen Anteil junger Menschen, die bei uns versichert sind. Von den mehr als 800.000 TK-Versicherten sind mehr als 170.000 Kinder und Jugendliche.

Mit dem Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte wollen wir dazu beitragen, die selbst bei Fachleuten bestehenden Informationsdefizite abzubauen, gegen Kinder verübte Gewalt zu erkennen und sachgerecht darauf zu reagieren.

Der Leitfaden ist jedoch nicht nur an ärztliches Personal gerichtet, sondern auch an andere Professionen und Institutionen, die mit Kindern und ihren Familien arbeiten und Problemsituationen sowie Gewaltphänomene erkennen können.

In dieser vierten Neuauflage berücksichtigen Expertinnen und Experten neueste Erkenntnisse und Entwicklungen auf juristischer und medizinischer Ebene. Wir wollen, dass der Leitfaden mehr Sicherheit im Umgang mit Problemen bei Gewalt gegen Kinder gibt, ein kompetentes Fallmanagement in der ärztlichen Praxis oder in den Beratungsräumen der Institutionen unterstützt sowie zur besseren Vernetzung der unterschiedlichen Hilfesysteme beiträgt.

Im Namen der TK danke ich allen Mitwirkenden, die sich bei der Erstellung des Leitfadens engagiert haben und denjenigen, die den Opfern von Gewalt die nötige Hilfe zukommen lassen.



Dr. Sabine Voermans
TK-Landesvertretung Niedersachsen

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gehört zu unserem Berufsalltag als Ärztinnen und Ärzte, dass wir bei der Diagnostik und Behandlung unserer Patienten auf schwerwiegende Erkrankungen treffen. Wir haben gelernt, mit diesen Situationen umzugehen, diese mit den Patienten zu erörtern, sie zu begleiten und zu unterstützen.

Ganz anders verhält es sich, wenn wir als Ärztinnen und Ärzte mit Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in ihrer vielfältigen und teils sehr subtilen Art konfrontiert werden: Es fällt den meisten von uns schwer, diese Tatsache zu erkennen und die richtigen Schlüsse aus unseren Beobachtungen zu ziehen. Unsere Wahrnehmung ist zu wenig geschärft und wir handeln nicht oder zu spät.

Dabei tragen wir gerade als Ärztinnen und Ärzte eine große Verantwortung. Uns werden Kinder und Jugendliche vorgestellt, die gelegentlich eindeutige, viel häufiger aber keine eindeutigen Zeichen von Gewaltanwendung, Missbrauch oder Vernachlässigung aufweisen. Diese Kinder und Jugendlichen sind darauf angewiesen, dass wir ihre Situation richtig deuten und die richtigen Konsequenzen ableiten. Gleichzeitig genießen wir das Vertrauen der Eltern, so dass wir auf geeignete Hilfsangebote hinweisen und die Kontaktaufnahme zu diesen Stellen vermitteln können.

Wir haben den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ erneut für Sie überarbeitet. Dieser Leitfaden soll Sie darin unterstützen, eine Kindeswohlgefährdung zu erkennen und kompetent zu handeln. Unser ärztliches Berufsrecht verpflichtet uns, Befunde sorgfältig zu erheben und zu dokumentieren. Dies ist gerade im Zusammenhang mit Gewaltanwendung gegen Kinder äußerst wichtig, um dem Gericht in einem möglichen Verfahren Entscheidungshilfen vorlegen zu können. Zugleich sind wir aber zu Verschwiegenheit verpflichtet und dürfen aus einer ärztlichen Untersuchung gewonnene Erkenntnisse grundsätzlich nicht an Dritte weitergeben. Dieses Dilemma ist – dies weiß ich aus zahllosen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen – für viele von uns ein schwer zu lösender Konflikt. Daher ist es mir wichtig, Ihnen mit diesem Leitfaden eine aktuelle medizinrechtliche Einschätzung anbieten zu können, die alle gesetzgeberischen Veränderungen der letzten Jahre berücksichtigt. Der Leitfaden zeigt auf, wie Sie sich im Falle einer Kindeswohlgefährdung verhalten sollten.

Dabei wird aus meiner Sicht vor allem Folgendes deutlich: Unser wichtigster Ansprechpartner in Fragen der Kindeswohlgefährdung (auch Verdachtsfällen) ist das lokale Jugendamt oder eine Fachberatungsstelle und in aller Regel nicht die Strafverfolgungsbehörde (Polizei). Gerade deshalb werbe ich dafür, dass Sie sich vor Ort mit den zuständigen Stellen vernetzen. Ich bin mir bewusst, dass diese Netzwerkbildung in der Anfangsphase viel Engagement und Zeit verlangt. Ich bin mir jedoch sicher, dass dies im Interesse und zum Wohl der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen höchst lohnenswert ist.

Bitte nutzen Sie die umfangreichen Informationen, die diese Broschüre enthält. Nehmen Sie – vor allem in Zweifelsfällen – immer Kontakt zu Ihrer Ärztkammer, besonders zur Rechtsabteilung auf Landesebene, auf. Wenden Sie sich bitte auch an die Rechtsmedizin der MHH unter Telefon 0511 5325533. Darüber hinaus bietet Ihnen das „Forensikon“ auf der Webseite der KVN hilfreiche Informationen.

Inhaltsverzeichnis

1. Gewalt gegen Kinder	9
1.1. Körperliche Gewalt	10
1.2. Seelische Gewalt	10
1.3. Vernachlässigung	11
1.4. Sexuelle Gewalt	11
2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis	13
2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen	13
2.2. Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung	15
2.3. Konsequenzen für die ärztliche Praxis	17
3. Diagnostik und Befunderhebung	19
3.1. Diagnostik als Prozess	19
3.2. Körperlicher Befund	19
3.3. Psychischer Befund und Verhalten des Kindes	23
3.4. Sexuelle Gewalt	24
3.5. Beurteilung der familiären Situation	27
3.6. Bewertung der Befunde	29
4. Fallmanagement in der Arztpraxis	30
4.1. Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen	30
4.2. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	31
4.3. Umgang mit betroffenen Kindern und Eltern	32
4.4. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind	34
4.5. Feedback	35
5. Anhang	36
6. Literaturverzeichnis	39
6.1. Quellen	39
6.2. Weiterführende Literatur	39
7. Internet	40

1. Gewalt gegen Kinder

*„Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig.“
(§ 1631, Abs. 2 BGB)*

Eine Untersuchung, die im Auftrag der Bundesregierung durchgeführt wurde, um die Wirkungen des im Jahr 2000 in Kraft gesetzten Kinderrechtes auf Erziehung ohne Gewalt zu überprüfen, hat gezeigt, dass die Mehrzahl der Eltern heute das Ideal einer gewaltfreien Erziehung teilen und den Einsatz von Gewalt gegenüber Kindern grundsätzlich ablehnt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / Bundesministerium der Justiz, 2003). Diese Einstellung zu Erziehung deckt sich weitgehend mit dem gesetzlichen Leitbild. Das gilt im Wesentlichen für alle Bevölkerungsschichten und sozialen Milieus.

Dennoch kommt es auch heute noch in einem erheblichen Ausmaß zu Kindesmisshandlungen. Für das Jahr 2011 registrierte die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 4.096 Anzeigen von Kindesmisshandlungen (§§ 225 StGB) und 12.444 Anzeigen von sexuellem Missbrauch an Kindern (§ 176 StGB). Täglich werden 11 Kinder misshandelt, 39 Kinder sexuell missbraucht und drei Kinder pro Woche sterben an den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung.

Gängige Definitionen unterscheiden in der Regel vier Kategorien von Kindesmisshandlung:

- Körperliche Gewalt
- Seelische Gewalt
- Vernachlässigung
- Sexuelle Gewalt

Bei einem Kind können gleichzeitig mehrere Erscheinungsformen vorkommen. So kann beispielsweise die Einschüchterung des Kindes nach einer körperlichen Gewaltanwendung als emotionale Misshandlung verstanden werden. Misshandlungen können sowohl aktiv (Prügel) als auch passiv (in Form von Vernachlässigung) verübt werden. Häufig ist die Gewaltanwendung der Eltern ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung. Vielfach sind misshandelnde Mütter oder Väter als Kind selbst Opfer von Gewalt gewesen. Insofern muss Gewalt gegen Kinder über das individuelle Problem von misshandelnden oder vernachlässigenden Eltern hinaus verstanden werden. Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche Verhältnisse eingebunden. Diesen Verhältnissen sind Menschen je nach ihrer sozialen Lage unterschiedlich ausgesetzt. Die Häufung von Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend ist eine wesentliche Entstehungsbedingung für Gewalt gegen Kinder.

Der Schutz vor weiterer Gewalt soll durch das Angebot frühzeitiger Hilfen zur Selbsthilfe für die verantwortlichen Erwachsenen hergestellt werden. Dabei ist es oftmals notwendig, dass verschiedene Institutionen unterstützend zusammenarbeiten, um den komplexen Problemen gerecht zu werden. In diesem Leitfaden steht die Aufgabe niedergelassener Ärzte und Ärztinnen sowie die Hilfen für das Kind im Vordergrund. Möglichkeiten für ein gemeinsames Fallmanagement mit anderen Einrichtungen und Berufsgruppen werden aufgezeigt.

Recht auf gewaltfreie Erziehung

Vernetzte Hilfe verschiedener Institutionen und Kliniken ist erforderlich

Der wichtigste Kooperationspartner für Ärzte und Ärztinnen ist die Jugendhilfe. Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) als Teil des Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG) greift das Verständnis eines kooperativen Kinderschutzes auf.

Zur Optimierung des Schutzes von Kindern sind sowohl Eltern, Staat und jeder Einzelne von Sozialarbeitenden bis zu Arzt / Ärztin oder Kräfte im Jugendamt gleichermaßen gefordert. Das Bundeskinderschutzgesetz gibt Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen und weist Wege zur Realisierung eines präventiven und intervenierenden Kinderschutzes.

In § 8a Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) wird der Schutzauftrag der öffentlichen und freien Jugendhilfe beschrieben. Mit diesem gesetzlichen Rahmen sollte der professionelle Blick auf Gefährdungsrisiken geschärft und eine verbindliche Zusammenarbeit der verschiedenen Fachkräfte erreicht werden (siehe auch Kapitel 2.1).

1.1. Körperliche Gewalt

Trotz des gewachsenen Rechtsbewusstseins üben auch heute noch manche Eltern körperliche Gewalt an Kindern in verschiedenen Formen aus. Der Studie des Bundesfamilienministeriums zufolge verzichtet etwa ein Viertel völlig auf Körperstrafen in der Erziehung, die meisten Eltern greifen jedoch zu leichten, einige auch zu gravierenden Formen von Gewalt. In extremen Fällen kommt es zu Prügeln, Schlägen mit Gegenständen, Kneifen, Treten und Schütteln des Kindes. Daneben werden Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen und Erstickern, sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen) registriert. Das Kind kann durch diese Verletzungen bleibende körperliche, geistige und seelische Schäden davontragen oder daran sterben.

Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

1.2. Seelische Gewalt

Seelische oder psychische Gewalt sind „*Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern.*“ (Eggers, 1994).

Eltern-Kind-Beziehung ist beeinträchtigt

Seelische Gewalt liegt z. B. dann vor, wenn dem Kind von den Bezugspersonen ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Ablehnung drückt sich darin aus, dass ein Kind gedemütigt und herabgesetzt wird, unangemessene Schulleistungen oder sportliche und künstlerische Leistungen gefordert werden. Aber auch durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit sowie dem Ignorieren von kindlichen Bedürfnissen erlebt ein Kind Ablehnung.

Das Kind erlebt Ablehnung

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

Auch das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern kann Mädchen und Jungen Schaden zufügen. Zudem ist das Risiko, selber Opfer von Gewalt zu werden, stark erhöht, wenn es zu Gewalt in der Partnerschaft kommt. Kinder sind häufig anwesend, wenn der Vater die Mutter schlägt oder bedroht, sie werden Augen- und / oder Ohrenzeugen von Gewalt, sie sind z. T. auch direkt in die Gewalt gegen ihre Mutter verwickelt: Sie bekommen Schläge ab, weil sie von der Mutter auf dem Arm gehalten werden, sie werden als „Geiseln“ genommen, um (oftmals) die Mutter zu einem bestimmten Verhalten zu zwingen, sie sind gezwungen, bei Gewalttaten zuzusehen oder werden aufgefordert, dabei mitzumachen.

1.3. Vernachlässigung

Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Dazu gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann – bewusst oder unbewusst – aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen und ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Um gerade die langfristige Auswirkung von Vernachlässigung zu verdeutlichen, ist folgende Definition hilfreich:

„Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen.“ (Schone, 1997)

1.4. Sexuelle Gewalt

Im Unterschied zu körperlicher oder seelischer Gewalt gegen Kinder, die häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt werden, ist die sexuelle Gewalt an Kindern in der Regel ein planvolles, oft über Jahre andauerndes Verhalten, das sich in seiner Intensität allmählich steigert. Während Kindesmisshandlung von Männern und Frauen verübt wird, geht die sexuelle Gewalt überwiegend von Männern bzw. männlichen Jugendlichen aus.

2011 wurden in Deutschland 12.444 Kinder und Jugendliche als Opfer sexuellen Missbrauchs in der Polizeistatistik benannt. Die nicht angezeigten Fälle sowie die Dunkelziffer werden von unterschiedlichen Experten um ein vielfaches höher eingeschätzt.

Das Kind erlebt Ablehnung

Kinder werden in partnerschaftlichen Konflikten missbraucht

Mangel an Fürsorge und Förderung

Unter sexueller Gewalt versteht man sexuelle Handlungen eines Erwachsenen bzw. eines älteren Jugendlichen mit einem Kind, wobei Kinder diese Handlungen nicht wollen und nicht imstande sind, die Situation zu kontrollieren. Die Erwachsenen bzw. Jugendlichen nutzen ihre Macht als Ältere oder ihre Autorität innerhalb eines spezifischen Nähe- oder Abhängigkeitsverhältnisses (als Vater, Lehrer, Fußballtrainer o. ä.) aus, um ihre Interessen durchzusetzen. Sie erreichen dies, indem sie emotionalen Druck ausüben, die Loyalität eines Kindes ausnutzen, durch Bestechung mit Geschenken, Versprechungen, Erpressungen –oder aber auch mit dem Einsatz körperlicher Gewalt. Viele der erwachsenen Täter und Täterinnen verpflichten oder erpressen die Kinder zum Schweigen über den Missbrauch.

Es kann zwischen sexueller Gewalt mit Körperkontakt (Hands-on-Taten) und ohne Körperkontakt (Hand-Off-Taten) unterschieden werden (Muetzel et al., 2012). Formen sexueller Gewalt sind das Berühren des Kindes an den Geschlechtsteilen, die Aufforderung, den Täter anzufassen, Zungenküsse, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr, Penetration mit Fingern oder Gegenständen. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornographie, sexualisierte Sprache sowie Herstellung, kommerzieller Handel und privater Tausch von Kinderpornographie sind sexuelle Gewaltakte. Durch das schnelle Internet gibt es hier einen einfach zugänglichen und schnell verfügbaren „Umschlagplatz“.

Die Untersuchungen zu diesem Thema zeigen übereinstimmend, dass sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Jungen überwiegend im sozialen, institutionellen und familiärem Umfeld stattfindet. Ebenso werden Menschen mit pädosexuellen Neigungen zu Orten und Gelegenheiten hingezogen, die einen Kontakt mit Kindern ermöglichen.

Sexueller Missbrauch ist in allen gesellschaftlichen Schichten zu finden. Die Täter und Täterinnen missbrauchen das Vertrauen der Opfer und nutzen dabei die Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Erwachsenen und Kindern aus. Die Folge können Schuld- und Schamgefühle, Angst vor Drohungen, Selbstverletzungen und eine tiefgreifende Verunsicherung sein.

Definition von
sexueller Gewalt

Sexuelle Gewalt ist nicht
nur körperlicher Missbrauch

Das Kind steht zwischen
Gewalt und Zuwendung

2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

2.1. Sexuelle Gewalt

Als Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten sind Sie an die Schweigepflicht gebunden. Die Rechte des Kindes und anderer Familienmitglieder werden damit geschützt. Bei einem Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung können Sie jedoch von der Schweigepflicht entbunden werden. Nur weil das Kind eine Misshandlung an Sie heranträgt, heißt das allerdings nicht, dass es damit einverstanden ist, dass Sie diesen Umstand an das Jugendamt herantragen. Sie müssen vielmehr zunächst im Gespräch zu klären versuchen, ob Sie das Jugendamt einschalten sollen. Ihre den Eltern gegenüber bestehende Schweigepflicht tritt in diesem Fall grundsätzlich in den Hintergrund.

Entbindung von der
ärztlichen Schweigepflicht

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

Als Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes gilt seit Beginn des Jahres 2012 das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG). Mangels Gesetzgebungskompetenz hatte der Bund keine Möglichkeit, die Aufgaben von Ärzten im Zusammenhang mit ihrer ärztlichen Tätigkeit zu regeln. Alle Regelungen sind daher ausschließlich im Kontext der Überwindung der ärztlichen Schweigepflicht zu verstehen. Indirekt wird in § 4 allerdings an die Ärzte appelliert, dass wenn ihnen „in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung“ eines Mädchen oder Jungen bekannt werden, sie als Arzt / Ärztin mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken sollen – soweit der Schutz des Kindes dadurch nicht in Frage gestellt wird. In der Regel wird der Arzt aber auch aufgrund seines Behandlungsvertrages oder aus der deliktsrechtlichen Fürsorgepflicht gehalten sein, wie vorbeschrieben zu verfahren.

Der Deutsche Ärztetag hatte 2009 festgestellt, dass der Begriff der gewichtigen Anhaltspunkte unklar ist und der Präzisierung bedürfe. Diesem Appell ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Die Herausgeber dieses Leitfadens gehen davon aus, dass jedenfalls tatsächliche Anhaltspunkte, d.h. auf konkrete Tatsachen gestützte Anhaltspunkte vorliegen müssen und bloße Vermutungen nicht ausreichen. Während es einige Autoren als ausreichend ansehen, dass aufgrund der Tatsachen eine Gefährdung des Kindeswohls nicht für vornherein ausgeschlossen werden kann, fordern andere, dass es eine vorläufige Bewertung des Arztes es im Sinne eines hinreichenden Tatverdachts als wahrscheinlich erscheinen lässt, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Die Vorgabe, dass es sich um gewichtige Anhaltspunkte spricht nach Auffassung der Herausgeber dieses Leitfadens für die Wahrscheinlichkeitsbetrachtung. Zudem reicht ein einziger Anhaltspunkt nicht aus, mag er auch noch so gewichtig sein.

Zudem regelt das Gesetz nur die Befugnis des Arztes, ggf. das Jugendamt über eine Kindeswohlgefährdung zu unterrichten. Die Information anderer Ärzte, von Hebammen, Berufspsychologen, Mitarbeitern in Suchtberatungsstellen oder bei freien

Trägern wird durch das Gesetz allerdings nicht erfasst sondern richtet sich auch weiterhin nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstandes, die nachfolgend dargestellt werden. Sie werden beim Lesen feststellen, dass die Grundsätze nahezu deckungsgleich sind.

Eine Information des Jugendamtes ist unzulässig, wenn es nach Einschätzung des Arztes ausreicht, das Kind und die Personensorgeberechtigten auf die Situation anzusprechen und, sofern dies erforderlich ist, auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken.

Ist die Intervention erfolglos oder ist absehbar, dass durch ein solches Gespräch ein wirksamer Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht erreicht werden kann, darf das Jugendamt nicht stets sogleich informiert werden. Vielmehr muss sich die Ärztin oder der Arzt, wenn die Sachlage nicht eindeutig oder ein sofortiges Handeln zwingend erforderlich ist, durch eine erfahrene Fachkraft des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe – in der Regel das Jugendamt – zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung beraten lassen. Hierauf hat die Ärztin bzw. der Arzt einen Rechtsanspruch und ist auch befugt, den Fall in pseudonymisierter Form vorzutragen und dem Jugendamt die zur Beurteilung notwendigen Unterlagen entsprechend geschwärzt zur Verfügung zu stellen. Über die Beratung hinausgehend kann das Jugendamt dann auch sogleich prüfen, ob es bei Kenntnis der Familie Maßnahmen ergreifen würde.

Hält die Ärztin oder der Arzt ein Tätigwerden des Jugendamtes – ggf. nach vorgehender Beratung in pseudonymisierter Form – zur Abwendung der Gefährdung des Kindes für erforderlich, ist er befugt, das Jugendamt zu informieren. Jeder personenbezogenen Information des Jugendamtes muss nach dem Gesetz die Prüfung vorgeschaltet werden, ob nicht auch andere Maßnahmen ausreichen. Das soll den Eltern ermöglichen, von sich aus Hilfen zu suchen und anzunehmen. Machen sie von der Möglichkeit, sich selbst an das Jugendamt oder eine andere Beratungsstelle zu wenden, keinen Gebrauch und informiert der Arzt deshalb das Jugendamt, gilt: Wenn dem der Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht entgegensteht, sind die Betroffenen vorher auf diese Maßnahme hinzuweisen. Sie haben dann noch einmal die Möglichkeit, selbst aktiv zu werden.

Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe – in der Regel das Jugendamt – können Ihnen Auskunft geben können, wo die unterstützenden Fachkräfte anzufordern sind. Ebenso finden Sie auch bei lokalen Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Schutz von Kindern vor Gewalt und in Kinderschutz-Zentren geeignete Fachkräfte, die Sie bei einer Einschätzung und dem weiteren Vorgehen begleiten und den Kindern Hilfe anbieten können. Allerdings dürfen die Fälle mit diesen Beratungsstellen nur anonymisiert besprochen werden.

An andere Stellen neben dem Jugendamt können auch ohne Einwilligung der Betroffenen Informationen weitergegeben werden wenn ein „rechtfertigender Notstand“ nach § 34 StGB vorliegt. Danach handeln Sie nicht rechtswidrig, wenn die nicht anders abwendbare Gefahr für Gesundheit oder Leben des Kindes so groß ist, dass eine Abwendung dieser Gefahr bei Abwägung der widerstreitenden Interessen und unter Berücksichtigung des Grades der drohenden Gefahren wesentlich schwerer wiegt als die Einhaltung der Schweigepflicht und damit ein angemessenes Mittel zur Gefahrenabwehr ist.

Rechtfertigender Notstand
bei Abwendung einer Gefahr

Unzulässig ist es in jedem Fall, wenn Kinderärzte ohne Einverständnis der Betroffenen Untersuchungsbefunde auffällig gewordener Kinder in eine gemeinsame Datenbank einstellen. Obwohl dem Gesetzgeber die Existenz entsprechender passwortgeschützter geschlossener Foren bekannt war, hat er diese Idee im Bundeskinderschutzgesetz nicht aufgegriffen. Ärzte, die sich an solchen Datenbanken aktiv oder passiv durch Einsichtnahme beteiligen, machen sich strafbar und verletzen ihre Berufspflichten.

Das **Jugendamt** hat u. a. die Aufgabe, einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen und die Kinder zu schützen. In akuten Krisen hat das Jugendamt darüber hinaus die Möglichkeit, betroffene Kinder vorübergehend in Obhut zu nehmen und ggf. das Familiengericht einzuschalten. Mitarbeiter/innen der Jugendämter sind nicht verpflichtet, bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Gewalt Strafanzeige zu erstatten. **Familiengerichte** können ein Umgangs- und Kontaktverbot sowie eine Wegweisung für den mutmaßlichen Täter aussprechen. In manchen Fällen kann auch ein Sorgerechtsentzug erwirkt werden.

Mit anderen Institutionen
kooperieren

Für Sie in der ärztlichen Praxis ist relevant, dass Kindesmisshandlung nicht zu den Straftaten gehört, die jedermann anzeigen muss. Es gibt keine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Bevor Sie dennoch eine Strafanzeige stellen, sollten Sie in Absprache mit ihren Kooperationspartner überlegen, ob es andere Wege gibt, die besser geeignet sind, dem Kind zu helfen und die Misshandlung bzw. einen Missbrauch zu beenden. *Die Polizei hat vielerorts ebenfalls spezialisierte Fachkräfte, die vorher anonym angesprochen werden können und Ihnen bei der Entscheidung helfen können, ob sie eine Strafanzeige erstatten.* Kommt es dazu, gibt es für die Beteiligten keine Möglichkeit mehr, das Verfahren zu stoppen. Dies kann dann nur noch durch die Staatsanwaltschaft bzw. durch das zuständige Gericht geschehen.¹

Keine Anzeigepflicht
bei Kindesmisshandlung

Anzeigepflicht gegenüber der Krankenkasse

Nach § 294a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind **Vertragsärzte, MVZs und Krankenhäuser verpflichtet, Krankenkassen mitzuteilen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine behandlungsbedürftige Krankheit auf eine Kindesmisshandlung zurückzuführen ist. Eine Ausnahme gilt allerdings, wenn die Misshandlung durch Familienangehörige erfolgt, die mit dem Kind in häuslicher Gemeinschaft leben. Andernfalls muss der Arzt der Krankenkasse den Namen des möglichen Verursachers nennen und ggf. seine Dokumentation zur Verfügung stellen.** Die Krankenkasse soll den Verursacher in Regress nehmen können. Sieht der Arzt von der Datenübermittlung an die Krankenkasse ab, kann er seinerseits wegen Verursachung eines sonstigen Schadens in Regress genommen werden.

Anm. d. Red.: Die Meldepflicht wurde zum 13.08.2013 aufgehoben. Jetzt gilt: Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht jedoch keine Mitteilungspflicht nach Satz 1, § 294a SGB V.

2.2. Sexuelle Gewalt

In der ärztlichen Versorgung steht das Kind im Vordergrund, nicht das Gewaltproblem in unserer Gesellschaft. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch die medizinischen Hilfen motiviert, die dem Kind gegeben werden.

Wohl des Kindes
im Vordergrund

Kinder, die in ihrer Familie Gewalt erleiden, sind darauf angewiesen, dass Erwachsene ihre Situation erkennen und bereit sind, Hilfe zu organisieren. Als Arzt oder Ärztin haben Sie die Interessen und das Wohlergehen des Kindes im Blick. Dieses Wohl ist nicht immer unbedingt durch die sofortige Herausnahme des Kindes aus

Handeln Sie mit Bedacht

¹ Weitere Gesetze im Anhang

seiner Familie herzustellen. Auch wenn Gewalt in der Familie oder in der näheren Umgebung ausgeübt wird, kann dennoch ein Verbleib des Kindes in seinem Umfeld sinnvoll und angemessen sein. Auch misshandelte Kinder hängen in der Regel an ihren Eltern. Angemessene Hilfe kann deshalb in vielen Fällen – vor allem, wenn keine akute Gefährdung des Kindes vorliegt – darin bestehen, Mütter und Väter bei ihren Erziehungsaufgaben professionell zu unterstützen. Ärztinnen und Ärzte können Eltern auf geeignete Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen vor Ort aufmerksam machen und ggf. den Kontakt zu diesen Institutionen vermitteln (Erziehungsberatungsstelle, Frühförderstellen, Kinderschutzbund, Familienbildungsstätten).

Beratungsstellen und Kinderschutzeinrichtungen werden in der Regel nur dann tätig, wenn sich betroffene Eltern eigeninitiativ an sie wenden. Im Unterschied dazu haben Jugendämter zusätzlich die Möglichkeit und die Verpflichtung, aktiv auf Eltern zuzugehen. In allen Fällen, in denen die Gefahr oder der Verdacht auf eine Gefährdung des Kindes vorliegt, ist gemäß § 8a SGB VIII das Jugendamt für die Einschätzung des Risikos und die Organisation des Hilfeprozesses zuständig:

Ärztinnen und Ärzte können sich gemäß § 4 Abs. 2 KKG in Zweifelsfällen jederzeit an das örtliche Jugendamt wenden und dort fachliche Unterstützung bei der (pseudodynamisierten) Abklärung des Verdachts einholen und Möglichkeiten des Umgangs mit der betroffenen Familie besprechen. Um eine reibungslose Zusammenarbeit in akuten Problemsituationen sicherzustellen, ist es sinnvoll, die Rahmenbedingungen einer solchen Kooperation sowie nach Möglichkeit auch die Ansprechpartner/innen im Jugendamt oder (anonymisiert) einer Beratungsstelle zum Schutz von Kindern fallunabhängig zu klären. Klare Absprachen erleichtern den Kontakt und die Problemlösung in Akutsituationen.

Hilfreich ist, in einem Fall von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch, dem Kind gegenüber unbefangen zu bleiben. Entsetzte oder empörte Äußerungen wie „Das ist ja schrecklich, was Dir angetan wurde!“ sind nicht hilfreich. Geben Sie dem Kind ein Gefühl der Sicherheit. Hilfreich ist, wenn auch das Verhalten gegenüber der Begleitperson ruhig und zugewandt ist. Vorwürfe und Vermutungen gegenüber Erziehungsberechtigten oder ein Dramatisieren des Falles helfen nicht weiter.

Wenn in einer Familie Gewalt ausgeübt wurde, können an Sie als Ärztin bzw. Arzt hohe Erwartungen gerichtet werden. Insbesondere dann, wenn Sie das Problem direkt angesprochen haben. Die Bitte um Hilfe kann sowohl vom Kind als auch von der begleitenden Person ausgehen. Hier ist es hilfreich Ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen genau zu kennen. Das Vertrauen, das Ihnen entgegengebracht wird, darf nicht durch Versprechen, die Sie später nicht einhalten können, zerstört werden.

Es wird in der Regel nicht möglich sein, den Fall allein zu behandeln und das Problem des Kindes und der Familie zu lösen, insbesondere nicht bei Fällen innerfamiliären sexuellen Missbrauchs oder Vernachlässigung. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfeeinrichtungen ist unbedingt erforderlich. Ärzten kommt dabei die Rolle von Initiatoren zu, die den Kontakt zu anderen helfenden Institutionen herstellen. Auch wenn der Fall von anderen Professionen versorgt und gegebenenfalls koordiniert wird, können Sie weiterhin Ihre Kompetenz und Ihr Verständnis für das Kind und die Familie einbringen.

Eigene Bewertung
und Einstellung klären

Eigene Möglichkeiten
und Grenzen kennen

Zusammenarbeit mit anderen
Hilfeeinrichtungen suchen

2.3. Konsequenzen für die ärztliche Praxis

Die Hilfen, die ein misshandeltes oder missbrauchtes Kind und dessen Familie benötigen, sind unter Umständen sehr differenziert und zeitintensiv. Dies erfordert die systematische Zusammenarbeit verschiedener Fachleute. Die ärztliche Praxis ist Teil eines Systems von Einrichtungen, die Hilfen anbieten. In diesem Kontext sind die folgenden Institutionen wichtige Ansprechpartner:

Jugendamt

Als staatliche Institutionen haben die Jugendämter den gesetzlichen Auftrag, bei Vorliegen einer Gefährdung den Schutz von Kindern sicher zu stellen und Hilfen für betroffene Kinder und ihre Eltern zu organisieren. Sie haben allen Hinweisen über eine (drohende) Gefährdung nachzugehen, sich entsprechende Informationen zu verschaffen und das Gefahrenpotential einzuschätzen. Jugendämter können betroffenen Kindern und Eltern einerseits Hilfen anbieten und andererseits ggf. eine Trennung des Täters vom Opfer durchsetzen und z. B. eine Fremdunterbringung des Kindes einleiten. Wenn die Eltern keine Einwilligung dazu erteilen, kann das Jugendamt ein Kind vorübergehend „in Obhut nehmen“ und den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts oder des Sorgerechts in die Wege leiten. Über Veränderungen oder Einschränkungen des Sorgerechts entscheidet das Vormundschafts- bzw. das Familiengericht. (Adressen unter www.aerztlicher-leitfaden-kinderschutz-nds.de)

Spezialisierte Beratungsstellen

In Niedersachsen gibt es 30 Beratungsstellen, die sich auf die Arbeit zu Kindesmisshandlung und sexualisierter Gewalt spezialisiert haben. Diese „Beratungsstellen zum Schutz von Kindern vor Gewalt“ beraten und unterstützen nicht nur die Betroffenen selbst, sondern stehen auch als Ansprechpartner für Fachkräfte anderer Professionen zur Verfügung (Adressen unter www.aerztlicher-leitfaden-kinderschutz-nds.de)

Einrichtungen des Kinderschutzbundes

Die Angebote des Kinderschutzbundes sind von Ort zu Ort unterschiedlich gestaltet. Welche Ortsverbände eine Beratungsstelle vorhalten, kann beim Landesverband des Kinderschutzbundes erfragt werden (www.kinderschutzbund-niedersachsen.de). Grundsätzlich können die Einrichtungen des Kinderschutzbundes Auskunft über die vor Ort existierenden Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder geben.

Kinderschutz-Zentren

Die Kinderschutz-Zentren in Hannover und Oldenburg stellen ein umfassendes Hilfeangebot für Kinder, Jugendliche und Eltern bei Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt zur Verfügung. Dazu gehören Beratung, Diagnostik, Fachberatung und je nach lokaler Ausrichtung Therapie, qualifizierte Weiterleitung, Qualifizierung. (www.ksz-hannover.de und www.kinderschutz-ol.de)

Familien-, Erziehungs- und Psychologische-Beratungsstellen

Auch in Beratungsstellen ohne spezifisches Angebot zum Thema „Kindesmisshandlung“ besteht grundsätzlich die Möglichkeit, betroffene Eltern zu beraten und zu unterstützen. Auch eine kollegiale Beratung ist möglich. (Adressen unter www.dajeb.de)

Die ärztliche Praxis ist
Teil des Hilfesystems

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) übernimmt seinen Part im Rahmen der Fürsorge und Förderung der Kindergesundheit, u. a. im Rahmen von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schuleingangsuntersuchungen.

In § 5 Abs. 1 Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NgöGD) ist geregelt, dass der kommunale ÖGD, gemeinsam mit Kindertageseinrichtungen, gesundheitsfördernde Maßnahmen zum Schutz der Kinder- und Jugendgesundheit durchzuführen hat. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit zur Durchführung ärztlicher Untersuchungen. Hierüber entscheiden die Landkreise und kreisfreien Städte seit dem 01.01.2007 im eigenen Wirkungskreis.

Nachdem das NgöGD überarbeitet wurde, sind zukünftig Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen verbindlich vorzunehmen. Im Niedersächsischen Schulgesetz wird seit dem 01.08.2007 eine korrespondierende Teilnahmeverpflichtung für einzuschulende Kinder und deren Erziehungsberechtigte getroffen. Weitere Informationen unter www.nlga.niedersachsen.de

Kooperation mit anderen Einrichtungen

Effektive Hilfen können Ärzte organisieren, je besser sie über andere Einrichtungen informiert sind. Im Serviceteil dieses Leitfadens finden Sie eine Übersicht über spezielle Hilfeeinrichtungen und Behörden. Trotz knapper Zeit in den Praxen ist es eine sinnvolle Möglichkeit interdisziplinäre Kooperationen zu entwickeln und zu fördern, sowie Fortbildungen und Arbeitskreise der beteiligten Fachinstitutionen und –personen auf lokaler bzw. regionaler Ebene zu nutzen.

Kommunikation und Kooperation
mit anderen Einrichtungen

Projekt „Kinderschutz“

Das Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und ihre Außenstelle Oldenburg bietet niedergelassenen und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten flächendeckend in Niedersachsen nun auch unabhängig von einer Strafanzeige eine kostenfreie diagnostische Unterstützung. Bei Bedarf bietet die Ambulanz auch Spurensicherung bei vermuteter Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch (www.mh-hannover.de/20103.html). Mit den verschiedenen Projektbausteinen wie der „Hotline Kinderschutz“, Untersuchungen in der Kinderschutzambulanz (Hannover und Oldenburg) und dem Telekonsildienst „Forensikon“ werden eine qualifizierte medizinische Beratung und Interpretation von Verletzungen schnell, niederschwellig und unkompliziert bereitgestellt.

3. Diagnostik und Befunderhebung

3.1. Diagnostik als Prozess

Der Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch kann auf verschiedene Weise entstehen:

- Aufgrund von körperlichen Symptomen, z. B. eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene.
- Aufgrund von auffälligem Verhalten des Kindes, z. B. plötzlich eintretender Schulleistungsknick mit sozialem Rückzug.
- Aufgrund von anamnestischen Angaben, z. B. unvollständige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäufte Unfälle.
- Aufgrund einer gestörten familiären Interaktion, z. B. mangelnde Zuwendung der Mutter oder feindseliges Verhalten gegen das Kind.
- Aufgrund einer auffälligen zeitlichen Verzögerung zwischen Verletzungszeitpunkt und der Vorstellung in einer Arztpraxis.

Wichtig ist, wie auch im allgemeinen medizinischen Verständnis, ein kindgerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche kann in unauffälliger Form erfolgen. Hilfreich ist, auch das Positive einer Untersuchung hervor zu heben. Bestätigen Sie dem Kind, dass es grundsätzlich gesund ist. Ziel ist es, dem Kind die Sicherheit zu vermitteln, dass es über seine Gewalterfahrungen frei sprechen kann. Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation geben Ihnen die Befundbögen im Anhang.

3.2. Körperlicher Befund

Symptome, die auf eine körperliche Misshandlung deuten können, sind häufig nicht einfach zu bestimmen. In jedem Fall ist eine Ganzkörperuntersuchung des vollständig entkleideten Kindes vorzunehmen. Hierbei sollte zusätzlich eine Inspektion des Anogenitalbereiches erfolgen, um etwaige Hinweise auf einen koexistierenden sexuellen Missbrauch zu erkennen. Neben der Beurteilung der zur Vorstellung führenden Verletzung ist es von eminenter Bedeutung, koexistierende akute oder ältere Verletzungen, welche nicht von den Kindseltern angegeben wurden, zu erkennen.

Hautunterblutungen und –wunden sind die in der täglichen Praxis am häufigsten im Zusammenhang mit Misshandlung vorkommenden Verletzungen, welche einer genauen Dokumentation und Befundbeschreibung bedürfen: Lokalisation, Farbe (Mehrzeitigkeit), Größe, Form/ Formung, Gruppierung und Zeichen der Wundheilung. Zusätzlich sollten die Verletzungen ausgemessen und mit einem Maßstab fotografiert (Detail- und Übersichtsaufnahme) werden. Spezielle Dokumentationsbögen sind unter dem Download www.kindesmisshandlung.de abrufbar (Herrmann et al., 2010).

Diagnostik

Bei Verdacht auf Misshandlung das unbedeckte Kind untersuchen

Kriterien für Hämatome und Wunden auf der Haut

Unfallbedingte Verletzungen, d.h. akzidentelle Verletzungen, im Kindesalter finden sich meist über knöchernen Vorsprüngen, mit denen Kinder an Gegenstände oder Flächen stoßen. Dagegen sind Verletzungen an untypischen und bei Stürzen selten betroffenen Lokalisationen verdächtig und weisen eher auf eine Misshandlung hin: Ohren, Kieferwinkel / Mastoid, Wangen, Oberlippe, Lippenbändchen, Schulter / Oberarme (symmetrisch), Unterarme ventral (Parierteite), Handrücken, Brustbereich, Bauch, Rücken, Gesäß, Genitale, Ober- und Unterschenkel dorsal, Fußrücken. Wichtig ist, dass Verletzungen auf ihre Plausibilität überprüft werden. Die Begleitumstände, wie z. B. die Beschaffenheit eines Untergrundes, die Art der Bekleidung oder eine mögliche Fallhöhe müssen erfragt und die Befunde im Zusammenhang interpretiert werden. Ferner sollte gezielt die ethnische Zugehörigkeit erfragt werden, um Hinweise auf bestimmte Hautbefunde (insbesondere) im Bereich der unteren Rückenpartie, über dem Steißbein oder des Gesäßes (Mongolenfleck) sowie mögliche volksheilkundliche Praktiken als Differentialdiagnose auszuschließen.

Zeigen sich geformte Hautunterblutungen sind diese häufig durch Gegenstände oder Hände verursacht. Die verwendeten Gegenstände, wie beispielsweise Stöcke, Riemen oder Gürtel, führen zu einem typischen Doppelstriemenmuster als Negativabbildung des Schlagwerkzeugs. Daneben können Biss- und Kratzverletzungen hinweisend auf eine Misshandlung sein. Bissverletzungen imponieren typischerweise als zwei einander gegenüber liegende halbmond- oder hufeisenförmige Hautunterblutungen mit zentraler Aussparung. Oberflächliche Hautläsionen oder -abschürfungen können hierbei ebenfalls auftreten. Bissverletzungen mit einem Abstand der Eckzähne von mehr als 3 cm deuten auf das Gebiss eines Erwachsenen hin. Die Lokalisation der Bissverletzung sowie die Ausbildung von Hämatomen/ punktförmigen Hauteinblutungen (Petechien) im Sinne eines ‚Knutschfleckes‘ können auf eine sexuelle Motivation hinweisend sein.

Beim Schütteltrauma wird ein Säugling an den Oberarmen (mögliche Folge: Hämatome, Frakturen) und/ oder dem Thorax (mögliche Folge: Rippenfrakturen) festgehalten und der Körper gewaltsam und heftig geschüttelt. Dieser Mechanismus mit Beschleunigungs-, Abbrems- und Rotationskräften führt zu einem unkontrollierten Vor- und Zurückpendeln des relativ schweren kindlichen Kopfes und Umherschwappen des kindlichen Hirnes. Durch Scherkräfte zwischen Hirn und der am Knochen anhaftenden harten Hirnhaut (Dura mater) kann es zu Einrissen der Brückenvenen mit nachfolgendem Subduralhämatom sowie in den meisten Fällen auch zu Einrissen retinaler Gefäße mit sich anschließenden Netzhautblutungen sowie ggfs. auch Glaskörperblutungen kommen. Geschüttelte Kinder zeigen häufig keine äußeren offensichtlichen Verletzungen. Stattdessen weisen sie häufig zunächst unspezifische subklinische Symptome auf (Debertin und Sperhake, 2008). Die klinische Symptomatik infolge eines Schütteln ist variabel und reicht von einem reduzierten Allgemeinzustand, einer Trinkschwäche und Nahrungsverweigerung über Schläfrigkeit, Erbrechen (Hirndruckzeichen) und Muskelhypotonie bis hin zu Somnolenz, Krampfanfällen, Apathie und Koma. Bei einem manifesten Schütteltrauma gibt es aufgrund der diffusen Hirnschädigung kein symptomfreies Intervall. Kommt es neben dem reinen Schütteln zu einem Anprall des Kopfes gegen einen Gegenstand (Shaken-Impact-Syndrom), können die zusätzliche direkte Gewalteinwirkung und Dezelerationskräfte auf das Gehirn zu einer zunehmenden Schwere der Verletzungen führen.

Zwischen Verletzung und Misshandlung differenzieren

Hinweise auf Schlaggegenstände

Subdurales Hämatom durch Schütteltrauma

Epidurale Hämatome sind meist akzidenteller Genese. Beim **epiduralen Hämatom** kommt es nach einigen Stunden oder wenigen Tagen zu Erbrechen, zunehmenden Bewusstseinsstörungen, neurologischen Ausfallerscheinungen und schließlich zu Bewusstlosigkeit. Eine Operation ist dann meist unumgänglich, um das Leben des Kindes zu retten.

Epidurales Hämatom

Im Rahmen eines Würgens oder Drosseln mit Kompression der Halsvenen und folgender Blutstauung können feine flohstichartige bis stecknadelkopfgroße Einblutungen in den Lidhäuten, Augenbindehäuten, der Mundschleimhaut, der Hinterohrregion und der Gesichtshaut auftreten. Flächenhafte Einblutungen hingegen sprechen für eine direkte stumpfe Gewalteinwirkung (Schlag). Selten auftretende Augenveränderungen sind Glaskörperblutungen im Anschluss an ein Schädelhirntrauma mit intrakranieller Blutung.

Augenverletzungen

Bei **Verbrennungen und Verbrühungen** lässt ein dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechendes Muster der Läsionen an Misshandlung denken. Unfallmäßige Verbrühungen entstehen, wenn ein Kleinkind heiße Flüssigkeit vom Tisch herunterzieht. In diesem Fall sind vor allem Hals, Brust, Schultern und Gesicht betroffen, im Sinne von unregelmäßig und asymmetrisch verteilten Spritz- und Tropfmustern. Wenn ein Kind oder dessen Extremitäten absichtlich in heißes Wasser eingetaucht wird, kommt es dabei häufig zu symmetrischen Verbrühungen (handschuh- oder sockenförmig) mit einer scharfen Abgrenzung zur umgebenden gesunden Haut. Als typische Lokalisationen sind hierbei Hände/ Unterarme, Füße / Unterschenkel und das Gesäß zu benennen. Sie sollten sich bei jeder Verbrühungsverletzung den genauen Hergang schildern lassen und den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen. Kreisförmige, tiefreichende Verbrennungen der Haut können durch ein absichtliches Aufpressen einer Zigarette verursacht sein, wobei sich dann die Fläche der Zigarette (\varnothing 0,75-1 cm) auf der Haut darstellt. Bei unfallbedingtem oder flüchtigem fremdbeigebrachten Kontakt mit einer Zigarette findet sich hingegen eine oberflächliche Verletzung („Wischspur“). Große runde Verbrennungen am Gesäß entstehen auch dadurch, dass Kinder auf die heiße Herdplatte gesetzt werden.

Verbrennungen und Verbrühungen

Bei **Skelettverletzungen** ist zu beachten, dass äußere Schwellungen und Hautblutungen als Markersymptome häufig, aber nicht immer vorhanden sind. Wenn ein völlig ruhiges Kind immer wieder schreit, wenn es hochgenommen oder gefüttert wird, kann u. U. ein Rippenbruch vorliegen, der von außen nicht erkennbar ist. Dauerhafte Schonung von Extremitäten kann auf verdeckte Knochenbrüche hinweisen.

Verletzungen des Skeletts
auch ohne Markersymptome

Polytope Brüche verschiedenen Alters sowie periostale Reaktionen in unterschiedlichen Heilungsstadien deuten fast immer auf Misshandlungen hin. Besonders betroffen sind meistens Rippen und lange Röhrenknochen. Nahezu pathognomonisch sind metaphysäre und epiphysäre Frakturen bei normaler Knochenstruktur, wenn ein adäquates Trauma in der Anamnese fehlt. Hier können hochauflösende Ultraschallköpfe oder ein Ganzkörper-MRT wertvolle diagnostische Hilfe leisten (Herrmann et al., 2010).

Frakturen

Schädelfrakturen, die über mehrere Nähte verlaufen, Impressions- oder Trümmerfrakturen ohne entsprechende Vorgeschichte und wachsende Frakturen müssen immer den Verdacht auf eine Misshandlung nahe legen. Wenn zu solchen Schädelfrakturen noch verschieden alte und verschieden lokalisierte Hämatome am übrigen Körper und/oder ältere Frakturen anderer Skelettanteile hinzukommen, muss die Diagnose der Kindesmisshandlung ausgesprochen werden, auch wenn dies von den Eltern verneint wird (Jacobi, 1995).

Das Auftreten von schwerwiegenden **Knochenbrüchen bei Kindern** von einem Lebensalter **unter drei Jahren** muss als hochverdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden (*Dalton, 1990*).

Bei Verdacht auf Misshandlung sollte ein Skelettscreening durchgeführt werden, das die Darstellung aller Extremitäten, des Brustkorbs, des Beckens frontal, des Schädels und der Wirbelsäule umfasst. Eine komplette Abbildung eines Kindes („Babygramm“) ist aufgrund von Verzerrungsartefakten und unscharfer Abbildung der Metaphysen kontraindiziert. Eine Skelettszintigraphie als alleinige diagnostische Maßnahme gilt ebenfalls als kontraindiziert und kann bei frischen Rippenbrüchen als komplementäre, jedoch nicht als alleinige Diagnostik, eingesetzt werden (Herrmann et al., 2010).

Bei Misshandlung können innere Verletzungen entstehen, die durch stumpfe Gewalteinwirkung (Schläge/ Tritte) und somit durch direkte Organkontusionen, Organeinrisse, Blutungen und Hohlorganrupturen verursacht werden. Ferner können durch Akzelerations- und Dezelerationskräfte im Rahmen eines Schüttelns des kindlichen Körpers derartige Verletzungen entstehen. Innere Verletzungen sind selten und schwer zu erkennen, weil meist keinerlei Hautbefunde auftreten. Andererseits können sie sehr gefährlich werden. Sie sind die zweithäufigste Todesursache bei körperlicher Misshandlung. Im einzelnen kommen vor:

- Magen- oder Dünndarmperforationen
- Einrisse der Gekrösewurzel
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauchspeicheldrüseneinrisse
- Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämatooperikard

Anhaltendes Erbrechen, Schmerzen, ein aufgetriebener Bauch, Ausbleiben der Darmgeräusche, Störungen des Stuhlgangs, Entzündungen des Bauchfells und Schock können durch **Darmverletzungen** hervorgerufen sein.

Vernachlässigung kann sich in einem Mangel an elterlicher Aufsicht zeigen, z. B. an **Vergiftungen**. Folgende Symptome lassen daran denken: Müdigkeit, Apathie, „Abwesenheit“, Gangunsicherheit und Bewusstlosigkeit. Vergiftungen können bei Säuglingen und Kleinkindern aus folgenden Gründen vorkommen:

- Überdosierung eines verordneten Schlaf- oder Beruhigungsmittels (das Kind schläft nicht, das Kind ist unruhig). Eventuell wurden Beruhigungsmittel auch verabreicht, um das Kind ruhig zu stellen, damit die Betreuungsperson ungestört ist bzw. anderen Aktivitäten nachgehen kann.
- Einnahme eines ungesicherten Medikaments durch Kleinkinder (Aufbewahrung von Medikamenten und Sicherheitsmaßnahmen diskutieren).
- Medikamentengabe als Tötungsversuch bei erweitertem Selbstmordversuch oder im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.
- Beim Verdacht auf Vergiftung sollte unbedingt eine Klinikeinweisung erfolgen (Drogenscreening und Blutalkoholuntersuchung).

Ebenso kann auch ein zerstörtes Milchzähnegebiss durch mangelnde Mundhygiene entstanden sein und so ein Zeichen für Vernachlässigung des Kindes darstellen.

Skelettuntersuchungen
in Verdachtsfällen

Innere Verletzungen

Darmverletzungen

Vergiftungen

Über 90% der Kinder, die sexuell missbraucht wurden, zeigen nach neueren Studien keine diagnostisch eindeutigen Befunde. Normalbefunde schließen einen Missbrauch aber niemals aus. Es gibt nur wenige beweisende medizinische Befunde eines sexuellen Missbrauchs, wie der Nachweis von Spermien oder eine Deflorationsverletzung, d.h. ein bis auf den Scheidengrund reichender Defekt des Hymenalsaums typischerweise zwischen 3 und 9 Uhr in Steinschnittlage. Ein weiter Eingang der Vagina oder auch eine venöse anale Stauung gelten nicht mehr als pathologisch oder gar als diagnostischer Beweis eines sexuellen Missbrauchs. Es gibt eine Vielzahl von unspezifischen Befunden, wie beispielsweise Rötungen und Entzündungen, vaginaler Ausfluss und anale Dilatationen sowie differenzialdiagnostische Aspekte wie etwa akzidentelle Pfählungsverletzungen, denen keine diagnostische Wertigkeit in Bezug auf einen sexuellen Missbrauch zukommt (Debertin et al., 2007, Herrmann et al., 2010). Die Interpretation der Befunde erfordert ein spezialisiertes Fachwissen mit Kenntnissen der erforderlichen speziellen Untersuchungstechniken, der Normvarianten anogenitaler Strukturen mit Abgrenzung zu Missbrauch-assoziierten Befunden und Berücksichtigung der hormonellen Beeinflussung sowie ggfs. Heilungsverläufen anogenitaler Verletzungen. Eine qualifizierte Untersuchung ist durch eine/n auf diesem Spezialgebiet erfahrene Ärztin oder erfahrenen Arzt einer anerkannten Untersuchungsstelle (z.B. rechtsmedizinische Kinderschutzambulanz an der MHH) und/oder einer Kinderschutzgruppe durchzuführen (siehe weiter auch Kapitel 3.3).

Körperlicher Befund bei sexuellem Missbrauch

3.3. Psychischer Befund und Verhalten des Kindes

Die Erhebung des psychischen Befundes gehört üblicherweise weder in der Praxis noch in der Klinik zum diagnostischen Alltag.

In der Fachliteratur über Kindesmisshandlung wird ein Merkmal als typisch beschrieben: Das Kind zeigt eine „gefrorene Aufmerksamkeit“ (frozen watchfulness). Es sitzt still auf seinem Platz und beobachtet seine Umgebung quasi aus den Augenwinkeln heraus, ohne sich zu bewegen. Es bewegt sich erst dann, wenn es sich unbeobachtet fühlt. Als weitere typische Symptome für misshandelte Kinder werden emotionale Störungen (anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität und mangelndes Selbstvertrauen) und Schwierigkeiten im Sozialverhalten beschrieben. Die Kinder sind entweder auffallend ruhig und zurückgezogen oder aber besonders aktiv, unruhig und schwierig (Aggressivität, Distanzlosigkeit). Bei der Entwicklungsbeurteilung findet man häufig Rückstände in der Motorik und Sprache.

Merkmale von misshandelten und vernachlässigten Kindern

Manchmal geben misshandelte Kinder verschlüsselte Botschaften wie: „Hier gefällt es mir.“ oder „Ich gehe gern ins Krankenhaus.“, die aussagen können, dass die Situation zu Hause schwer erträglich ist, ohne sie als solche zu benennen.

Manche Kinder, die in einer deprivierenden Umgebung leben, entwickeln sich in einer neuen Situation (z. B. während des Klinikaufenthaltes) rasch zum Positiven.

Der Verdacht auf sexuellen Missbrauch entsteht manchmal durch auffälliges Verhalten des Kindes. Es zeigt inadäquates, sexualisiertes Verhalten oder nicht alterssprechendes Wissen über Sexualität, das im Spiel oder in Zeichnungen dargestellt wird. Als Folge einer Missbrauchssituation kann eine plötzliche Verhaltensveränderung ohne ersichtlichen Grund entstehen. Kinder meiden das Alleinsein mit einer bestimmten Person oder haben einen Schulleistungsknick, häufig verbunden mit sozialem Rückzug (internalisierendes Verhalten) oder unangemessener Aggressivität (externalisierendes Verhalten).

Auffälliges Verhalten des Kindes

Seelische Gewalt

Seelische Gewalt und psychische Vernachlässigung können üblicherweise durch Verhaltensauffälligkeiten und durch mögliche Entwicklungsstörungen diagnostiziert werden. Verhaltensauffälligkeiten sind allerdings nicht spezifisch für Misshandlung, sie können viele Ursachen haben. Es gibt kein eindeutiges Merkmal und kein gesichertes diagnostisches Instrument, um seelische Gewalt zu erkennen. Hilfreich ist am ehesten eine ruhige Exploration des Kindes in vertraulicher Situation. Es ist jedoch möglich, zumindest einen Verdacht zu erhärten. In der Literatur werden eine Vielzahl von diagnostischen Hinweisen auf seelische Misshandlung gegeben, wenn organische Ursachen ausgeschlossen sind. Die meisten dieser Symptome sind auch bei sexuellem Missbrauch zu beobachten oder gehen mit körperlicher Gewalt einher (Eggers, 1994).

Zur Diagnostik kann ein Kinder- und Jugendpsychiater oder ein psychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hinzugezogen werden.

Diagnose nur durch Verhaltensauffälligkeiten

Symptome bei seelischer Gewalt		
Säuglingsalter	Kleinkindalter	Schulalter
<ul style="list-style-type: none"> • Gedeihstörung • Motorische Unruhe • Apathie • „Schreikind“ • Nahrungsverweigerung Erbrechen, Verdauungsprobleme • Psychomotorische Retardation 	<ul style="list-style-type: none"> • (Sekundäre) Enuresis • (Sekundäre) Enkopresis • Daumenlutschen • Trichotillomanie • Nägelbeißen • Spielstörung • Freudlosigkeit • Furchtsamkeit • Passivität, Zurückgezogenheit • Aggressivität, Autoaggressionen • Distanzschwäche • Sprachstörung • Motorische Störungen und Jaktationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktstörungen • Schulverweigerung, Abnahme der Schulleistungen, Konzentrationsstörungen • Mangel an Ausdauer, Initiativverlust • Hyperaktivität, „Störenfried“-Verhalten • Ängstlichkeit, Schüchternheit, Misstrauen • Suizidgedanken, Versagensängste • Narzisstische Größenphantasien, Tagträumereien

3.4. Sexuelle Gewalt

Bei sexuellem Missbrauch gibt es kaum eindeutige Symptome. Deshalb ist immer eine Differentialdiagnose zu erstellen. Zu den oben beschriebenen Verhaltensweisen werden weitere Verhaltensauffälligkeiten beobachtet. Diese Symptome sind ebenfalls unspezifisch und müssen weiter abgeklärt werden:

Gestörtes Essverhalten, Schlafstörungen, Rückfall in ein Kleinkindverhalten (Regression), Weglaufen von zu Hause, Distanzlosigkeit, sexualisiertes Verhalten, Ablehnung des eigenen Körpers, Sexualstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Affektlabilität, Depressivität, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis, Alpträume, unklare Angstzustände, Schmerzen (z. B. Bauchschmerzen), Sprachstörungen, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Konversionssyndrome.

Zusätzliche Symptome

Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät muss man immer an die Folge eines Missbrauchs denken. Daneben gibt es noch unspezifische Symptome, die ebenfalls beim Missbrauch entstehen können. Dazu zählen rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis. Liegen massive, akute anogenitale Verletzungen, die nicht durch ein Unfallgeschehen erklärbar sind, eine gesicherte Gonorrhö oder Syphilis nach Ausschluss einer angeborenen Infektion oder Nachweis von Sperma vor, können diese Befunde als beweisend für einen sexuellen Missbrauch angesehen werden.

Condylomata acuminata können auf eine sexuelle Übertragung hinweisen, sind jedoch als alleiniges Merkmal nicht beweisend für einen sexuellen Missbrauch.

Auch Hämatome und Bisswunden im Genital- und Analbereich können Zeichen einer sexuellen Gewalt darstellen. Sehr oft jedoch ist sexueller Missbrauch auch bei der körperlichen Untersuchung nicht diagnostizierbar.

Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten sind keineswegs Beweise für eine Misshandlungs- oder Vernachlässigungssituation. Sie dienen allenfalls als Hinweise und können selbstverständlich auch andere Ursachen haben. So sind bei diesen Befunden „körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt gegen das Kind“ bzw. „belastende Lebensumstände“ in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einzu-beziehen.

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

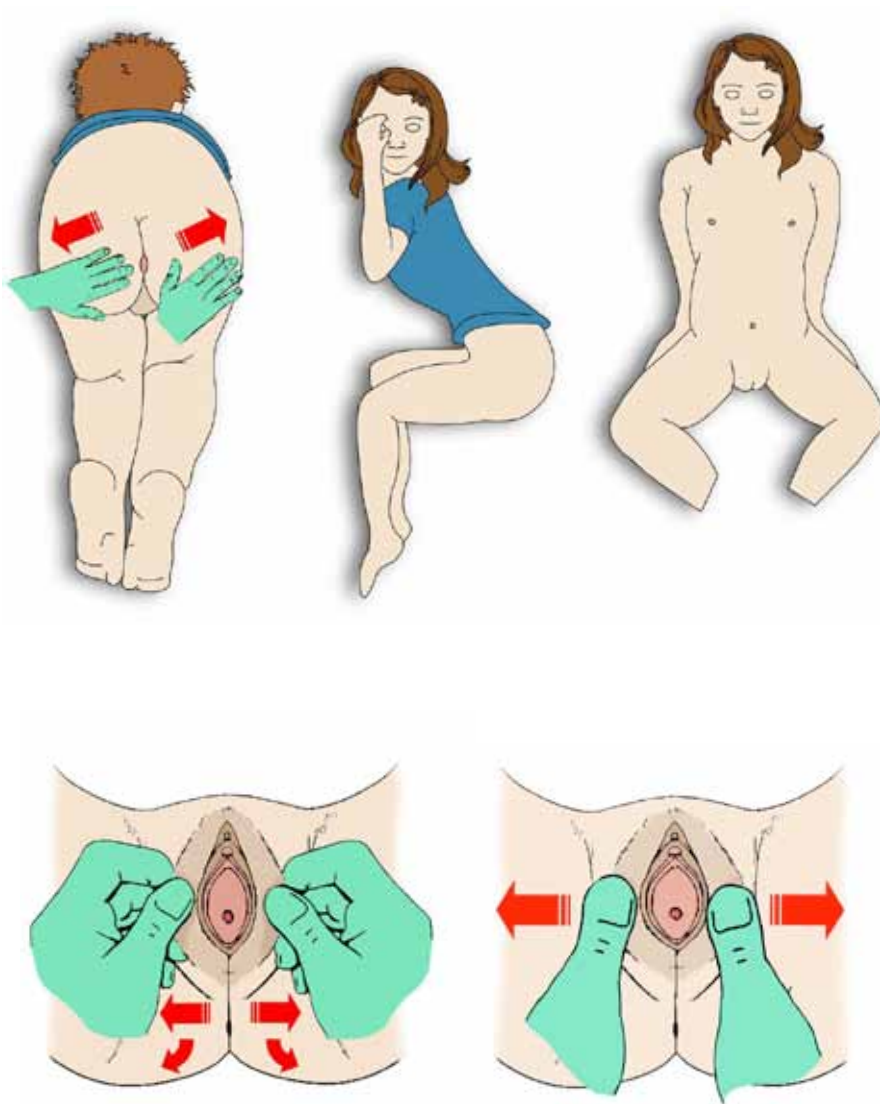
Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch setzt sich zusammen aus der Erhebung eines Allgemeinzustand und eines Genitalstatus. Spezielle Dokumentationsbögen sowie ein Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch sind unter dem Download www.kindesmisshandlung.de abrufbar (Herrmann et al., 2010).

Bei der Allgemeinuntersuchung ist ein pädiatrischer Status enthalten, bei dem insbesondere die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind, genau untersucht werden, wie z. B. Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite.

Bei der Untersuchung beachten Sie bitte, dass das betroffene Kind eine körperliche Untersuchung als einen weiteren Übergreif erleben kann. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, sollte die genitale Befunderhebung bei Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch von einer/m speziell qualifizierten Untersucherin oder Untersucher vorgenommen werden. Empfehlenswert ist die Kontaktaufnahme zu einer anerkannten Untersuchungsstelle.

Somatische Untersuchung

Bei der anogenitalen Untersuchung erfolgt zunächst die Inspektion der äußeren Anogenitalregion in Rückenlage (Mädchen) bzw. Seitenlage (Junge). Durch Separation (Spreizen) und Traktion (leichter Zug nach unten und außen) der großen Schamlippen wird das Vestibulum, die Fossa navicularis und das Hymen einsehbar. Anzuschließend ist die Untersuchung eines Mädchens in der Knie-Ellenbogen-Lage zur verbesserten Entfaltung des Hymens und Beurteilung des Anus. Bei einem gelappten und gefälten Jungfernhäutchen durch Östrogenisierung in der Pubertät ist es hilfreich mit einem angefeuchteten Wattestieltpuffer den Hymenalsaum zu umfahren, um Verletzungen zu identifizieren. Eine Asservierung forensisch bedeutsamer Spuren ist bei präpubertären Kindern meist nur innerhalb von 24-48 Stunden nach der Tat sinnvoll. Allerdings sollte auch bei länger zurückliegenden Ereignissen eine baldmögliche Untersuchung des Kindes angestrebt werden, da anogenitale und extragenitale Verletzungen zu einem späteren Zeitpunkt gegebenenfalls nicht mehr erhoben werden können.



Die Spurensasservierung richtet sich nach dem jeweiligen Einzelfall. Bei akuten Vorfällen sollte mit einzelverpackten, kontaminationsfreien, möglichst EO-sterilisierten (quasi DNA-freien) Wattetupfern, die im Bedarfsfall mit bidestilliertem sterilen Wasser angefeuchtet werden können, eine Asservierung von Spuren erfolgen. Das Spurenmaterial muss danach kontaminationsfrei getrocknet und aufbewahrt werden, wobei sich entsprechende DNA-freie atmungsaktive Asservierungsbeutel oder auch Asservierungstupfer in entsprechender DNA-freier atmungsaktiver Schutzhülle empfehlen. Kleidung sollte im Bedarfsfall trocken und kontaminationsfrei, am besten auch in atmungsaktiven DNA-Asservierungsbeuteln oder hilfsweise in Papiertüten asserviert werden (Debertin et al., 2011). Bei Klärungsbedarf am besten Kontakt zu einer spezialisierten Untersuchungsstelle aufnehmen.

Für ein eventuell folgendes Strafverfahren ist vor allem folgendes wichtig: Jede Befragung des Kindes, insbesondere eine suggestive Befragung, kann bezüglich einer späteren Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Kindes äußerst problematisch sein. Im Gespräch mit dem Kind ist deshalb alles zu unterlassen, was als Suggestivfrage gewertet werden könnte. Wenn sich das Kind von sich aus mitteilt, so sind dessen eigene Angaben schriftlich, wenn möglich wörtlich fest zu halten.

Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis der Untersuchung - auch zur Sicherung von Beweisen für ein etwaiges Strafverfahren - sorgfältig dokumentiert wird.

3.5. Beurteilung der familiären Situation

Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen

Auch das Verhalten der Bezugspersonen kann weitere Hinweise geben. Eltern, die ihr Kind misshandelt haben, verhalten sich in vielerlei Hinsicht anders als Eltern, deren Kinder durch einen Unfall verletzt wurden. So lehnen manche Eltern eine adäquate Behandlung oder weitergehende Untersuchungen ab, obwohl dieses dringend angezeigt ist. Viele Eltern berichten widersprüchlich von dem „Unfall“, der sich zugetragen haben soll. Der Befund passt nicht zur Schilderung des Unfallhergangs.

Die Reaktion der Eltern kann der Verletzung nicht angemessen sein. Sie ist entweder übertrieben oder untertrieben. Manchmal klagen Eltern im Detail über Belanglosigkeiten, die in keinem Zusammenhang zur Verletzung stehen.

Ein Kind kann deutliche Anzeichen von Pflegemangel und Unterernährung aufweisen, während die Eltern sich jedoch als perfekte Eltern darstellen. Der Entwicklungsstand des Kindes kann nicht altersgerecht sein, die Eltern berücksichtigen dies aber nicht. Der Umgang mancher Eltern mit dem Kind ist ständig lieblos oder überfordernd; die Erwartungen an das Kind sind völlig unrealistisch. Gegebenenfalls beobachten Sie Erregungszustände oder Kontrollverlust bei den Eltern.

Spurenkundliche Asservierung

Vermeiden Sie Suggestivfragen

Sorgfältige Dokumentation

Unkooperatives Verhalten der Eltern

Unangemessene Reaktionen der Eltern

Umgang der Eltern mit dem Kind

Bei der Früherkennungsuntersuchung im Säuglingsalter können u. a. die folgenden Beobachtungen auf Ablehnung und Vernachlässigung durch die Mutter hinweisen:

- Liebloser Umgang mit dem Kind, z. B. kein Eltern-Kind Kontakt
- Geringe Zärtlichkeit, z. B. kaum Berührungen, Mutter vermeidet Körperkontakt mit dem Kind
- Häufig verbale Restriktionen, z. B. sehr negative Feststellung über das Kind, Vorwürfe in sehr ärgerlichem Ton
- Mutter übergeht deutlich die Signale des Kindes (lächeln, quengeln, schreien)
- Reaktives (soziales) Lächeln des Kindes fehlt (mangelnder Blickkontakt)
- Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist von Unsicherheit, geringer Vorhersagbarkeit und mangelnder Verlässlichkeit gekennzeichnet
- Die Mutter wirkt überfordert und nimmt das Kind nicht in seinen kindlichen Bedürfnissen wahr

Im Rahmen der Anamneseerhebung sind die Belastungsfaktoren im sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen besonders aussagekräftig. Hierbei können Fragen zur Familiensituation helfen:

- Wer gehört zur Familie?
- Ist jemand weggegangen (Todesfall, Partnerverlust, Trennung) oder dazugekommen (Geschwisterkind, neuer Partner)?
- Wen gibt es sonst noch an Angehörigen?
- Wie geht es den Eltern, der Mutter?
- Wie kommt die Mutter mit dem Kind (den Kindern) zurecht?
- Gibt es Konfliktstoffe (mit dem Kind, Alkohol, Schulden)?
- Hat das Kind schulische Probleme?
- Wie ist die Wohnsituation?
- Gibt es Spielsachen für das Kind, hat es ein eigenes Bett?
- Wie ist der Kontakt zu Angehörigen?
- Gibt es Nachbarn, Freunde, Bekannte, an die man sich auch im Notfall wenden kann?
- Wer hat die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen gemacht?
- Haben die Eltern oder das Kind Kontakt zum Jugendamt oder zu Beratungsstellen?

Auch ein Hausbesuch kann eine gute Möglichkeit sein, die eigenen Wahrnehmungen zu überprüfen und den Lebensraum des Kindes zu beurteilen. Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen haben gegenüber den Klinikärzten den Vorteil, die soziale Situation und die Lebenssituation des Kindes zu sehen und in differentialdiagnostische Überlegungen mit einfließen zu lassen.

Anamneseerhebung im sozialen Nahbereich

Leitfragen zur Familiensituation

3.6. Bewertung der Befunde

Alle erhobenen Befunde sind zusammenfassend zu bewerten. Die Diagnose beschreibt den körperlichen und psychischen Befund des Kindes, die familiäre Interaktion und die Familiensituation. Es wird festgestellt, ob ein Kind normal entwickelt ist, ob Auffälligkeiten in seiner Entwicklung bestehen und ob diese Auffälligkeiten das Ausmaß von Behandlungsbedürftigkeit erreichen.

Die Ergebnisse der Interaktionsbeobachtung und die Erhebung der Belastungsfaktoren führen so zu einer Einschätzung von Belastungen und Stärken der Familie und von fördernden und hemmenden Einflüssen auf die Entwicklung des Kindes. Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch werden unter den Belastungen erfasst. Aus der Verteilung von Belastungen und Stärken kann sich ergeben, welche Hilfen erforderlich sind.

Wenn der Verdacht noch nicht ganz abgesichert ist, ist es nicht sinnvoll mit der Familie bzw. den Eltern darüber zu sprechen. Wichtig ist, das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind kann häufiger wieder einbestellt werden, damit Sie sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eine positive Beziehung aufbauen können. So stehen Sie weiterhin dem Kind und der Familie beratend zur Seite und können den Gesundheitszustand des Kindes beobachten. Im Einzelfall kann es schwierig sein, den Zeitpunkt genau zu bestimmen, an dem unbedingt eingeschritten werden muss. Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb bei der Abwägung der Risiken nach Möglichkeit eine/n Kollegen/Kollegin hinzuziehen und sich mit den Fachkräften im Jugendamt in Verbindung setzen.

Große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bieten Auffälligkeiten, die seltene Problemstellungen wie z. B. das Münchhausen-by-proxy-Syndrom oder auch Fälle von Selbstverletzungen von Kindern, die in ungewöhnlich frühem Lebensalter auftreten. Auch in diesen Fällen ist eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen empfehlenswert.

Hinweise aus der Anamnese

Bei einem Verdacht
zuerst Vertrauen schaffen

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch:
Unterstützung durch ein zweites Urteil

Zusammenarbeit mit anderen
Professionen

4. Fallmanagement in der Arztpraxis

Die folgenden Empfehlungen für ein gemeinsames Fallmanagement wurden im Rahmen von Kooperationstreffen zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie weiteren Hilfeeinrichtungen und Behörden entwickelt. Diese Empfehlungen gehen über Diagnostik und Befundsicherung hinaus.

4.1. Ziele, Aufgaben und Voraussetzungen

Grundüberlegung des Fallmanagements beim Verdacht auf Gewalt gegen Kinder ist die gemeinsame Betreuung des Kindes durch die Arztpraxis, Allgemeine Soziale Dienste, Gesundheitsämter, spezialisierte Beratungsstellen oder Kinderschutz-Zentren. Durch eine frühzeitige fallbezogene Kooperation der genannten Stellen ist die Grundlage für einen wirksamen Schutz des Kindes herzustellen. Eine gemeinsame Kenntnis des Falles ist darüber hinaus eine wichtige Bedingung, um bei einer unmittelbar drohenden körperlichen oder seelischen Gefährdung des Kindes Hilfen schnell verfügbar zu machen.

Kooperation und gemeinsames Fallmanagement beruhen auf einem gemeinsamen (Fall-)Verständnis sowie optimalerweise persönlichen Kontakten zwischen Arztpraxen, Allgemeinen Sozialen Diensten, Gesundheitsämtern, Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger, spezialisierten Krankenhausabteilungen und weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Problem Gewalt gegen Kinder befassen. Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten regionale Kooperationsgruppen.

Die **Arztpraxis** hat im Rahmen des gemeinsamen Fallmanagements folgende Aufgaben:

- Frühzeitiges Erkennen einer Gefährdung des Kindes
- Gesundheitliche Versorgung des Kindes und Beobachtung des Gesundheitszustandes
- Information der Eltern bzw. Begleitpersonen über die Möglichkeiten des Jugendamtes oder spezielle Beratungsangebote
- Unterstützung der Kontaktaufnahme zu Hilfeeinrichtungen durch aktive Vermittlung

Aufgabe des Jugendamtes ist die Vermittlung sozialer Hilfen, wie Beratung bei Erziehungsfragen, Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung, Beratung in wirtschaftlichen Notlagen. Bei einer unmittelbaren Gefahr für das Kind ist das Jugendamt für die Intervention zuständig. Spezialisierte Beratungseinrichtungen unterstützen die Familie bei der Problembewältigung durch Einzel- und Familientherapie.

Grundlage für ein gemeinsames Fallmanagement sind Kenntnisse in der Arztpraxis über entsprechende Beratungs- und Hilfeangebote. Die Angebote müssen für die Eltern oder Begleitpersonen des Kindes erreichbar sein. Die Voraussetzungen für ein gemeinsames Fallmanagement können unabhängig vom konkreten Fall durch persönliche Kontaktaufnahme zu den kooperierenden Stellen geschaffen werden, z. B. durch:

Gewaltprävention als Ziel des gemeinsamen Fallmanagements

Gemeinsames Fallmanagement setzt persönliche Kontakte voraus

Aufgaben der Arztpraxis

Unterstützung der Familie durch Allgemeine Soziale Dienste

Auf andere Einrichtungen zugehen

- Kontakt mit dem Jugendamt oder einer von Ihnen bevorzugten Beratungsstelle oder / und
- Einladung der zuständigen Fachkräfte in Ihre Praxis.

Ziel der Kontaktaufnahme ist die Vorstellung von Angebot und Handlungsmöglichkeiten der Beratungsstellen bzw. des Jugendamtes. Darüber hinaus bietet ein persönliches Gespräch die Möglichkeit, gegenseitige Erwartungen über die jeweiligen Aufgaben zu verdeutlichen und zu einer gemeinsamen Problemsicht zu gelangen.

Ihre persönliche Haltung zum Problem Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch ist maßgebend für Ihren Umgang mit dem betroffenen Kind und seiner Familie. Um erfolgreich handeln zu können, bedarf es eines Kontaktes zu Opfern und möglichen Verursachern, der Offenheit, Klarheit und Transparenz im Umgang mit dem Problem erfordert. Ihre Aufgabe ist es, die nach einem Erstkontakt mit der Diagnose „Verdacht auf Gewalt gegen Kinder“ möglicherweise gefährdete Arzt-Patienten-Beziehung zu stabilisieren. Nur so ist ein gemeinsames Fallmanagement in Kooperation zwischen Ihnen, dem Jugendamt und spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

Bei Trennungs- und Ehescheidungskonflikten können Sie mit der Forderung konfrontiert werden, einem Partner die Misshandlung, den Missbrauch oder die Vernachlässigung des Kindes zu attestieren. Hier ist es äußerst wichtig, eine neutrale fachliche Haltung einzunehmen. Die Gefahr einer Instrumentalisierung durch eine der Konfliktparteien ist groß.

4.2. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

Bei der Erstuntersuchung steht die Befunderhebung und -sicherung einschließlich einer Befragung der Eltern oder Begleitpersonen im Vordergrund. In diesem Zusammenhang ist auch das Wissen um vorbehandelnde Ärzte relevant. Jedes Kind mit einer Verdachtsdiagnose „Misshandlung“ oder „Missbrauch“ bitte in kurzen Abständen wieder einbestellen. In schweren Fällen ist die Einweisung in eine Klinik angezeigt.

Manchmal reicht die Diagnostik in der Arztpraxis insbesondere bei Verdacht auf eine Vernachlässigung des Kindes nicht aus. In diesem Fall können Sie sich durch einen Hausbesuch über die Wohnsituation und das familiäre Umfeld des Kindes informieren.

Eine interdisziplinäre Beteiligung von auf Kinder spezialisierte Gynäkologen und / oder Dermatologen ist an personelle und regionale Strukturen gebunden und deshalb nicht überall durchführbar. Am hilfreichsten zur fachkundigen Abklärung eines V.a. sexuellen Missbrauch ist der Kontakt zu Untersuchungsstellen mit fundierten forensischen Kenntnissen zu Verletzungen des kindlichen Anogenitalbereichs und deren Heilungsverlaufs.

Gemeinsame Ziele definieren

Bindung im Verdachtsfall an die Arztpraxis besonders wichtig

Bei Partnerschaftskonflikten neutral bleiben

Nach dem vorbehandelnden Arzt fragen und nach anderen helfenden Personen

Möglichkeit eines Hausbesuchs einbeziehen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

4.3. Umgang mit betroffenen Kindern und Eltern

Nach Möglichkeit bitte nur eine ausführliche Untersuchung des Kindes durchführen. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch an Mädchen erfolgt diese Untersuchung idealerweise durch eine(n) auf kindergynäkologische Fragestellungen spezialisierte Ärztin oder spezialisierten Arzt. Die Untersuchung ist in jedem Fall als Ganzkörperuntersuchung durchzuführen.

Wichtig ist hierbei ein kindgerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche kann in unauffälliger Form erfolgen. Heben Sie immer auch das Positive der Untersuchung hervor. Bestätigen Sie dem Kind, dass es grundsätzlich gesund ist. Ziel ist es, dem Kind die Sicherheit zu vermitteln, dass es über Erlebtes frei sprechen kann.

Für eine erfolgreiche Verhinderung weiterer Gewalt ist es wichtig, dass die Arztpraxis eine vertrauensvolle Situation gegenüber Eltern oder Begleitpersonen schafft. Nur so können die behandelnden Ärzte ihre Vertrauensstellung im Sinne des Fallmanagements einsetzen.

- Machen Sie deutlich, dass Sie sich um die Gesundheit des Kindes sorgen.
- Vermeiden Sie wertende Haltungen gegenüber Eltern oder potentiellen Tätern – Voraussetzung für die Kooperationsbereitschaft der Eltern ist in der Regel eine offene Haltung auf Seiten der Fachkräfte.
- Bieten Sie nur an, was Sie leisten können (Weiterleitung zu Beratung oder Therapie)

Führen Sie nach Möglichkeit ein abgesprochenes Vorgehen zur Inanspruchnahme oder Information von Beratungsstellen oder Jugendamt herbei. Erläutern Sie die Konsequenzen, sollten sich die verantwortlichen Erwachsenen nicht an die gemeinsame Vereinbarung halten z. B. eine Rückmeldung an das Jugendamt.

Ist eine Kontaktaufnahme zum Jugendamt notwendig, sind die Eltern nach § 4 Abs. 3 KKG im Regelfall vorher über diesen Schritt zu informieren. Ziel der Gespräche ist es, bei Verdacht auf Misshandlung oder Missbrauch des Kindes Vorbehalte oder Bedenken seitens der Eltern bzw. Begleitpersonen gegenüber der Inanspruchnahme einer speziellen Beratungseinrichtung abzubauen und den Aspekt der Hilfe und Annahme von Unterstützung in den Vordergrund zu stellen. Deshalb dürfen sie das Jugendamt nur von sich aus unterrichten, wenn sie nicht davon ausgehen können, dass das Gespräch dazu führt, dass die Sorgeberechtigten von sich aus das Jugendamt oder eine geeignete Beratungseinrichtung aufsuchen.

Kennen Sie als Arzt oder Ärztin eine bestimmte Beratungs- oder Hilfeeinrichtung oder können Sie vermitteln welche konkrete Hilfe Eltern und Kind dort bekommen können, ist dies sicherlich empfehlenswert und setzt die Hemmschwelle für die Betroffenen herab.

Eine Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht und/oder wenn seitens der Eltern Vorbehalte gegenüber Behörden bestehen oder wenn eine absolute Vertraulichkeit gewahrt werden muss. Eine Beteiligung des Jugendamtes ist notwendig, wenn es um die Bewilligung sozialer Hilfen geht. Diese können dann auch über die Beratungsstellen initiiert werden. In Fällen sexuellen Missbrauchs und Vernachlässigung ist in jedem Fall Beratung durch Fachleute erforderlich.

Grundsätzlich Ganzkörperuntersuchung durchführen

Dem Kind Sicherheit geben

Gegenüber Eltern und Begleitpersonen Vertrauen aufbauen

Persönliche Kenntnis der empfohlenen Einrichtungen schafft Glaubwürdigkeit

Die Zeit bis Sie das Kind wieder sehen, kann, wenn sich dieses mit der ärztlichen Schweigepflicht in Einklang bringen lässt, für folgende Tätigkeiten genutzt werden:

- Einholen zusätzlicher Informationen vom Jugendamt oder anderen Einrichtungen, mit denen Sie zusammenarbeiten.
- Knüpfen eines Netzes für das gemeinsame Fallmanagement zwischen Ihrer Praxis, dem Jugendamt oder anderen Hilfeeinrichtungen
- ggf. Teilnahme an Hilfekonferenzen oder ähnlichen Maßnahmen der Allgemeinen Sozialen Dienste

Durch Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt oder den Schulärzten wenn sich dieses mit der ärztlichen Schweigepflicht in Einklang bringen lässt, können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erhalten u. a. durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder.

Auch bei einem gesicherten Gewaltverdacht ist eine direkte Anzeige des Falles beim Familiengericht nicht sinnvoll. Bei Anrufung muss das Gericht tätig werden und wendet sich zunächst ohnehin an das Jugendamt. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung ist daher das Jugendamt Ihr richtiger Ansprechpartner.

Familiengerichte stehen Ihnen jedoch für allgemeine juristische Auskünfte bereit. Insbesondere bei Ehen mit ausländischen Partnern kann eine Information zu Sorgerechtsfragen hilfreich sein. Eine Rückfrage beim zuständigen Familiengericht kann ebenfalls angezeigt sein, wenn die Vormundschaft geklärt werden soll und die Begleitperson des Kindes eine entsprechende Bestallungsurkunde nicht vorweisen kann.

Inhalt, Umfang und Anlass der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen der Arztpraxis und dem Jugendamt oder Beratungsstellen freier Träger sind mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der entsprechenden Einrichtungen möglichst persönlich zu vereinbaren. Seitens der kooperierenden Einrichtungen werden zunächst Informationen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Kindes von Ihnen erwartet. Darüber hinaus ist z. B. die Mitteilung bedeutsam, dass das Kind zu vereinbarten weiteren Untersuchungsterminen nicht erschienen ist.

Das Jugendamt in seiner Aufgabe als staatliches Wächteramt zu informieren setzt voraus:

- Das aktuelle Ausmaß der gesundheitlichen Schäden erfordert die sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner häuslichen Umgebung.
- Beim Verbleib in der häuslichen Umgebung droht eine akute Gefahr für die Gesundheit, das Leben (z. B. durch Suizid) und die geistige Entwicklung des Kindes.

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Fotografien der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden. Entsprechende Dokumente sind möglicherweise Grundlage für eine gerichtliche Beweissicherung. Eine ausführliche Dokumentation

Einholung zusätzlicher Informationen von Allgemeinen Sozialen Diensten

Direkte Anzeige eines Falles bei Gericht nicht sinnvoll

Information über Vormundschaftsverhältnisse einholen

Art und Umfang der Informationsweitergabe persönlich vereinbaren

Information an das Jugendamt auch ohne Einverständnis der Eltern möglich

Falldokumentation für eventuelle gerichtliche Beweissicherung

belegt zudem, dass eine mögliche Veranlassung behördlicher Maßnahmen durch den Arzt auf sorgfältiger Abwägung der Situation des Kindes beruht.

Maßnahmen für Kinder bzw. deren Familien, die durch Gewalt und Missbrauch gefährdet sind, werden im wesentlichen durch fallbezogene Hilfekonferenzen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz koordiniert. Die Teilnahme an diesen Hilfekonferenzen ermöglicht Ihnen, einen umfassenden Eindruck von der sozialen und familiären Situation des von Ihnen betreuten Kindes zu erhalten. Zusätzlich wird der Kontakt zu den Kooperationspartnern im Rahmen des gemeinsamen Fallmanagements vertieft.

Teilnahme an
Erziehungskonferenzen

4.4. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Bei Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung handelt es sich häufig um lang andauernde Prozesse, die möglicherweise eine hohe physische und psychische Gefährdung des Kindes mit sich bringen. Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs ist eine unmittelbar abzuwendende Gefahr für das Kind, von Ausnahmen abgesehen, meist nicht gegeben. Denn Praxisbesuche werden häufig in Zeiten verlegt, in denen Missbrauch oder Misshandlung für den Arzt nicht sogleich erkennbar ist. Um besonders in Krisensituationen angemessen zu reagieren, sollten Sie Ihr Verhalten an folgenden Überlegungen ausrichten:

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs
meist keine unmittelbare Gefahr für
das Kind

- Bei den meisten in der Arztpraxis vorgestellten Fällen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung ist ein sofortiges Handeln nicht erforderlich.
- Im Notfall - Gefahr für Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft, Eskalation von Familienkonflikten vor oder an Wochenenden – *besteht immer die Möglichkeit des Einschaltens der Polizei*
- Selbst in den Fällen, die ein sofortiges Eingreifen erfordern, ist entsprechend der Gefahrenbewertung eine abgestufte Reaktion möglich:
 - Kontaktaufnahme mit dem Kommunalen oder Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes
 - Einbeziehung von Hilfeeinrichtungen mit Kriseninterventionsangeboten oder Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder
 - Krankenhauseinweisung
 - Einschaltung der Polizei.
- Die entsprechenden Maßnahmen sind gegenüber den Eltern bzw. den Begleitpersonen des Kindes *eindeutig* zu begründen („Ich muss jetzt das Jugendamt anrufen, weil ...“)
- In der Praxis auftretende Krisenfälle können Sie durch einfache Maßnahmen entschärfen: z. B. ein kurzes Erstgespräch, die Bitte um Aufenthalt im Wartezimmer, die Ablenkung durch Zeitschriften oder andere Medien, eine zwischenzeitliche Informationseinholung bei einer Kollegin oder einem Kollegen oder Kooperationspartner, ein ausführliches Wiederholungsgespräch.

Abgestufte Reaktion auch
im Gefahrenfall möglich

Sofern der Fall erstmalig in der Praxis vorstellig wird, ist das Einbeziehen weiterer Stellen aus Zeitgründen meist nicht möglich. In aller Regel kann die Gefährdungs-

situation auch noch nicht richtig abgeschätzt werden, so dass keine gewichtigen Anhaltspunkte vorliegen, die eine Einschaltung dritter Stellen rechtfertigen.

Häufiger ist eine Situation, bei der innerhalb einer längeren Betreuung der Fall plötzlich eskaliert. In diesem Fall kann eine Zweitmeinung dann zeitnah eingeholt werden, wenn der Fall bei einer Kollegin, einem Kollegen oder bei Kooperationspartnern bereits anonym oder namentlich bekannt ist. Die Voraussetzungen hierfür werden durch das gemeinsame Fallmanagement geschaffen. Ein gemeinsames Fallmanagement ist in diesem Sinne auch eine Vorbeugung für den Krisenfall in der Arztpraxis. Die Anonymisierung des Falls stellt eine Möglichkeit dar, sich ohne Verletzung der Schweigepflicht kompetenten Rat einzuholen. Zu beachten ist hierbei, dass eine Anonymisierung nicht immer dadurch erreicht wird, dass man den Namen der Betroffenen nicht nennt, da in manchen Fällen für die Identifizierung bereits die Schilderung der Umstände ausreichend sein kann.

4.5. Feedback

Gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis, dem Allgemeinen oder Kommunalen Sozialen Dienst des Jugendamtes, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, Gesundheitsämtern und Beratungseinrichtungen. Die entsprechenden Informationsbeziehungen sind umso belastbarer, je schneller gegenseitige Rückmeldungen über Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls durch die jeweilige Einrichtung erfolgen. Kinderschutz ist nur über Kommunikation herstellbar.

Häufig sind solche Informationsvereinbarungen Gegenstand des gemeinsamen Fallmanagements von Arztpraxen, Behörden und Beratungseinrichtungen. In Fällen, bei denen Sie seitens einer anderen Praxis beauftragt wurden, einen Gewaltverdacht zu bestätigen, ist der überweisenden Praxis Ihr Befund möglichst in einem persönlichen Telefongespräch mitzuteilen.

Die hohen Anforderungen des Praxisalltags führen mitunter dazu, dass Informationsabsprachen, trotz bester Absichten, nicht eingehalten werden können. In diesem Fall bietet die Teilnahme an regelmäßigen Kooperationstreffen eine leicht organisierbare Möglichkeit zum regelmäßigen Austausch von Informationen und Erfahrungen. Sowohl die Fallarbeit als auch der präventive Ansatz erfordern ein hohes Maß an Einsatz und Energie. Als niedergelassene Ärzte und Ärztinnen haben Sie jedoch die Möglichkeit, durch längerfristige Verläufe, den Erfolg Ihrer Bemühungen zu sehen. Dann kann die Betreuung von Familien, in denen Gewalt gegen Kinder geschieht, eine lohnende Arbeit sein.

Gemeinsames Fallmanagement sichert Verfügbarkeit von Zweitmeinungen im Krisenfall

Rückmeldungen sind wichtig für gemeinsames Fallmanagement

Rückmeldung durch persönliche Kommunikation

5. Anhang

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1666 Abs. 1 Gefährdung des Kindeswohls

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

§ 1631 Abs.2 Verbot entwürdigender Maßnahmen

Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII)

§ 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. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.

(3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder 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.

(4) 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 Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

§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.

§ 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

(1) Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden. Sie sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können. Sie sollen auch Wege aufzeigen, wie Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können.

(2) Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie sind insbesondere

1. Angebote der Familienbildung, die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und in Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten,
2. Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen,
3. Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung, insbesondere in belastenden Familiensituationen, die bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder einschließen.

(3) Das Nähere über Inhalt und Umfang der Aufgaben regelt das Landesrecht.

Strafgesetzbuch (StGB)

§ 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.

UN-Kinderrechtskonvention Artikel 19

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltausübung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.

(2) Diese Schutzmaßnahmen sollen je nach den Gegebenheiten wirksame Verfahren zur Aufstellung von Sozialprogrammen enthalten, die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung in den in Absatz 1 beschriebenen Fällen schlechter Behandlung von Kindern und gegebenenfalls für das Einschreiten der Gerichte.

Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD)**§ 5 Kinder- und Jugendgesundheit**

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbestimmten auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

(2) Die Landkreise und kreisfreien Städte untersuchen die Kinder rechtzeitig vor der Einschulung ärztlich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen (Schuleingangsuntersuchungen). Sie können die Schuleingangsuntersuchungen durch Ärztinnen und Ärzte vornehmen lassen, die nicht im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind. Die Landkreise und kreisfreien Städte teilen den Erziehungsberechtigten (§ 55 des Niedersächsischen Schulgesetzes) die Untersuchungsergebnisse für ihr Kind mit. Der aufnehmenden Schule werden nur die für die Schulfähigkeit bedeutsamen Untersuchungsergebnisse mitgeteilt. Das Landesgesundheitsamt kann einheitliche fachliche Anforderungen für die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen empfehlen.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

6. Literaturverzeichnis

6.1. Quellen

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Beobachtungen in Hamburgs Kinderarztpraxen. Hamburg, 1995.

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 15/1861, Hamburg 1994.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / Bundesministerium der Justiz (Hg.): Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung 2003, Berlin.

Dalton, H.J., Slovis T., Helfer R.E., Comstok J., Scheurer S., Riolo S.: Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. *Am J Dis Child* 144: 875-878, 1990.

Debertin, A.S, Sperhake J.: Untersuchung und Dokumentation des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindalter. *Rechtsmedizin* 18: 17-22, 2008.

Debertin, A.S., Seifert, D., Mützel, E.: Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. *Rechtsmedizin* 21: 479-482, 2011.

Debertin, A.S., Wilke, N., Larsch, K.P., Breitmeier, D., Fieguth, A.: Differenzialdiagnostische Aspekte nach sexuellem Kindesmissbrauch. *Rechtsmedizin* 17:163-168, 2007.

Eggers, C.: Seelische Misshandlung von Kindern. *Der Kinderarzt*, 25, 748 - 755, 1994.

Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Thyen, U.: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2.Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York, 2010.

Mützel, E., Debertin, A. S., Banaschak, S.: Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern. In: Grassberger M, Türk E.E., Yen K (Hrsg). *Klinisch-forensische Medizin*, Springer, Weien, New York, S. 307-16, 2

Schone, R. et al.: *Kinder in Not*. Münster 1997.

6.2. Weiterführende Literatur

Dirk Bange, Wilhelm Körner (Hg.): *Handwörterbuch sexueller Missbrauch*, Hogrefe 2002

Günther Deegener, Wilhelm Körner (Hg.): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung - Ein Handbuch*, Hogrefe 2005

Günther Deegener, Wilhelm Körner: *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien*, Dustri 2006

Ulrich Egle, Sven Olaf Hoffmann, Peter Joraschky: *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennen, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*, Stuttgart 2005

Urte Finger-Trescher, Heinz Krebs: Misshandlung, Vernachlässigung und sexuelle Gewalt in Erziehungsverhältnissen, Psychosozial Verlag 2000

Mary E. Helfer, Ruth S. Kempe, Richard D. Krugman: Das misshandelte Kind, Suhrkamp 2002

Susanne Heynen, Häusliche Gewalt: Direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder, in: <http://www.dvjj.de/data/pdf/1462c32eead788dc8699d64f5b7e5e7d.pdf>

Barbara Kavemann, Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter, in: Kindesmisshandlung und –vernachlässigung (Interdisziplinäre Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und –vernachlässigung e. V.), 2/2000

Heinz Kindler, Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl – Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: für die Praxis, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, 2002; www.dji.de

Verband für Kommunalwissenschaften (Hg.), Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe (Dokumentation der Fachtagung, April 2006) = Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 57, Berlin 2006

7. Internet

www.ag-kim.de

Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin e.V., kurz AG-KiM

www.dgfpi.de

Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) e. V.

www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=53

Internetseite des Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung (IKK) des Deutschen Jugendinstituts (DJI), München

www.kindesmisshandlung.de

Internetseite der Ärztlichen Kinderschutzambulanz Kinderklinik des Klinikum Kassel in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) e. V.

www.kindeschutz.de

Internetseite des Instituts für soziale Arbeit (ISA) e. V., Münster

www.kinderschutz-niedersachsen.de

Das Internetportal Kinderschutz in Niedersachsen ist ein Projekt des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration zur Intensivierung des Kinderschutzes in Niedersachsen.

www.aerztlicher-leitfaden-kinderschutz-nds.de

Auf der Internetseite des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration lassen sich alle Inhalte des Ärztlichen Leitfadens Kinderschutz sowie Ansprechpartner und Adressen finden.

Internet