



Schwerpunktthema 2016:
Kinder- und Jugendschutz

bvkgj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.



Einfach und schnell spenden unter:
www.stiftung-kind-und-jugend.de

Stiftung Kind und Jugend

Machen Sie doch einfach mit...

... bei unseren laufenden Projekten

- „Theater auf Rezept“ zur kulturellen Förderung von Jugendlichen
- Recall 2000 – Entwicklung und Evaluation eines digitalen Recall-System zur J1
- BLIKK-Studie – Umgang mit elektronischen Medien und dessen Auswirkungen
- STOPP-Projekt – zur langfristigen Reduzierung von Adipositas

... oder schlagen Sie eigene förderungswürdige Projekte vor.

Natürlich können Sie auch das Stiftungsvermögen durch eine Zustiftung fördern. Wollen Sie die Projekte der Stiftung Kind und Jugend kontinuierlich unterstützen? Dann werden Sie doch einfach Fördermitglied der Stiftung Kind und Jugend!

Kontakt

Stiftung Kind und Jugend
des BVKJ e.V.
Frau Jennifer Hermanns
Mielenforsterstr. 2
51069 Köln
0221-68909-32
Stiftung.bvkj@uminfo.de

Spenden

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Spendenkonto:
IBAN: DE 38 3602 0186 0363 7486 00
BIC: HYVEDEMM360
Sie erhalten zu jeder Spende zeitnah
eine Zuwendungsbestätigung.

“Sich als Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendliche einzusetzen, ist mehr als sie wieder gesund zu machen. Es ist immer auch eine Frage der Haltung und der Verantwortungsübernahme für diese Altersgruppe auf allen gesellschaftlichen Ebenen.”

Dr. Thomas Fischbach



Inhalt

Einleitung	7
-------------------	----------

Hermann Gröhe

Grußwort	8
-----------------	----------

Kinderschutz als politische Stellungnahme

Johannes-Wilhelm Rörig

Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Schlüsselpersonen beim Schutz der Kinder und Jugendlichen vor sexueller Gewalt	10
---	-----------

Dr. med. Thomas Fischbach

Die Diskussion um das Kindeswohl ist in hohem Maße mit dem Thema „Kinderrechte“ verbunden	14
--	-----------

Dr. phil. Thomas Mühlmann

Ergebnisse der Befragung der BVKJ-Mitglieder zur Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes	16
--	-----------

Formen der Gewalt und Vernachlässigung

*PD Dr. Paul L. Plener (MHBA), Dr. med. Klaus Rodens,
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert*

Einstellungen zu Körperstrafen und Erziehung in der deutschen Allgemeinbevölkerung	20
---	-----------

Dr. med. Bernd Herrmann

Körperliche Gewalt	26
---------------------------	-----------

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder, Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel

Sexuelle Gewalt	31
------------------------	-----------

Prof. Dr. Ute Ziegenhain, PD Dr. Paul L. Plener (MHBA)

Seelische Gewalt und emotionale Vernachlässigung bei Kindern	42
---	-----------

Anja Stietenroth, Dr. med. Rose-Renate Nowotzin, Dr. med. Andreas Oberle

Vernachlässigung – mehr als ein Blick und ein ungutes Gefühl	45
---	-----------

Dr. med. Ulrich Fegeler

Arme Kinder – Bildungsvernachlässigung und fehlende Chancengleichheit	49
--	-----------

Mobbing und Cybermobbing

Dr. rer. nat. Nina Spröber, Miriam Rassenhofer

(Cyber-)Mobbing – Verständnis und Umgang in der kinder- und jugendärztlichen Praxis	54
--	-----------

*Vanessa Jantzer, Prof. Dr. med. univ. Franz Resch,
PD Dr. med. Michael Kaess*

**Wie begegnen wir der Problematik Mobbing in der Schule?
Das Olweus-Programm gegen Mobbing und antisoziales
Verhalten – eine Evaluationsstudie an deutschen Schulen** _____ 58

Evelyn Heyer

Sexuelle Übergriffe in der medialen Welt _____ 62

Kinderschutz in der pädiatrischen Praxis

Dr. med. Herbert Grundhewer

**Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im Alltag einer
kinder- und jugendärztlichen Praxis – Zwei Fallberichte** _____ 64

Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel, Dr. med. Nikolaus Weissenrieder

Fallbeispiel Vorgehen bei Verdacht auf sexuelle Gewalt _____ 67

Dr. med. Rose-Renate Nowotzin

**Fallbeispiel zum Thema Vernachlässigung aus der Sicht
einer niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin** _____ 69

Dipl.-Psych. Dr. med. Harald Tegtmeyer-Metzdorf

**Das Gespräch mit Eltern und Kind bei Verdacht
auf Kindeswohlgefährdung** _____ 71

Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel

**„Remed-online“ – konsiliarischer Onlinedienst der
Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin
der Universität München** _____ 74

Hintergründe

Dr. phil. Andreas Jud

**Datenlage zu Schutz und Hilfen bei Vernachlässigung,
Misshandlung und Missbrauch** _____ 77

Dr. Sieglinde Ahne, Prof. Dr. med. Drs. h.c. Stefan Pollak

Rechtsmedizin _____ 80

Dr. phil. Stefan Rücker

**Die Inobhutnahme (§ 42, SGB VIII): Stark beanspruchtes
Leistungsfeld, Herausforderungen und künftige Aufgaben** _____ 83

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Frühe Kindheitstraumata und ihre lebenslangen Folgen _____ 87

Prof. Dr. med. Volker Mall

Kultursensibler Kinderschutz _____ 92

Vernetzung im Kinderschutz

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Vernetzung 95

Isabella Gold

Kinderschutz braucht starke Netze! – Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Kinderschutzarbeit 98

Wulfhild Reich, Nadine Neudörfer, Barbara Kiefl

Kinderschutz aus Sicht des Jugendamtes – Was braucht das Jugendamt von den Pädiatern? 102

Jörg Backes, Gudula Kaufhold, Mechthild Paul,

Dr. med. Heidrun M. Thaiss

Die Rolle niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz: Zwischen Netzwerkarbeit und Abwendung von Kindeswohlgefährdung 107

Prävention und Frühe Hilfen

Prof. Dr. Ute Thyen

Frühe Hilfen und Prävention von Gewalt – Wie geht das zusammen? 111

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Kann primäre Gewaltprävention bei der Vorsorgeuntersuchung im Kinder- und Jugendalter ein Thema sein? 114

Stefanie Amann, Dr. med. Heidrun M. Thaiss

Trau dich! Bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs 116

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Ulrike Hoffmann

Prävention durch Weiterbildung – Das E-Learning-Projekt „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ 121

Autorenverzeichnis 124

Impressum 127

Kinder- und Jugendschutz als Schwerpunktthema für das Jahr 2016

Eine Gesellschaft wird in der historischen Bilanz immer daran gemessen werden, wie sie mit den Schwachen, Hilflosen, Schutzbedürftigen und Armen umgeht. Kinder und Jugendliche, und vor allem wenn sie in Not sind, gehören neben den Behinderten, den Alten und den Flüchtlingen aus Kriegs- und Katastrophengebieten dazu.

Kinderschutz geht alle an. Ihn in Gesetzestext zu gießen, ist nicht weniger als notwendig. Das reicht aber bei weitem nicht. Es braucht mehr. Ihn als permanentes und unumstößliches (unumkehrbares) Prinzip in allen Köpfen zu verankern, zu verstetigen und zu leben, ist die viel größere Herausforderung, der sich jeder einzelne stellen muss.

Das vorliegende Schwerpunktheft setzt seinen Vorgänger, der sich thematisch mit der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auseinandergesetzt hat, fort und beschreibt und illustriert aus der Feder namhafter Autoren in vielen Beiträgen das breite Spektrum der Verletzungen eines Menschenrechts.

Wir müssen uns dabei stets darüber im Klaren sein: Hinter solchen (wichtigen) Aufarbeitungen verbergen sich furchtbare Einzelschicksale.

Die daraus zu ziehenden Konsequenzen liegen für alle, die mit wachen Augen und offenen Ohren durch die Welt gehen, klar auf der Hand.

Kinder und Jugendliche brauchen jetzt und in Zukunft unseren Schutz, überall und mehr denn je.

■ für den BVKJ: *Thomas Fischbach
Karin Geitmann
Wolfram Hartmann
Klaus-M. Keller
Antonio Pizzulli
Klaus Rodens
Herbert Schade
Nikolaus Weissenrieder*

für die DGKJPP: Jörg Fegert

für die DGSPJ: Andreas Oberle

Im Sinne der Gleichberechtigung von Frauen und Männern haben sich die Autoren und Herausgeber der vorliegenden Schwerpunktbroschüre nach bestem Wissen und Gewissen um Genderausgewogenheit im Rahmen der hier veröffentlichten Beiträge bemüht. Formulierungen, die nicht beide Genera berücksichtigen, sind der besseren Lesbarkeit der Texte geschuldet und ggf. als generisches Maskulinum (bzw. Femininum) zu verstehen.

Grußwort

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit
Mitglied des Deutschen Bundestages



Gesundheit ist für unser Leben ein besonders hohes Gut! Diese Erkenntnis fordert jeden von uns auf, sich tagtäglich um das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden zu kümmern, für gesunde Ernährung, Ausgleich und Bewegung zu sorgen, also für möglichst gute gesundheitliche Bedingungen. Das gilt für Erwachsene, aber vor allem für das Aufwachsen und die möglichst unbelastete Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Eltern haben hierbei eine ganz besondere Verantwortung. Doch nicht alle sind dazu in der Lage, ihren Kindern bestmögliche gesundheitliche Bedingungen zu ermöglichen. Aus den unterschiedlichsten Gründen benötigen viele dabei Unterstützung. Es ist die Aufgabe der gesamten Gesellschaft, Gefährdungssituationen zu erkennen und passende Hilfe anzubieten, wenn Eltern und Kinder sie benötigen.

Viele Beteiligte arbeiten hierbei zusammen. Bundesländer, Städte und Kommunen bieten Unterstützung für Eltern und Familien in besonderen Belastungssituationen und sind zugleich Ansprechpartner für die verschiedenen Hilfen vor Ort. Ebenso engagieren sich hier die Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wie auch die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertagesstätten und Schulen. Gerade sie erleben Kinder oftmals über mehrere Stunden am Tag ganz unmittelbar und nehmen daher vielfach als Erste Auffälligkeiten wahr. Auch Ärztinnen und Ärzte sowie andere Beteiligte des Gesundheitswesens betreuen Kinder regelmäßig durch Untersuchungen und Beratungen und sind ebenfalls wichtige Ansprechpartner und Vertrauenspersonen der Eltern.

Das Bundesgesundheitsministerium hat in den vergangenen Jahren vielfältige Maßnahmen umgesetzt, die zum Kinderschutz in der Medizin beitragen und damit die Möglichkeiten für ein gesundes Aufwachsen von Kindern verbessern. Auch gesundheitliche Prävention kann einen Beitrag zu vorausschauendem Kinderschutz leisten, also zum Schutz vor Vernachlässigung oder vor seelischer, körperlicher oder sexueller Gewalt.

Mit dem Präventionsgesetz, das im Juli des vergangenen Jahres in Kraft getreten ist, stärken wir die Vorsorge und die Gesundheitsförderung im unmittelbaren Lebensumfeld der Kinder, das bedeutet in Kindertagesstätten, Schulen, Freizeiteinrichtungen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Hierdurch können wir alle Kinder unmittelbar erreichen, auch Kinder mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen.

Künftig bauen wir das wichtige Instrument der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche aus. Eltern messen diesen Früherkennungsuntersuchungen nachweislich einen hohen Stellenwert bei. Etwa 97 Prozent aller Kinder nehmen die U-Untersuchungen im ersten Lebensjahr in Anspruch. Es ist eine sehr gute Möglichkeit, gesundheitliche Auffälligkeiten und Belastungen frühzeitig zu erkennen und Eltern in ihren Fähigkeiten zu stärken, gute gesundheitliche Bedingungen für ihre Kinder zu schaffen. Zudem sollen Ärztinnen oder Ärzte künftig auch individuelle gesundheitliche Belastungen und Risiken der Kinder erfassen. Entsprechend können die Eltern

informiert und unterstützt werden, wie sie die Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes fördern und Risiken vermeiden können.

Zudem haben wir die Altersgrenze für das Untersuchungsprogramm erweitert. So kann der Gemeinsame Bundesausschuss, der für die konkrete Ausgestaltung der Regelungen zuständig ist, die Untersuchungen weiterentwickeln, also künftig Untersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr einführen. Damit wird eine Früherkennung von gesundheitlichen Auffälligkeiten auch im Grundschulalter und darüber hinaus möglich sein.

Mit dem Präventionsgesetz haben wir außerdem festgelegt, dass Ärztinnen und Ärzte sowohl bei den Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft als auch bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche auf Angebote der Frühen Hilfen und Eltern-Kind-Angebote hinweisen, wenn sie einen entsprechenden Unterstützungsbedarf erkennen.

Ärztinnen und Ärzte werden bei den Untersuchungen möglicherweise auch auf gesundheitliche Auffälligkeiten und Probleme aufmerksam, die erste Hinweise auf mögliche Kindeswohlgefährdungen sein können. Wichtig ist es, dass sie diese erkennen und Schritte unternehmen, um den Betroffenen in diesen Situationen weiterzuhelfen. Mit dem Bundeskinder-schutzgesetz wurde bereits genauer ausgeführt, wie Berufs-geheimnisträger bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohl-gefährdung vorgehen sollen.

Auf diesem Gebiet brauchen die im Gesundheitswesen Tätigen aber auch weitergehende praktische Hilfestellung. Basierend auf einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt unterstützt das Bundesgesundheitsministerium die Entwicklung eines Online-Kurses „Grundkurs Kinderschutz in der Medizin“. Mit diesem Projekt der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm soll Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe ein Überblick über die Rechtslage, die Epidemiologie und Diagnostik von Misshandlungsformen gegeben werden. Sie sollen nachhaltig, qualitativ hochwertig und alltagstauglich in Fragen des Kinderschutzes weitergebildet werden. Dabei spielt die Verknüpfung mit Angeboten insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe eine wesentliche Rolle.

Neben der Stärkung der Aufmerksamkeit sowie der Fort- und Weiterbildung der medizinischen Fachkräfte ist für sie wichtig, dass sie sich in ihrer täglichen Praxis an evidenzbasierten Empfehlungen orientieren können. Dazu entwickelt aktuell das Universitätsklinikum Bonn mit Förderung des Bundesgesundheitsministeriums eine S3-Leitlinie „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung“. Damit erhalten Ärztinnen, Ärzte und andere Beteiligte des Gesundheitswesens einen Handlungsleitfaden mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, der ihre Entscheidungen zur Prävention, Diagnostik, Therapie und weitergehenden Maßnahmen verbessern kann.

Die Leitlinie wird auch die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe berücksichtigen.

Wesentlich ist darüber hinaus die Frage, ob für Kinder nach Gewalterfahrung die therapeutischen Angebote ausreichend sind. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf begutachtet derzeit Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland. Zudem führt die Aktion Psychisch Kranke e.V. gegenwärtig eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland durch. Auch hier wird der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe besonderes Gewicht beigemessen.

Schon heute haben Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Beteiligten des Gesundheitswesens eine wichtige Bedeutung bei Fragestellungen zum Kinderschutz, beispielsweise bei der Erkennung von gesundheitlichen Auffälligkeiten oder von ersten Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen. Gerade weil sie Vertrauenspersonen für die betroffenen Kinder und ihre Familien sind, tragen sie eine besondere Verantwortung. Mein Anliegen als Bundesgesundheitsminister ist es, die Zusammenarbeit zu verbessern, ohne Aufgaben und Zuständigkeiten zu verlagern und dadurch neue Schnittstellen zu schaffen. Die vielfältigen Ansätze und Fortschritte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und im Kinderschutz in der Medizin zeigen, dass wir auf einem guten Weg sind.

In der praktischen Umsetzung kommt es dabei ganz wesentlich auf den Einsatz eines jeden einzelnen an. Deshalb bin ich sehr froh, dass sich viele Expertinnen und Experten und viele ehrenamtlich Tätige auf dem Gebiet der Kinder- und Jugend-gesundheit und des Kinder- und Jugendschutzes einsetzen. Vor dieser Leistung habe ich großen Respekt. Ich möchte mich daher ausdrücklich bei allen bedanken, die die Möglichkeiten für ein gutes und gesundes Aufwachsen unserer Kinder verbessern und wie ein Schutzengel für bedürftige und gefährdete Kinder da sind. Es lohnt sich, diesen Weg weiterzugehen.

Hermann Gröhe

Ärztinnen und Ärzte sind wichtige Schlüsselpersonen beim Schutz der Kinder und Jugendlichen vor sexueller Gewalt

Johannes-Wilhelm Rörig,
Unabhängiger Beauftragter für Fragen des
sexuellen Kindesmissbrauchs

Aktuelle Studien zeigen, dass mindestens jedes zehnte Kind in Deutschland von sexueller Gewalt betroffen ist. Damit Ärztinnen und Ärzte Anzeichen von sexuellem Missbrauch erkennen und wissen, was im Verdachtsfall zu tun ist, müssen sie entsprechend fortgebildet und sensibilisiert sein. Es ist enorm wichtig, dass Praxen und Kliniken in Prävention investieren und ihren Beschäftigten entsprechende Fortbildungen ermöglichen.



MISSBRAUCH GEHÖRT LEIDER NOCH IMMER ZUM GRUNDRISIKO EINER KINDHEIT

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) leben in Europa 18 Millionen Kinder, denen sexuelle Gewalt angetan wurde. Nach der Polizeilichen Kriminalstatistik sind bei uns im vergangenen Jahr über 14.000 Kinder Opfer sexueller Gewalt geworden. Eine repräsentative Umfrage zeigt: Jede/r Zehnte hat in der Kindheit und Jugend sexuellen Missbrauch erlebt (Häuser et al., 2011). Fachberatungsstellen und nationale wie internationale Studien gehen jedoch von einem viel größeren Dunkelfeld aus. Missbrauch trifft Mädchen wie Jungen jeden Alters und jeder sozialen Herkunft. In über 50 Prozent der Fälle finden sexuelle Übergriffe durch sehr nahe stehende Personen statt, durch enge Familienangehörige oder bekannte Menschen im sozialen Nahfeld. Durch das Internet, insbesondere die sozialen Medien, sind leider vielfältige neue Möglichkeiten entstanden, die es Tätern derzeit noch sehr leicht machen, unmittelbaren Kontakt zu Kindern aufzunehmen, um Übergriffe zu begehen. Viele Eltern sind ahnungslos.

BETROFFENE KINDER UND JUGENDLICHE BRAUCHEN MENSCHEN, DENEN SIE SICH ANVERTRAUEN KÖNNEN

Je schneller betroffene Mädchen und Jungen Hilfe erhalten und der Missbrauch beendet wird, desto besser wird es ihnen gelingen, das Erlebte in ihr Leben zu integrieren und daran nicht zu zerbrechen. Für Mädchen und Jungen ist es sehr schwer, sich bei sexueller Gewalt anzuvertrauen, vor allem, dann, wenn der Missbrauch innerhalb der Familie stattfindet. Sie sind angewiesen auf ein sensibles Umfeld, das ihre Signale wahrnimmt und ihnen im Verdachtsfall hilft. Ärztinnen und Ärzte haben bei Schutz und Hilfe eine Schlüsselrolle: Fast jedes Mädchen und jeder Junge besucht regelmäßig einen Kinder- und Jugendarzt. Meist kennen die Ärztinnen und Ärzte ihre kleinen und größeren Patienten und ihre Familien recht gut, sie haben sehr oft ein gute Vertrauensbasis zu den Mädchen und Jungen, können Veränderungen wahrnehmen und sind eine vertrauensvolle Ansprechperson. Jeder Arzt sollte die mit dem Thema Missbrauch oftmals verbundene Abwehrhaltung abschütteln, auch wenn es ein schweres und belastendes Thema ist.

Ärztinnen und Ärzte können Mädchen und Jungen bei sexueller Gewalt in besonderer Weise helfen. Sie können Praxen und Kliniken zu Schutzorten machen, an denen von sexueller Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche auf kompetente und vertrauensvolle Menschen treffen, die ihnen helfen.

Oft fehlt es an Wissen, um Signale der Kinder zu erkennen oder zu wissen, an wen man sich im Verdachtsfall wenden kann. Woran erkenne ich Missbrauch? Mit wem kann oder darf ich darüber sprechen? Was muss ich im Verdachtsfall tun oder wie verhalte ich mich gegenüber einer Kollegin oder einem Mitarbeiter, wenn ich Grenzüberschreitungen wahrnehme?

Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt geben Antworten auf genau diese schwierigen Fragen. Schutzkonzepte helfen, Unsi-

cherheiten abzubauen, Regeln für das Verhältnis von Nähe und Distanz festzulegen und weisen Wege des Vorgehens und der Hilfe bei Verdacht.

WIE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN PRAXEN UND KLINIKEN SCHUTZ UND HILFE SIGNALISIEREN KÖNNEN

Ein Schutzkonzept unterstützt Ärztinnen und Ärzte, den jungen Patienten und ihren Angehörigen zu signalisieren, dass sie hier Hilfe und Unterstützung bekommen können und darauf geachtet wird, dass es in der eigenen Praxis oder Station nicht zu Missbrauch kommt.

Allgemeingültige Schutzkonzepte gibt es nicht und kann es nicht geben – ein Krankenhaus mit hunderten von Betten muss über andere Strategien nachdenken als eine kleine Praxis. Folgende Bausteine können helfen, ein individuelles Schutzkonzept zu entwickeln:

- **Information:** Informieren Sie über lokale Hilfsangebote und über Beratungsstellen, die auf sexuelle Gewalt spezialisiert sind.
- **Fortbildung:** Geben Sie sich und Ihrem Team die Möglichkeit, Basiswissen – auch zu rechtlichen Fragen – zu erwerben, um Missbrauch besser zu verstehen, zu erkennen und weiterführende Hilfen einleiten zu können.
- **Selbstverpflichtung:** Machen Sie nach innen und außen deutlich, dass in Ihrer Praxis, auf Ihrer Station oder in Ihrer Klinik kein Raum für Missbrauch ist. Stellen Sie diese Selbstverpflichtung zum Beispiel auf Ihrer Website ein.
- **Verhaltenskodex:** Stellen Sie gemeinsam mit Ihrem Team Regeln auf, die einen achtsamen Umgang mit Mädchen und Jungen unterstützen.
- **Beschwerdefreundlichkeit:** Definieren Sie Wege und Ansprechpersonen für den Fall, dass sich Kinder und Jugendliche in Ihrer Praxis oder Klinik einer unangenehmen Situation ausgesetzt sehen.
- **Personalauswahl:** Thematisieren Sie in Einstellungsgesprächen den Aspekt Kinderschutz und machen Sie deutlich, dass Ihre Praxis oder Klinik ein geschützter Ort ist.

Fachberatungsstellen vor Ort unterstützen dabei, ein individuelles Schutzkonzept zu entwickeln. Für Ärztinnen und Ärzte gibt es bei einem konkreten Verdachtsfall außerdem gemäß § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) einen Rechtsanspruch auf kostenfreie und anonymisierte fachliche Begleitung in Kinderschutzfragen. Weitere Beratungsansprüche ergeben sich aus § 8 Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII). Das jeweilige Jugendamt kann Ansprechpersonen nennen und helfen, schnellstmöglich Beratung zu erhalten.

Zur Auslage in Praxen haben wir den Flyer „Wie Sie in Ihrer Praxis schützen und helfen können“ erstellt, der gemeinsam mit einem entsprechenden Plakat kostenfrei im Onlineshop der

Initiative „Kein Raum für Missbrauch“ (www.kein-raum-fuer-missbrauch.de) bestellt werden kann. Der Flyer wurde von uns mit fachlicher Beratung von Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Ulm, Prof. Dr. Rainer Richter, ehemaliger Präsident Bundespsychotherapeutenkammer, und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Fachkräfte in Heilberufen entwickelt. Der Flyer enthält wertvolle Hinweise, wie Patientinnen und Patienten signalisiert werden kann, dass man für das Themenfeld ansprechbar ist, wie im Verdachtsfall vorgegangen werden sollte und wo es weitere Hilfeangebote gibt:



Plakat und Flyer „Wie Sie in Ihrer Praxis schützen und helfen können“ des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, kostenfreie Bestellung im Onlineshop unter www.kein-raum-fuer-missbrauch.de

NEUES MONITORING ERFORSCHT, WELCHE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN IM PRAXISALLTAG HELFEN

Zur Entwicklung und Anwendung von Präventionsmaßnahmen und Schutzkonzepten in Einrichtungen hat 2012/2013 erstmals ein bundesweites Monitoring stattgefunden, in das auch stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen Kinder und Jugendliche behandelt werden, einbezogen waren. Die Ergebnisse zeigen, dass es oft an Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten und an Informationen zum Themenfeld fehlt. Zusammen mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) haben wir nun ein neues Monitoring gestartet. Anknüpfungspunkte sind auch hier Schutzkonzepte in Einrichtungen und Organisationen, denen Kinder und Jugendliche anvertraut sind. Wir wollen herausfinden, welche Rahmenbedingungen für verbesserten institutionellen Schutz förderlich beziehungsweise hinderlich sind und welcher Bedarf und welche Herausforderungen bestehen. Uns ist wichtig, dass das Monitoring auch einen motivierenden und aktivierenden Aspekt hat.

Das Monitoring wird mit quantitativen und qualitativen Erhebungen in verschiedenen Bereichen durchgeführt wie zum Beispiel in der Bildung und der Erziehung, in der Kinder- und Jugendarbeit, im religiösen Leben und auch im Gesundheitsbereich.

Die quantitativen Erhebungen werden mit repräsentativen Stichproben und Telefoninterviews gewonnen, die qualitativen Erhebungen mit Fallstudien, Fokusgruppen und Good-Practice-Analysen. In der Kinder- und Jugendarbeit sowie im religiösen

Leben werden rein qualitative Elemente zum Einsatz kommen, in der Bildung und Erziehung sowie auch im Gesundheitswesen jeweils qualitative und quantitative Elemente.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützen das DJI erfreulicherweise sehr bei der Planung und Durchführung der Erhebungen in ambulanten Praxen und stationären Einrichtungen. Der Teilbericht zu den qualitativen Erhebungen im Gesundheitsbereich wird bereits im Sommer 2016 vorliegen, die quantitativen Ergebnisse werden bis Ende 2017 folgen. Der Gesamtbericht über die Untersuchungen in allen Bereichen wird Ende 2018 veröffentlicht werden können.

PARTNER IM GESUNDHEITSBEREICH UNTERSTÜTZEN DIE SENSIBILISIERUNG VON ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN

Sowohl die KBV als auch die DKG unterstützen unser Anliegen, Ärztinnen und Ärzte für das Thema sexuelle Gewalt an Kindern weiter zu sensibilisieren und zu motivieren, kompetente und vertrauensvolle Ansprechpersonen für betroffene Mädchen und Jungen zu sein und Präventionsmaßnahmen in ihren Praxen und Kliniken zu etablieren. Beide unterstützen auch das „Hilfeportal Sexueller Missbrauch“ (www.hilfeportal-missbrauch.de), das bei meinem Amt angesiedelt ist. Über die bundesweite Datenbank des Portals können Betroffene, Angehörige, aber auch Fachkräfte und weitere Interessierte sich informieren, wo es in der eigenen Region Hilfsangebote wie Beratungsstellen oder mit dem Thema vertraute ärztliche oder psychotherapeutische Praxen oder Kliniken gibt.

BUNDESKINDERSCHUTZGESETZ FÜHRT ZU VERBESSERUNGEN IM KINDERSCHUTZ

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) hat im Jahr 2012 zahlreiche Verbesserungen zum Kinderschutz eingeführt. Das geht auch aus der Evaluation des BKSchG vom Dezember 2015 hervor.

Für die Heilberufe wurde mit dem BKSchG das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) eingeführt, mit dem in § 4 KKG die Beratung für und die Übermittlung von Informationen durch Berufsheimnisträgerinnen und -träger neu geregelt wurde. Für die Heilberufe wurden damit ein Beratungsanspruch und eine Mitteilungsbefugnis eingeführt. Die sogenannte Mitteilungsbefugnis sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zuerst aktiv auf die Inanspruchnahme von Hilfen bei den Eltern hinwirken sollen. Gelingt dies nicht, sollten sie den Rat einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ der Jugendhilfe einholen, beziehungsweise das Jugendamt informieren. In diesem Fall sind sie von der Schweigepflicht entbunden.

Die Evaluation des BKSchG zeigt, dass diese Möglichkeit der Datenweitergabe an das Jugendamt gerade durch Arztpraxen und Kliniken eine große Rolle für den Kinderschutz spielt. Es ist wichtig, dass diese neuen Regelungen allen Angehörigen der

Heilberufe bekannt sind. Dazu gehört auch die möglichst frühzeitige Information über die Beratungs- und Hilfestrukturen vor Ort, auch wenn noch kein Verdachtsfall besteht, sodass im Notfall zeitnah und kompetent reagiert werden kann.

ERLEICHTERUNGEN BEI DIAGNOSTIK, DOKUMENTATION UND ABRECHNUNG IM KINDERSCHUTZ VERBESSERN AUCH DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG BEI SEXUELLER GEWALT

In den vergangenen Jahren ist es gelungen, auch erste strukturelle Verbesserungen im Gesundheitssystem zu erzielen, damit Kinderschutz im ärztlichen Alltag die ihm zukommende Bedeutung erhalten kann. So ermöglicht die 2013 eingeführte OPS-Kodierung 1-945 für Krankenhäuser nun die Dokumentation von diagnostischen und Vernetzungsleistungen zur Abklärung eines Verdachts auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung im stationären Bereich. Wir werden beobachten, ob dies tatsächlich zu Erleichterungen in der täglichen Praxis führt. Es ist ein weiterer Schritt, dass das bisher in der stationären Kodierrichtlinie bestehende Kodierungsverbot der Diagnosegruppe T.74 (Missbrauch von Personen) im ICD-10 GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification; Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland) aufgehoben wurde. Zudem wurde die Mitteilungspflicht an die Krankenkassen nach § 294a Absatz 1 SGB V bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden in Folge von Misshandlungen, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen aufgehoben – eine Regelung, die bisher oft davon abhielt, Missbrauch konkret zu diagnostizieren, weil zu befürchten war, dass durch die eingeleiteten Regressverfahren staatsanwaltschaftliche Ermittlungen eingeleitet wurden, die dem Wohle der Patienten entgegenstehen.

Mit diesen vermeintlich kleinen Schritten sind bereits wichtige Voraussetzungen für eine verbesserte Diagnostik, Dokumentation und Abrechnung in der gesundheitlichen Versorgung geschaffen worden. Diese Verbesserungen müssen jetzt den Akteuren im Gesundheitssystem noch stärker bekannt gemacht werden, um eine aussagekräftigere Dokumentation von Fallzahlen auch für die Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung von Betroffenen sexuellen Kindesmissbrauchs – beispielsweise für die Einrichtung von Kinderschutzambulanzen – nutzen zu können. Darüber hinaus sind diese Zahlen auch eine Basis, um den Themenbereich des sexuellen Missbrauchs stärker im wissenschaftlichen Mainstream zu verankern.

Schließlich ist zu begrüßen und Ausdruck der großen Bedeutung von Kinderschutz in der Medizin, dass derzeit eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) zu Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung auf S3-Niveau erarbeitet wird. Das Vorhaben mit seinem komplexen und interdisziplinären Ansatz hat bundesweit einen so hohen Stellenwert, dass es durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird.

HELFEN SIE MIT!

Dies sind alles wichtige Schritte, die aber nicht darüber hinwegtäuschen dürfen, dass der Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt noch immer nicht gelebter Alltag ist: Nur wenige Einrichtungen und Organisationen, denen Kinder und Jugendliche anvertraut sind, haben bisher Schutzkonzepte, noch immer haben nicht alle Fachkräfte ein Basiswissen zum Thema und nur wenige Eltern wissen, welche neuen Gefahren durch die digitalen Medien in die Kinderzimmer drängen. Viele tausend Mädchen und Jungen sind noch immer schutzlos sexueller Gewalt ausgesetzt. Es mangelt an finanziell abgesicherten spezialisierten Beratungsstellen und schnell zugänglichen und passgenauen Therapieangeboten.

Mit der noch vor einem Jahr nicht vorstellbar großen Zahl von Flüchtlingskindern, die in Flüchtlingsunterkünften unter oft dramatischen Umständen leben, sind wir beim Schutz vor sexueller Gewalt vor neue Herausforderungen gestellt. Geflüchtete Kinder haben in ihren Herkunftsländern und auf der Flucht oftmals Schreckliches erlebt, viele der Kinder sind traumatisiert und zeigen klare Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Den zahlreichen Helfenden, ohne die diese Situation nicht zu bewältigen wäre – darunter auch viele Ärztinnen und Ärzte – ist mit größtem Respekt zu begegnen. Und auch hier ist es wichtig, für Missbrauch sensibilisiert zu sein. Viele geflüchtete Kinder sind so traumatisiert, dass sie schnelle Hilfe und ein sensibles Gegenüber benötigen. Auch in den Einrichtungen selbst muss gewährleistet sein, dass Mädchen und Jungen vor Gewalt und Missbrauch geschützt werden. Die vielen sexuellen Übergriffe in den vergangenen Monaten haben gezeigt, wie leicht es für Täter ist, sich an diesen Orten Kindern zu nähern, und wie gezielt sie vorgehen. Notwendig sind Mindeststandards sowie klare Strukturen und Regeln, die wir bereits im Sommer 2015 in einer Checkliste für Flüchtlingsunterkünfte zusammengefasst haben. (abrufbar unter <https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/meldungen/detail/news/checkliste-mindeststandards-zum-schutz-von-kindern-in-fluechtlingsunterkuenften/>).

Wir müssen auf allen gesellschaftlichen Ebenen noch mehr für die Würde und Integrität der Kinder und Jugendlichen, für ihre Rechte – auch ihr Recht auf Schutz vor sexueller Gewalt – tun. Es braucht das Engagement aller, damit sexuelle Gewalt nicht länger zum Grundrisiko einer Kindheit gehört. Hierbei können auch Ärzte im Praxis- und Klinikalltag einen sehr bedeutenden Beitrag leisten.

Mein Appell an Ärztinnen und Ärzte lautet deshalb: Helfen Sie mit! Setzen Sie ein deutliches Zeichen gegen sexuelle Gewalt. Machen Sie Ihr Engagement in der Prävention zu einem Qualitätsmerkmal Ihrer Praxis, Station oder Klinik und tragen Sie dazu bei, dass Mädchen und Jungen bessere und passgenauere Hilfen erhalten. Signalisieren Sie Eltern, die sich Sorgen machen, genauso wie betroffenen Kindern und Jugendlichen, dass sie bei Ihnen Hilfe und ein kompetentes Gegenüber finden.

■ **Johannes-Wilhelm Rörig**
Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
 Glinkastraße 24
 10117 Berlin
 kontakt@ubskm.bund.de

■ Weitere Informationen:

Johannes-Wilhelm Rörig ist seit Dezember 2011 Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung. Seine Aufgaben umfassen im Wesentlichen die Unterstützung und Beobachtung der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“, insbesondere die Einführung und Weiterentwicklung von Schutzkonzepten gegen sexuelle Gewalt in Einrichtungen und Institutionen. Außerdem unterstützt er die kontinuierliche Einbeziehung Betroffener an den gesellschaftlichen und politischen Prozessen durch den bei ihm angesiedelten Betroffenenrat sowie die Aufarbeitung durch die von ihm eingesetzte Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, die Anfang 2016 ihre Arbeit aufgenommen hat. Er ist verantwortlich für die kontinuierliche Weiterentwicklung des „Hilfetelefon Sexueller Missbrauch“ und des „Hilfeportal Sexueller Missbrauch“ und informiert die Öffentlichkeit zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, unter anderem durch die Initiative „Kein Raum für Missbrauch“.

Website des Unabhängigen Beauftragten:

www.beauftragter-missbrauch.de

Website mit Informationen zu den politischen Aktivitäten des Beauftragten sowie Informationen zu den Themenfeldern Prävention, Aufarbeitung und Beteiligung von Betroffenen.

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch:

0800 – 22 55 530 (kostenfrei und anonym)

Das Hilfetelefon ist die kostenfreie und anonyme Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte – auch für Fragen der Prävention. Kärtchen mit der Nummer des Hilfetelefons sowie kleine Booklets zum Hilfetelefon zum Auslegen in Praxen können unter mail@nina-info.de kostenfrei bestellt werden.

Hilfeportal Sexueller Missbrauch:

www.hilfeportal-missbrauch.de

Das Hilfeportal bietet umfassende Informationen und eine umfangreiche Adressdatenbank zu Beratungs- und Hilfsangeboten vor Ort, insbesondere auch zu Arztpraxen und therapeutischen Praxen sowie anderen Angeboten, die im Umgang mit sexueller Gewalt erfahren sind.

Initiative „Kein Raum für Missbrauch“:

www.kein-raum-fuer-missbrauch.de

Auf der Website und im Onlineshop der Initiative finden sich viele Informationen und Materialien, die dabei unterstützen, Missbrauch keinen Raum zu geben. Ärztinnen und Ärzte können dort beispielsweise kostenfrei den Infolyer „Wie Sie in Ihrer Praxis schützen und helfen können“ und ein entsprechendes Plakat herunterladen oder bestellen.

Die Diskussion um das Kindeswohl ist in hohem Maße mit dem Thema „Kinderrechte“ verbunden

Thomas Fischbach

Deutschland hat 1990 als einer der ersten Staaten der Welt die UN-Kinderrechtskonvention unterzeichnet und am 5. April 1992 ratifiziert. Die notwendige und selbstverständliche Konsequenz wurde aber bisher noch nicht gezogen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte fordert gemeinsam mit anderen pädiatrischen Fachverbänden seit vielen Jahren die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz, stößt aber dabei bei vielen Politikern, insbesondere der Unionsfraktion, auf Ablehnung. Bis heute haben die Kinderrechte keinen Eingang in unsere Verfassung gefunden.

Dasselbe Zaudern findet man in weiten Teilen der Politik, wenn es um die Implementierung eines Kinderbeauftragten im Deutschen Bundestag geht. Immerhin eine Forderung, die die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin DAKJ e. V. 2015 mit einer beeindruckenden Petition und 130.000 Unterstützern an den Deutschen Bundestag gerichtet hat.

In diesem Zusammenhang sei durchaus die Gegenfrage an die Zauderer gerichtet: Gab und gibt es ähnliche Bedenken bei der Bestellung der/des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages oder der/des Beauftragten der Bundesregierung für Auswandererfragen und nationale Minderheiten oder der/des Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien? Oder ketzerisch: Welche Lobby brauchen Kinder, um vernünftige Strukturen zu bilden?

ZURÜCK ZUM THEMA KINDERRECHTE

So titelte die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ im Zusammenhang mit einem entsprechenden Vorstoß der SPD bereits am 31.12.2007: „Kinderschutz ins Grundgesetz – Absurd, gefährlich und kontraproduktiv“ und zitierte in diesem Zusammenhang den damaligen rechtspolitischen Sprecher der CDU-Bundestagsfraktion Jürgen Gehb (CDU). „Das Grundgesetz werde durch solche, eine falsche Sicherheit vortäuschenden Ergänzungen zum „Neckermann-Katalog“, in der nach Tieren und Kindern demnächst noch der Schutz von „Dicken, Dünnen und Greisen“ als Ziel aufgenommen werde, sagte Gehb. Er zweifle nicht Becks (SPD) „moralische Motive“ für den Vorstoß an: „Aber gut gemeint ist etwas anderes als gut gemacht.“

Stattdessen forderte die Bundesregierung 2007 in einem „37-Punkte-Papier“ unter anderem verpflichtende Kinderversorgeuntersuchungen mit ergänzenden Elementen zur Erkennung von Kindesmisshandlung und die damalige Justizministerin Zypries (SPD) kritisierte die Jugendämter für eine zu zögerliche Anrufung der Familiengerichte. „Leider werden die Familiengerichte häufig sehr spät angerufen“, sagte die Ministerin. „Meist ist die Situation für die Kinder dann schon so schlimm, dass sie aus der Familie herausgenommen werden müssen.“ Man kann durch solche Äußerungen den Eindruck gewinnen, dass große Teile der Politik die Auffassung vertreten, dass es im Kinderschutz eben nicht an gesetzlichen Rahmenbedingungen hapert, sondern vielmehr die Professionalität der im Bereich des Kinderschutzes Handelnden unzureichend wäre. Damit sind durchaus auch die Kinder- und Jugendärzte angesprochen.

Die Berliner Rechtsmediziner Michael Tsokos und Saskia Guddat werfen in ihrem 2014 erschienenen Buch „Deutschland misshandelt seine Kinder“ den Akteuren im Kinderschutz massives Fehlverhalten vor. Sie fordern beherztes Einschreiten gegen Kindesmisshandler – und gegen all jene, die die alltägliche Misshandlung von Kindern durch Wegschauen, Verharmlosen und Tabuisieren begünstigen. In diesem Zusammenhang nennen die Autoren auch die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendärzte, denen sie sogar wirtschaftliche Motive unterstellen. Diese Vorwürfe lösten in den Reihen der Pädiater einen heftigen Sturm der Entrüstung aus und es kam erst durch die Vermittlung des Berliner Ärztekammerpräsidenten Jonitz zu einer gewissen Befriedung.

Gottlob hat aber auch die deutsche Politik erkannt, dass sie von den im Kinderschutz handelnden Personen nur dann eine qualitativ gute Arbeit zur Sicherung des Kindeswohles erwarten kann, wenn sie entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen schafft, die dies ermöglichen. Das am 01.01.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz stellt den bisherigen Höhepunkt vereinter politischer Anstrengungen zugunsten des Kinderschutzes dar.

In Paragraph 1 des Artikelgesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz KKG betont der Gesetzgeber die politische Verantwortung für den Kinderschutz mit Hinweis auf die entsprechenden Regelungen in Artikel 6 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland.



Bei durchaus feststellbaren Unzulänglichkeiten schafft das Gesetz auf Seiten der Akteure im Kinderschutz eine ausreichende Rechtssicherheit und regelt in § 3 KKG zumindest grundsätzlich die Interaktion der einzelnen Akteure in Jugendhilfe wie Gesundheitswesen durch eine verbindliche Forderung nach Schaffung von Netzwerkstrukturen. Damit wird umgesetzt, was die damalige Bundesjustizministerin Zypries 2009 bei einem Gespräch des Arbeitskreises „Frühe Hilfen“ geäußert hatte: „... was die Aufgabe des Rechts und der Rechtspolitik anbelangt, so muss vor allem gelten: Unklare oder unbekannte Regelungen dürfen nicht dazu führen, dass Kindern in Not nicht geholfen wird. Daran müssen wir arbeiten.“

Durch die Implementierung zwischeninstanzlicher Beratungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte bei Kindeswohlgefährdungsverdacht durch sogenannte „Insofern erfahrene Fachkräfte“ („Insofas“) wurde eine flächendeckende Möglichkeit für Ärztinnen und Ärzte geschaffen, sich bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von Fachkräften hinsichtlich einer Risikoabschätzung sowie eines weiteren Prozederes im speziellen Fall anonymisiert beraten zu lassen.

Die Schaffung eines niederschweligen Unterstützungsangebots von jungen Eltern durch Familienhebammen stellt einen weiteren wichtigen Baustein in diesem Gesetz dar.

In diesem Zusammenhang sei ein – aus Sicht des BVKJ – gravierender Konstruktionsfehler des Gesetzestextes angesprochen: Es fehlt die Regelung eines bidirektionalen Informationsaustausches zwischen Ärzteschaft und Jugendhilfe. Kommunikation läuft hier nur als Einbahnstraße. Das wird der angemessenen Versorgung der betroffenen Kinder nicht gerecht.

Ein weiterer wichtiger präventiver Regelungsansatz betrifft das System der „Frühen Hilfen“, der sich ebenfalls im Bundeskinderschutzgesetz wiederfindet (§ 1 Absatz 4: Frühe Hilfen als präventive Aktionsform des staatl. Wächteramts für die Förderung und den Schutz kleiner Kinder).

So führt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf seiner Homepage zu den Stichworten „Bundeskinderschutzgesetz“ und „Frühe Hilfen“ wie folgt aus:

„Das Gesetz schafft die rechtliche Grundlage dafür, leicht zugängliche Hilfeangebote für Familien vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes flächendeckend und auf einem hohen Niveau einzuführen beziehungsweise zu verstetigen. Alle wichtigen Akteure im Kinderschutz – wie Jugendämter, Schulen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen und Polizei – werden in einem Kooperationsnetzwerk zusammengeführt.“

Das bereits 2007 von der Bundesregierung ins Leben gerufene und mit dem Aufbau einer Wissensplattform, der Kommunikation der Ergebnisse sowie dem Transfer der Erkenntnisse in die Praxis und Wissenschaft beauftragte Nationale Zentrum Frühe Hilfen NZFH übernimmt die inhaltliche Umsetzung und Koordinierung der Bundesinitiative Frühe Hilfen auf Bundesebene,

die modellhafte Erprobung und Evaluation der Praxis, die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Strukturaufbaus in Ländern und Kommunen, die Unterstützung des länderübergreifenden Austauschs über Qualifizierungs- und Qualitätsentwicklungskonzepte sowie die Ausgestaltung und Koordination der Öffentlichkeitsarbeit.

Seit November 2015 liegt der im Auftrag des BMFSFJ durch den Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut DJI erstellte Werkstattbericht zur Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes bei der Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte vor. Die Evaluation wurde als Online-Befragung bei Mitgliedern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e. V. durchgeführt. Gefragt wurde insbesondere nach der Bekanntheit, der Bewertung und Nutzung der Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes durch die befragten Kinder- und Jugendärzte sowie nach einer Veränderung der Zusammenarbeit zwischen Pädiatern und Jugendhilfe.

Wesentliche Ergebnisse sind:

- Knapp 2/3 der Befragten gaben, an den Rechtsanspruch gegenüber der Jugendhilfe auf Beratung bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung zu kennen, aber nur ein knappes Drittel hat von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.
- Die Hälfte derjenigen Befragten, die sich über den Beratungsanspruch durch die Jugendhilfe informiert äußern, hält diesen rechtlich für ausreichend klar geregelt, aber nur knapp die Hälfte aller Befragten betrachtet die rechtliche Möglichkeit zur Datenweitergabe als weitgehend genug.
- Nur 47% der Befragten haben die Möglichkeit der Datenweitergabe 2014 genutzt.
- Etwa ein Fünftel derjenigen Kinder- und Jugendärzte, die die Regelung des BKiSchG zur Datenweitergabe kennen, haben zwar im Jahr 2014 Daten weitergegeben, aber bisher noch keinen Beratungskontakt gehabt. Ein deutlich größerer Anteil von insgesamt 27% gibt jedoch an, sowohl Daten weitergegeben als auch Beratung in Anspruch genommen zu haben.
- Nur knapp 20% aller Befragten geben eine Veränderung in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt seit dem 01.01.2012 an. Soweit eine Veränderung der Zusammenarbeit vorliegt, wird diese fast immer positiv bewertet.

Als Fazit bleibt festzustellen, dass die Politik nach Ansicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte beim Thema „Kinderschutz“ mit dem Bundeskinderschutzgesetz zwar einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung gegangen ist, die bisherigen gesetzlichen Regelungen von einer Mehrheit der Befragten aber nach wie vor als in wesentlichen Punkten unzureichend bewertet werden. Die Verbandsmeinung, die dem BMFSFJ mit Schreiben vom 13. März 2015 mitgeteilt wurde, wird von der Mehrheit der Befragten geteilt:

„Das Gesetz hat sicher dazu beigetragen, die Sensibilität der Bevölkerung und der Behörden für den Kinderschutz zu erhöhen, hat aber nach Auffassung des BVKJ noch einige Unzulänglichkeiten, insbesondere ist das Gesundheitswesen nicht so eingebunden, wie es nach unserer Ansicht sein sollte und es fehlen auch niedrigschwellige Möglichkeiten des Austauschs unter all den Professionen, die täglich mit Kindern und ihren Familien zu tun haben“.

Es bleibt der Politik beim Kinderschutz aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte also noch ein erheblicher Nachbesserungsbedarf. Neben einer Anpassung von Kommunikationsstrukturen der betroffenen Akteure im Kinderschutzgesetz wäre aus unserer Sicht die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz sowie die Schaffung eines Kinderbeauftragten im Deutschen Bundestag nach wie vor ein notwendiger und konsequenter Schritt zur Verbesserung der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Was spricht denn sachlich und vernünftig dagegen, wenn im Grundgesetz festgeschrieben ist, dass jedes Kind ein Grundrecht auf körperliche und seelische Unversehrtheit hat?

■ *Dr. med. Thomas Fischbach*
Präsident Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Mielenforster Straße 2
51069 Köln
thomas.fischbach@uminfo.de

Ergebnisse der Befragung der BVKJ-Mitglieder zur Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes

Thomas Mühlmann

Mehr als 1.800 BVKJ-Mitglieder nahmen im Frühjahr 2015 an einer Online-Erhebung zum Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) teil. Dabei haben sie Fragen zu ihrem Umgang mit Fällen des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung und zur Bekanntheit und Bewertung der gesetzlichen Regelungen beantwortet. Als Teil der wissenschaftlichen Grundlagen für die Evaluation des BKisSchG sind die Ergebnisse in einen Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag eingeflossen.

ANLASS UND DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG

Wichtige Ziele des BKisSchG, das am 1. Januar 2012 in Kraft trat, bestehen in der Verbesserung der interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation im Kinderschutz sowie in der Stärkung der Handlungs- und Rechtssicherheit der in diesem Bereich tätigen Personen (vgl. Deutscher Bundestag 2015). In besonderem Maße betrifft dies die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sowie das Handeln der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bei Fällen konkreten Verdachts auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung.

Für Ärztinnen und Ärzte finden sich die wichtigsten Neuregelungen dazu in § 4 („Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“) des im Rahmen des BKisSchG neu eingeführten Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Diese Regelung sieht vor, dass Berufsgeheimnisträger im Fall eines Verdachts auf eine Kindeswohlgefährdung – also Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuelle Gewalt – ein mehrstufiges Verfahren anwenden (vgl. auch Fegert/Richter 2015). Sie sollen zunächst ihre eigenen Möglichkeiten ausschöpfen, indem sie mit Kindern und Eltern über die Situation sprechen und ggf. auf die Inanspruchnahme von weiteren Hilfen hinwirken. Zur Unterstützung bei der häufig schwierigen Entscheidung, ob tatsächlich eine Gefährdung im Sinne des Gesetzes vorliegt, haben Ärztinnen und Ärzte einen Rechtsanspruch auf Beratung durch eine erfahrene Fachkraft, der sich an die Kinder- und Jugendhilfe richtet. Falls dieses Vorgehen im Einzelfall nicht in Frage kommt oder nicht ausreicht, darf gemäß § 4 Abs. 3 KKG außerdem das Jugendamt über den Fall informiert und



dazu die berufliche Schweigepflicht gebrochen werden. Sofern es den Schutz des Kindes nicht in Frage stellt, müssen die Betroffenen über die Datenübermittlung informiert werden.

Ob diese Regelung bekannt ist, inwieweit sie umgesetzt und wie sie bewertet wird, war Gegenstand einer Online-Erhebung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) anlässlich der Evaluation des BKiSchG. Der BVKJ unterstützte diese Erhebung durch ein Einladungsschreiben an seine berufstätigen Mitglieder und durch die Einschätzung der Repräsentativität der Ergebnisse. Die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e.V./Technische Universität Dortmund begleitete die Erhebung wissenschaftlich. In die Auswertung flossen 1.813 ausgefüllte Fragebögen ein. Dies entspricht einem Rücklauf von 23,8%. Der BVKJ schätzte die Beteiligung als vergleichsweise gut und die Teilnehmenden hinsichtlich der Verteilung nach Ländern und Arbeitsorten und im Vergleich zur eigenen Verbandsstatistik als repräsentativ ein. Zentrale Ergebnisse der Befragung sind Teil der wissenschaftlichen Grundlagen für die Evaluation des BKiSchG (vgl. Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015) und auch im Evaluationsbericht der Bundesregierung berücksichtigt worden (vgl. Deutscher Bundestag 2015).

BERATUNGSANSPRUCH AN DIE KINDER- UND JUGENDHILFE

Eine Mehrheit von knapp zwei Dritteln der teilnehmenden BVKJ-Mitglieder gibt an, den Rechtsanspruch gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe auf Beratung zum Umgang mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung zu kennen (vgl. Tabelle 1). Mit 37% deutlich geringer ist jedoch der Anteil derjenigen, denen auch eine für die Beratung zuständige Fachkraft persönlich bekannt ist. Knapp ein Drittel (31%) der Befragten gibt an, bereits mindestens einen Beratungskontakt mit dieser Fachkraft gehabt zu haben. Von diesen wiederum geben die meisten (85%) an, dass diese Beratung für sie „im Großen und Ganzen hilfreich“ war.

Die Ergebnisse zur Bekanntheit des Beratungsanspruchs lassen sich differenzierter betrachten, nämlich erstens nach dem institutionellen Arbeitsort der Befragten, zweitens – bei den niedergelassenen Ärzt(inn)en – nach Bundesländern und drittens – bei den Krankenhausärzt(inn)en – nach beruflicher Position. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede. Bezogen auf den Arbeitsort ist der Anspruch besonders häufig bekannt bei Ärzt(inn)en in Sozialpädiatrischen Zentren (90%) und am seltensten bei Krankenhausärzt(inn)en (57%). Bei der größten Gruppe der Befragten, den niedergelassenen Ärzt(inn)en, entspricht der Mittelwert erwartungsgemäß etwa dem der Gesamtgruppe (vgl. Tabelle 1), jedoch mit regionalen Unterschieden: Je nach Bundesland geben zwischen 53% und 79% an, den Beratungsanspruch zu kennen. Bei Krankenhausärzt(inn)en wiederum zeigt sich ein deutliches Gefälle abhängig von der beruflichen Position: Personen mit Leitungsfunktionen kennen den Beratungsanspruch am häufigsten, während der Anteil bei Assistenzärzt(inn)en am geringsten ist. Ähnlich große Unterschiede bezogen auf Arbeitsort, Bundesland und Position bestehen auch bei der Inanspruchnahme von Beratung (vgl. Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 43).

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass der Beratungsanspruch gemäß § 4 Abs. 2 KKG einer deutlichen Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bekannt ist. Die starken Unterschiede nach Arbeitsort und vor allem nach Bundesland bestätigen aber auch den Befund von qualitativen Erhebungen im Gesundheitsbereich durch das Deutsche Jugendinstitut, dass eine Informationsverbreitung noch nicht systematisch und flächendeckend erfolgt ist (vgl. zusammenfassend Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 43).

DATENÜBERMITTLUNG AN DAS JUGENDAMT

Ein im Vergleich zur Bekanntheit des Beratungsanspruches etwas geringerer Anteil von 58% der Befragten gibt an, die Regelungen des BKiSchG zur ärztlichen Schweigepflicht und zur Datenweitergabe zu kennen (vgl. Tabelle 2). Knapp die Hälfte (46%) derjenigen, denen die Regelung bekannt ist, hat wiederum im Jahr 2014 nach eigenen Angaben mindestens einmal davon Gebrauch gemacht. Die Bewertungen hinsichtlich Verständlichkeit und Umfang des Gesetzes sind zweigeteilt: Jeweils fast gleich große Teilgruppen bewerten die Befugnisnorm zur Weitergabe von Daten an das Jugendamt – soweit sie ihnen bekannt ist – als (nicht) ausreichend klar sowie als (nicht) umfassend genug.

Tabelle 1: Bekanntheit und Nutzung des Beratungsanspruches

Das Bundeskinderschutzgesetz vom 01.01.2012 gibt jeder Ärztin und jedem Arzt einen Rechtsanspruch gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe auf kostenlose Beratung zum Umgang mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung.		
Kennen Sie diesen Anspruch auf Beratung?		
Nein: 34,7%	Ja: 65,3%	n: 1.813
Kennen Sie mindestens eine für diese Beratung zuständige Fachkraft persönlich?		
Nein: 62,7%	Ja: 37,3%	n: 1.813
Hatten Sie bereits im Kontext einer Einzelfallberatung mit ihr Kontakt?		
Nein: 69,1%	Ja: 30,9%	n: 1.805
Falls ja, war die Beratung für Sie im Großen und Ganzen hilfreich?		
Nein: 15,0%	Ja: 85,0%	n: 555

Quelle: Befragung des BMFSFJ bei BVKJ-Mitgliedern 2015

Tabelle 2: Bekanntheit und Nutzung der Regelung des BKiSchG zur Datenweitergabe

Das Bundeskinderschutzgesetz vom 01.01.2012 enthält eine Regelung zur ärztlichen Schweigepflicht und der Weitergabe von Daten.		
Kennen Sie diese Regelung zur Datenweitergabe?		
Nein: 42,0%	Ja: 58,0%	n: 1.808
Falls ja: Haben Sie die Möglichkeiten dieser Regelung im Jahr 2014 mindestens einmal genutzt?		
Nein: 53,6%	Ja: 46,4%	n: 1.040
Ist die Weitergabe von ärztlichen Daten bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung für Sie ausreichend klar geregelt?		
Nein: 50,0%	Ja: 50,0%	n: 1.040
Sind die derzeitigen rechtlichen Möglichkeiten zur Datenweitergabe für Sie umfassend genug?		
Nein: 53,3%	Ja: 46,7%	n: 1.030

Quelle: Befragung des BMFSFJ bei BVKJ-Mitgliedern 2015

Auch bezüglich der Bekanntheit, Nutzung und Bewertung der Befugnis zur Datenweitergabe an das Jugendamt sind Unterschiede nach Arbeitsort, Bundesland und beruflicher Position festzustellen, jedoch etwas geringer ausgeprägt als hinsichtlich des Beratungsanspruches (vgl. ausführlich Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 49 ff.).

Die folgende weiterführende Auswertung der Antworten zur Befugnisnorm hilft bei der Einordnung der Ergebnisse:

- Viele Befragte geben an, dass sie, wie vom Gesetzgeber intendiert, beide Möglichkeiten des § 4 KKG genutzt haben: 27 % derjenigen, die die Regelung kennen, haben sowohl Beratung in Anspruch genommen als auch Daten übermittelt. Die Anteile derjenigen, die a) zwar einen Beratungskontakt hatten, aber keine Daten übermittelt haben (12 %) oder die b) augenscheinlich ohne vorherige Beratung Daten übermittelt haben (19 %), fallen deutlich geringer aus. Die übrigen 42 % hatten entweder keine entsprechenden Fälle oder die eigenen Handlungsmöglichkeiten wurden auch ohne Kontakt zur Jugendhilfe als ausreichend eingeschätzt. Dies kann an dieser Stelle nicht genauer interpretiert werden, da das Vorliegen von Verdachtsfällen nicht abgefragt wurde (vgl. Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 52).
- Wenn die Befugnisnorm als eher unklar bewertet wird, ist das nicht unbedingt ein Hindernis für eine Nutzung der Möglichkeit zur Datenweitergabe. So vertritt etwa ein Fünftel der Teilnehmenden (21 %) zwar die Einschätzung, dass die Datenweitergabe nicht ausreichend klar geregelt sei, hat aber dennoch im Jahr 2014 mindestens einmal die Möglichkeiten der Befugnis genutzt.
- Ein weiteres Ergebnis, das hier kontextualisiert werden soll, betrifft die Bewertung, inwieweit die Möglichkeiten zur Datenweitergabe ausreichend seien. Der BVKJ selbst verneint dies und formuliert seine Position sogar wie folgt im Einladungsschreiben: „es fehlen [...] niedrig-

schwellige Möglichkeiten des Austauschs unter all den Professionen, die täglich mit Kindern und ihren Familien zu tun haben.“ Aufgrund der Mehrheit von 53 %, die die Regelung nicht als „umfassend genug“ bewerten, kann die Verbandsposition zwar als bestätigt gelten. Mit 47 % vertritt jedoch eine nur knappe Minderheit die gegensätzliche Meinung. Auch diese Bewertung berücksichtigt nur Angaben derjenigen, die die Regelung kennen.

KOOPERATION MIT DEM JUGENDAMT

Das im Rahmen des BKiSchG eingeführte KKG soll die Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe auf unterschiedliche Weise und in verschiedenen Bereichen unterstützen. Dies gilt nicht nur bezogen auf konkrete Verdachtsfälle von Misshandlung oder Vernachlässigung, sondern auch für stärker präventiv ausgerichtetes kooperatives Handeln, beispielsweise in Netzwerken Früher Hilfen (vgl. Backes et al. auf Seite 107 i. d. H.). Aus erhebungspragmatischen Gründen wurden die BVKJ-Mitglieder hier jedoch ohne weitere Differenzierung gefragt, ob sich die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt seit dem 01.01.2012 (Inkrafttreten des BKiSchG) verändert hat. Dies bejaht eine Minderheit von 19 % der Befragten (vgl. Tabelle 3). Wenn es eine Veränderung gab, bewerteten diese fast alle Befragten (93 %) als positiv.

Tabelle 3: Zusammenarbeit mit dem Jugendamt

Hat sich seit dem 01.01.2012 Ihre Zusammenarbeit mit dem Jugendamt verändert?		
Nein: 81,2%	Ja: 18,8%	n: 1.811
Falls ja: Ist diese Veränderung positiv?		
Nein: 6,6%	Ja: 93,4%	n: 335

Quelle: Befragung des BMFSFJ bei BVKJ-Mitgliedern 2015

Ärztinnen und Ärzte in Sozialpädiatrischen Zentren haben am häufigsten Veränderungen in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bemerkt (42 %). Auch Krankenhausärztinnen und -ärzte (27 %) sowie Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (21 %) stellen überdurchschnittlich häufig eine Veränderung hinsichtlich der Jugendamtskooperation fest.

MEDIZINISCHE LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN

Zu Fragen des Kinderschutzes und speziell zum Umgang mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung existieren verschiedene Leitlinien und Empfehlungen von Fachorganisationen aus dem Gesundheitswesen. Unabhängig von den Regelungen des BKiSchG ist die Verbreitung solcher fachspezifischer Materialien ein Indikator für den Informationsstand unter Ärztinnen und Ärzten. Etwas mehr als vier von fünf der Befragten (81 %) geben an, solche Empfehlungen zu kennen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Bekanntheit von Leitlinien und Empfehlungen aus dem Gesundheitswesen

Kennen Sie Leitlinien oder Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden zum Umgang mit einem Verdacht auf Kindesmiss-handlung oder -vernachlässigung?

Nein: 18,6%	Ja: 81,4%	n: 1.795
-------------	-----------	----------

Quelle: Befragung des BMFSFJ bei BVKJ-Mitgliedern 2015

Die Leitlinien oder Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden sind demnach also zwar deutlich häufiger bekannt als die Regelungen des BKiSchG, jedoch ebenfalls nicht flächendeckend.

AUSBLICK

Die hier vorgestellten Ergebnisse wurden im Zuge der Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes mit Erkenntnissen aus weiteren quantitativen und qualitativen Erhebungen zusammengeführt (vgl. ausführlich Mühlmann/Pothmann/Kopp 2015, S. 37 ff.). In der Gesamtschau zeigen diese Daten, dass die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe eine hohe Bedeutung auch für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte besitzt. Sowohl die Möglichkeiten der Beratung als auch der Datenübermittlung werden genutzt und sind wichtige Bausteine für das professionelle Handeln im Kinderschutz. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass über die bestehenden gesetzlichen Grundlagen zum Zeitpunkt der Untersuchungen noch nicht systematisch und flächendeckend informiert wurde. Auch wird das Gesetz sehr unterschiedlich von der Ärzteschaft beurteilt.

Im Evaluationsbericht der Bundesregierung werden diese Erkenntnisse auch im Lichte der Stellungnahmen von Ländern und Fachverbänden politisch bewertet und Änderungsbedarfe beschrieben (vgl. Deutscher Bundestag 2015). Dabei hat die vorgestellte Befragung von BVKJ-Mitgliedern zu der Einschätzung beigetragen,

„dass die Kooperationsbeziehungen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ausgebaut wurden, jedoch eine weitere Stärkung anzustreben ist. [...] Hinsichtlich der Befugnis zur Datenübermittlung für Berufsgeheimnisträger/innen (§ 4 Abs. 3 KKG) hat sich gezeigt, dass die Regelung in der Praxis häufig schwer verständlich ist – die Regelung sollte daher für mehr Praxis-tauglichkeit klarer und verständlich formuliert werden. Außerdem sollten die meldenden Ärztinnen und Ärzte, die nach § 4 Abs. 3 KKG Daten übermitteln, in den Prozess der Gefährdungseinschätzung des Jugendamtes zukünftig einbezogen werden, v.a. auch damit diese ‚Feedback‘ erhalten“.

(Deutscher Bundestag 2015, S. 4).

Eine weitere Verbesserung der Informationslage für Ärztinnen und Ärzte wird außerdem auch durch die Erarbeitung einer S3-Leitlinie zum Kinderschutz erwartet, die sich derzeit in der Entwicklung befindet (vgl. S3+Leitlinienbüro Kinderschutz 2016).

Inwieweit weitere, konkrete Maßnahmen des Gesetzgebers erfolgen werden, ist nun den fachpolitischen Beratungen überlassen. Die Evaluation zeigt, dass das bundesgesetzliche KKG zumindest im Grundsatz funktional und nur im Detail überarbeitungsbedürftig erscheint. Entscheidend ist letztlich die praktische Ausgestaltung der gesetzlichen Möglichkeiten vor Ort durch Ärztinnen und Ärzte und die lokale Kinder- und Jugendhilfe.

■ *Dr. phil. Thomas Mühlmann*
 Fakultät 12 – Erziehungswissenschaft und Soziologie
 Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V./
 Technische Universität Dortmund
 Vogelpothsweg 78
 44227 Dortmund
 thomas.muehlmann@tu-dortmund.de

Literaturangaben unter:



„Ein Klaps auf den Hintern hat noch niemandem geschadet“: Einstellungen zu Körperstrafen und Erziehung in der deutschen Allgemeinbevölkerung

Paul L. Plener, Klaus P. Rodens, Jörg M. Fegert

Prävention von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch ist vor allem erfolgreich, wenn neben frühen Hilfen an Eltern auch das gesellschaftliche Klima, d. h. die Haltung der sogenannten Bystander erreicht und verändert werden kann (Zollner et al., 2014). Insofern ist es in einer Gesellschaft wichtig zu wissen, wie die Einstellungen zu Körperstrafen in der Erziehung sind, um das Klima in der Allgemeinbevölkerung und das Normverständnis, d. h. die Auffassungen junger Eltern heute und die Einstellungen von Großeltern, zu kennen. Deshalb wurde in der Vorabstimmung dieser vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) herausgegebenen Broschüre eigens eine repräsentative Befragung organisiert, um die Frage des gesellschaftlichen Rahmens, in dem Kindesmisshandlung stillschweigend toleriert bzw. abgelehnt wird, zu untersuchen.¹



In seinem Beitrag vom allmählichem Sterben des väterlichen Züchtigungsrechts beschreibt Salgo (2001) den langen Weg bis der Gesetzgeber um die Jahrtausendwende nach zahlreichen Mahnungen des Bundesverfassungsgerichts und lange nach der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention endlich auch in Deutschland gewaltfreie Erziehung zur Norm erklärt hat. Bis zur Jahrtausendwende hielt sich in den juristischen Kommentaren immer noch die Erwähnung des sog. „Gartenschlauchurteils“ des BGH, wo die Züchtigung zweier pubertierender Töchter auf das nackte Gesäß mit einem Gartenschlauch, so dass Striemen von der Gartenschlauchtextur deutlich sichtbar waren, als noch statthaftes Erziehungsmittel angesehen wurde. Dies änderte sich erst durch eine Novellierung im Bürgerlichen Gesetzbuch, die am 8. November 2000 in Kraft trat. Noch damals war diese Entscheidung parlamentarisch umstritten. Die CDU lehnte diese, von der damaligen Bundesfamilienministerin Dr. Christine Bergmann, der späteren UBSKM, vorangetriebene Reform ab, und hielt sie für reine „Symbolpolitik“. Der vorliegende Beitrag widmet sich also auch der Frage: Haben solche normativen Vorgaben nur einen symbolischen Wert oder ändert sich tatsächlich das Klima in einer Gesellschaft, wenn die Gesellschaft sich auf einen anderen Umgang mit Kindern besinnt?

Seit Ende 2000 haben Kinder in Deutschland ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Basierend auf dem „väterlichen Züchtigungsrecht“ bestand bis ins Jahr 2000 die Möglichkeit, in der Erziehung von Kindern auch Gewalt anzuwenden. Dies änderte sich erst durch eine Novellierung des Bürgerlichen Gesetzbuches, die am 08. November 2000 in Kraft trat. Seitdem haben auch Kinder in Deutschland ein Recht auf „gewaltfreie Erziehung“, wie es in § 1631 BGB Abschnitt 2 formuliert wird („Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“) (vgl. auch Bussmann, 2003). Dennoch findet sich Gewalt gegen Kinder häufig in Deutschland. In einer repräsentativen Befragung der deutschen Allgemeinbevölkerung (n=2504) berichteten 2,8% der Befragten über schweren körperlichen und 1,9% über schweren sexuellen Missbrauch in der Kindheit (Häuser et al., 2011).

Gesellschaftliche Normen und Vorstellungen, die sich in Gesetzestexten manifestieren, haben einen großen Einfluss auf das Risiko zu Kindeswohlgefährdung, bzw. es entsteht, wie Bussmann (2010) ausführt, im Rahmen der Verbreitung des Gewaltverbots zunächst ein „Konformitätsdruck“ (Bussmann, 2010) auf der Ebene der Einstellungen, ehe sich dies auch auf der Ebene des Erziehungsverhaltens zeigt. So ist auch zu erklären, wie gesellschaftliche Normen sowohl als Risiko- oder aber auch als Resilienzfaktor hinsichtlich der Entwicklung von Kindesmisshandlung wirksam werden können (Witt et al., 2013). Das Wissen um die gesetzliche Norm zur gewaltfreien Erziehung wurde daher mehrfach in Studien untersucht.

Etwa ein Jahr nach Einführung der neuen Gesetzesnorm wurden im Oktober 2001 bundesweit 3000 Eltern befragt, wobei sich hier bereits ein – im Vergleich zu einer 1996 durchgeführten Elternstudie – wachsendes Bewusstsein dafür zeigte, dass Körperstrafen nach geltendem Recht nicht mehr erlaubt waren;

¹ Finanziert wurde die Befragung von der Stiftung Kind und Jugend (Tochter des BVKJ) und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm im Rahmen des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg und des Zentrums für Traumaforschung Ulm.

dennoch hielten zum damaligen Zeitpunkt etwa 60,6% eine „leichte Ohrfeige“ für erlaubt (Bussmann, 2003). In einer 2005 durchgeführten Befragung an 1004 Eltern (mind. 25 Jahre, mind. ein Kind unter 18 Jahren) in Privathaushalten wurde nach der Kenntnis des Rechts auf gewaltfreie Erziehung gefragt, wobei eine Rechtskenntnis bei 41,5% der befragten Eltern vorlag (Bussmann, 2010). Im Vergleich zu Vorstudien in den Jahren 1996 und 2001 zeigte sich eine deutliche Veränderung, sodass vor allem härtere körperliche Strafen nur mehr von weniger als 10% für erlaubt gehalten wurden, wohingegen immer noch 56,8% einen „Klaps auf den Po“ und 47,9% eine „leichte Ohrfeige“ für erlaubt hielten.

Im Jahr 2002 wurden 2000 Jugendliche zu gewaltfreier Erziehung befragt. Hier konnten bereits deutlich sinkende Häufigkeiten an Körperstrafen im Vergleich zu einer zehn Jahre zuvor durchgeführten Befragung beschrieben werden (Bussmann, 2003). Im Rahmen einer 2005 neuerlich durchgeführten Jugendstudie wurden 1055 Jugendliche im Bundesgebiet befragt. Dabei wussten 27,7% über die rechtliche Lage hinsichtlich des Rechts auf eine gewaltfreie Erziehung Bescheid, wobei Schüler mit einem höheren Bildungsgrad auch eine höhere Rechtskenntnis aufwiesen. Auch bei Jugendlichen fand sich im Vergleich zu einer 2002 durchgeführten Jugendstudie ein zunehmendes Wissen darum, dass Körperstrafen nicht erlaubt sind. Leichtere Körperstrafen wie „Klaps auf den Po“ wurde von 59,4% als erlaubt gesehen, eine „leichte Ohrfeige“ von 55,2% (Bussmann, 2010).

Nachdem gezeigt werden konnte, dass ein hinreichendes Wissen um die gesetzlichen Normen in zunehmenden Maße vorhanden sein dürfte, will diese Studie einen Schritt weiter gehen und stellt daher die Frage nach Einstellungen zum Einsatz von Körperstrafen in der Erziehung von Kindern und Jugendlichen. Diese wurden in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe anonym erhoben.

METHODEN:

Die Daten wurden im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe mittels random route Verfahren vom 20.01.2016 bis zum 16.03.2016 in ganz Deutschland erfasst. Dabei wurden Haushalte zufällig ausgewählt und durch Studienmitarbeiter aufgesucht, wobei die Auswahl der an der Studie teilnehmenden Person im Haushalt nach Zufallsprinzip erfolgte. Eine Studienteilnahme war ab einem Alter von 14 Jahren möglich. Vor Ort erfolgte eine Aufklärung sowie die Einholung eines informed consent. Nach erfolgter Aufklärung wurden Fragebögen ausgehändigt. Der Studienmitarbeiter verblieb nach einem eingangs erfolgten Interview zu statistischen Fragen vor Ort, um etwaige Fragen bei Unklarheiten zu beantworten oder verließ auf Wunsch des Teilnehmenden die Wohnung. Vom Teilnehmenden musste der Hauptteil der Studie als Fragebogen ausgefüllt werden. Der Interviewer nahm in keinem Fall Einfluss auf das Ausfüllen des Fragebogens. Im Rahmen der Studie wurden 4830 Haushalte kontaktiert und es konnten 2524 vollständige Datensätze erhoben werden. Die Studie erhielt ein positives Votum der Ethikkommission Leipzig.

ERGEBNISSE:

In einem ersten Schritt wurden Einstellungen zu verschiedenen Körperstrafen erfragt. Zunächst wurde anhand einer vierstufigen Likert-Skala (Einordnung in den Bereich von „stimme voll zu“ bis „bin stark dagegen“) die Einstellung zu den Körperstrafen „Klaps auf den Hintern“, „Ohrfeige“ und „Tracht Prügel“ erfragt (s. Abb. 1). Hier findet sich eine hohe Zustimmung zur Aussage, dass ein Klaps auf den Hintern „noch keinem Kind geschadet“ habe, die bei beiden Geschlechtern „mehrheitsfähig“ ist, während eine Ohrfeige und vor allem eine Tracht Prügel von der Mehrzahl der Befragten abgelehnt wird.

Abb. 1 Zustimmungsgade zu verschiedenen Körperstrafen (Angaben in Prozent, n=2494)



In einem weiteren Abschnitt wurde basierend auf den items aus der Befragung von Busmann (2003) danach gefragt, welche körperlichen Strafen die Befragten in der Erziehung für angebracht halten (s. Tab. 1).

Körperliche Strafe	M (%)	W (%)	Gesamt (%)	χ^2 ; p
Klaps auf Hintern	558 (48,7)	569 (41,3)	1127 (44,7)	χ^2 : 14,13; p<0,001
Leichte Ohrfeige	258 (22,35)	172 (12,5)	430 (17,0)	χ^2 : 44,79; p<0,001
Schallende Ohrfeige	38 (3,3)	13 (0,9)	51 (2,0)	χ^2 : 17,4; p<0,001
Tracht Prügel mit Bluterguss	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,1)	χ^2 : 0,02; p=0,70
Mit Stock kräftig auf Po	7 (0,6)	4 (0,3)	11 (0,4)	χ^2 : 1,49; p=0,18
Treten	0	0	0	
Würgen	0	0	0	
Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)	5 (0,4)	0 (0)	5 (0,2)	χ^2 : 6,03; p=0,02
Andere körperliche Bestrafung	15 (1,3)	9 (0,7)	24 (1,0)	χ^2 : 2,87; p=0,07
Ablehnung körperlicher Bestrafung	578 (50,5)	815 (59,1)	1393 (55,2)	χ^2 : 18,80; p<0,001

Daneben wurde erfasst, wann (also bei welchen Konstellationen) Körperstrafen als gerechtfertigt erachtet werden. Hier zeigt sich, dass, auch wenn mehr als die Hälfte der Befragten Körperstrafen ablehnt, diese aber etwa bei Diebstahl oder auch bei Lügen von etwa einem Fünftel der Befragten mitunter für opportun gehalten werden (s. Abb. 2).

Besonders interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch die unterschiedliche Einstellung zu Körperstrafen bei Befragten, die selber Kinder haben und solchen, die dies verneinten. Generell finde sich die Ablehnung körperlicher Strafen in der Erziehung häufiger bei Befragten, die keine Kinder

haben (χ^2 : 6,51, p=0,006). Signifikante Unterschiede finden sich im Bereich „Lügen“ (χ^2 : 12,96, p<0,001), „zu spät nach Hause kommen“ (χ^2 : 9,90, p=0,001) sowie „frech sein oder widersprechen“ (χ^2 : 10,53, p=0,001).

Befragt nach persönlich durch die Eltern an den Befragten angewandten Erziehungsmethoden, zeigte sich ein Geschlechtsunterschied im Bereich der Bestrafung durch Ohrfeigen oder Taschengeldkürzung (mehr Männer), wobei weibliche Teilnehmerinnen angaben, dass sie häufiger durch Einstellen der Kommunikation bestraft wurden (s. Tab. 2).

Erziehungsmethode	M (%)	W (%)	Gesamt (%)	χ^2 ; p
Klaps auf Hintern	731 (63,8)	832 (60,3)	1563 (61,9)	χ^2 : 3,27; p=0,08
Leichte Ohrfeige	542 (47,3)	58 (40,5)	1100 (43,6)	χ^2 : 12,02; p=0,001
Schallende Ohrfeige	256 (22,4)	230 (16,7)	486 (19,3)	χ^2 : 12,98; p<0,001
Tracht Prügel mit Bluterguss	50 (4,4)	40 (2,9)	90 (3,6)	χ^2 : 3,91; p=0,05
Mit Stock kräftig auf Po	103 (9,0)	100 (7,3)	203 (8,0)	χ^2 : 2,57; p=0,12
Treten	16 (1,4)	20 (1,5)	36 (1,4)	χ^2 : 0,01; p=1,0
Würgen	1 (0,1)	4 (0,3)	5 (0,2)	χ^2 : 1,30; p=0,39
Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)	85 (7,4)	78 (5,7)	163 (6,5)	χ^2 : 3,23; p=0,07
Andere körperliche Bestrafung	44 (3,8)	33 (2,4)	77 (3,1)	χ^2 : 4,45; p=0,04
Fernsehverbot	474 (41,4)	519 (37,6)	993 (39,3)	χ^2 : 3,71; p=0,06
Ausgehverbot	509 (44,5)	643 (46,6)	1152 (45,6)	χ^2 : 1,19; p=0,28
Taschengeldkürzung	360 (31,4)	308 (22,3)	668 (26,5)	χ^2 : 26,65; p<0,001
Nicht mehr mit Ihnen reden	163 (14,2)	257 (18,6)	420 (16,6)	χ^2 : 8,75; p=0,003
Niederbrüllen	153 (13,4)	172 (12,5)	325 (12,9)	χ^2 : 0,44; p=0,51
Nichts davon	213 (18,6)	269 (19,5)	482 (19,1)	χ^2 : 0,33; p=0,58

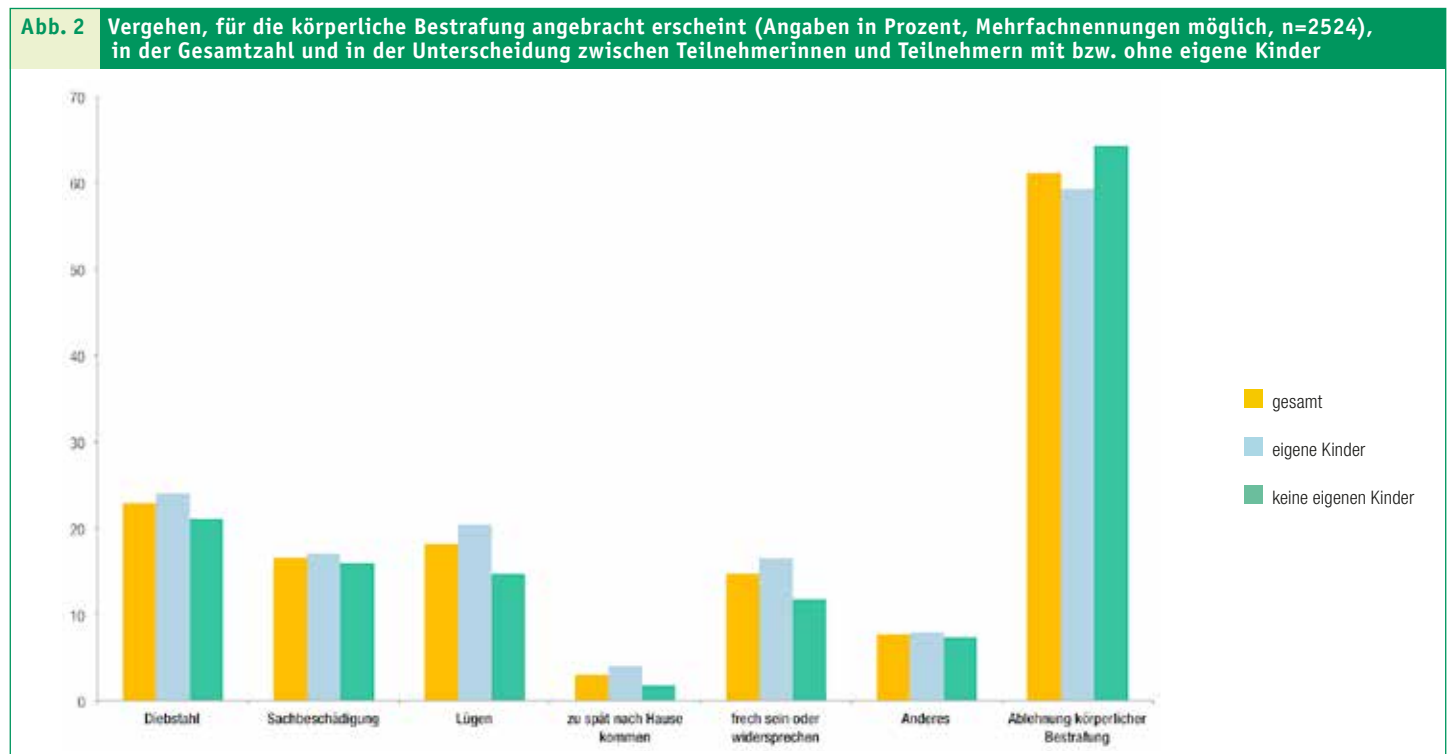
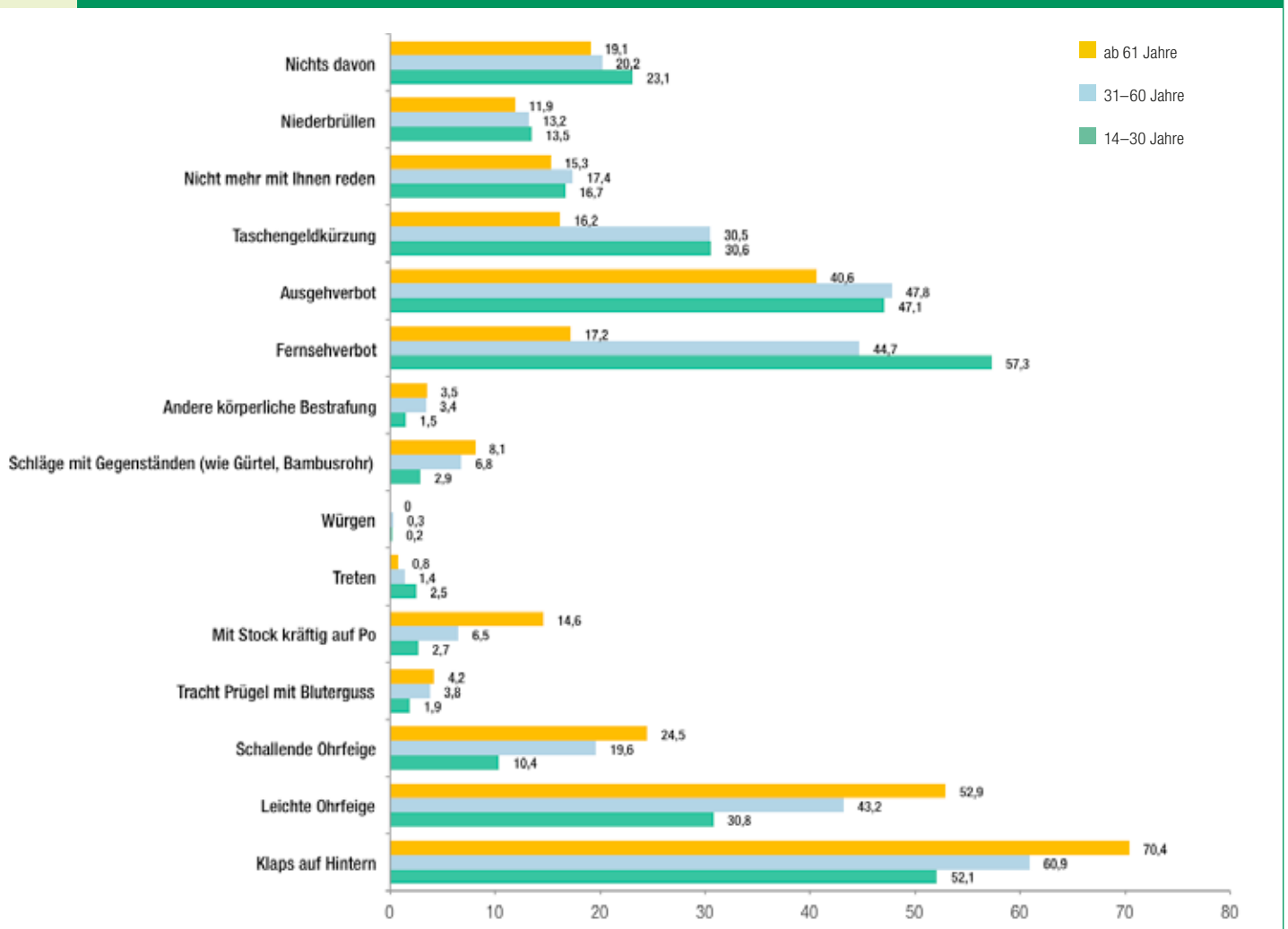


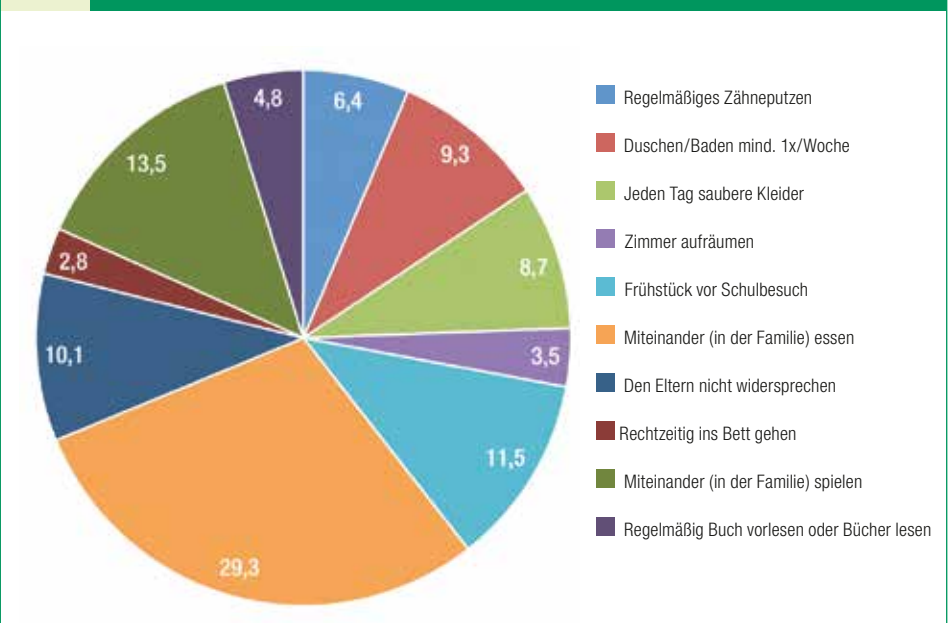
Abb. 3 Erlebte Erziehungsmethoden in den Altersgruppen: 14–30, 31–60 und ab 61 Jahre (n=2524)



Eine Einteilung der gemachten Erziehungserfahrungen nach Altersgruppe der Teilnehmenden (14–30 Jahre, 31–60 Jahre, über 61 Jahre) macht deutlich, dass die meisten Körperstrafen häufiger von den älteren Teilnehmenden der Studie angegeben werden, während (auch bedingt durch die Zeit des Aufwachsens) „Fernsehverbote“ am häufigsten von den jüngeren Teilnehmenden erlebt wurden (s. Abb. 3).

Jene 932 Studienteilnehmer, die von eigenen Kindern berichteten, wurden bezüglich der Inhalte befragt, die Ihnen bei der Erziehung ihrer Kinder besonders wichtig sind. Dabei wurden die Befragten gebeten, sich für den wichtigsten Bereich zu entscheiden. Man sieht hohe Werte vor allem in Bereichen, die abseits der körperlichen Versorgung interaktionale Aspekte besitzen (s. Abb. 4).

Abb. 4 Wichtige Erziehungsinhalte bei eigenen Kindern (n=932, Angaben in Prozent)



Diese als wichtig erachteten Bereiche finden sich ebenso als Antwort auf eine weitere Frage, die hinsichtlich der am meisten in der eigenen Erziehung vermissten Bereiche gestellt wurde. Erstaunlicherweise sind hier die Befunde auch über die verschiedenen Altersgruppen hinweg vergleichbar, wobei auffällig ist, dass vor allem das gemeinsame Spielen innerhalb der Familie vermisst wurde (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Am meisten vermisste Erziehungsinhalte in der eigenen Erziehung (n=1557, Angaben in Prozent)

Vermisste Inhalte	Altersgruppen		
	14–30 Jahre (n=262)	31–60 Jahre (n=837)	Ab 61 Jahre (n=458)
Regelmäßiges Zähneputzen	1,9	3,3	3,9
Duschen/Baden mind. 1x/Woche	0,4	1,7	6,3
Jeden Tag saubere Kleider	1,5	3,6	7,2
Zimmer aufräumen	9,9	3,8	2,8
Frühstück vor Schulbesuch	6,9	5,9	5,2
Miteinander (in der Familie) essen	15,3	14,2	12,4
Den Eltern nicht widersprechen	9,5	5,7	6,1
Rechtzeitig ins Bett gehen	3,8	2,2	1,3
Miteinander (in der Familie) spielen	28,2	36,4	38,0
Regelmäßig Buch vorlesen oder Bücher lesen	22,5	23,2	16,6

DISKUSSION:

Die für dieses Heft extra initiierte repräsentative Befragung untersuchte Einstellungen und persönliche Erfahrungen in Bezug auf Erziehungsbedingungen und Körperstrafen. Dies ist in Deutschland vor allem vor dem Hintergrund eines erst seit 16 Jahren bestehenden rechtlich festgeschriebenen Anspruchs des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung von Interesse, zumal nach der Gesetzesreform im Jahr 2000 wiederholt Studien zur „Veränderungsmessung“ im Hinblick auf diese Thematik vorgelegt wurden.

Zieht man einen Vergleich zur Elternstudie von Bussmann (2010) aus dem Jahr 2005, so zeigt sich in der hier vorgelegten Studie, die rund 10 Jahre später durchgeführt wurde, eine deutliche Reduktion an Körperstrafen. Während ein Klaps auf den Po in der Elternstudie von 2005 noch von 76,2% berichtet wurde, hielten dies in der hier vorgelegten Studie nur mehr 44,7% der Befragten für ein angebrachtes Erziehungsmittel. Ebenso verhält es sich mit der leichten Ohrfeige (53,7% vs. 17%), der schallenden Ohrfeige (7,9% vs. 2%), der Tracht Prügel mit Blutergüssen (1,9% vs. 0,1%), dem Schlagen mit einem Stock auf den Po (1,9% vs. 0,4%) und Schlägen mit Gegenständen (2% vs. 0,2%).

Bezogen auf die Häufigkeit erfahrener Erziehungsmaßnahmen bietet sich ein Vergleich mit der Jugendstudie 2005 an (Bussmann, 2010). Auch wenn die Altersgruppen nicht vollständig kompatibel sind, so lässt sich doch ein ungefährender Vergleich zur Altersgruppe der 14- bis 30-Jährigen in unserer Studie herstellen. Während in der Jugendstudie 2005 noch 65,1% davon berichteten, eine leichte Ohrfeige bekommen zu haben, waren es in unsere Studie in der Altersgruppe der 14- bis 30-Jährigen weniger als halb so viel (30,8%). Auch in vielen

anderen Bereichen reduzierte sich die Häufigkeit berichteter körperlicher Sanktionen: Schallende Ohrfeige (16,5% vs. 10,4%), Tracht Prügel mit Bluterguss (4,9% vs. 1,9%), mit Stock kräftig auf Po schlagen (4,5% vs. 2,7%). Auch bei nicht körperlichen Strafen kann eine Reduktion beschrieben werden: Fernsehverbot (71,3% vs. 57,3%), Ausgehverbot (72% vs. 47,1%), Taschengeldkürzung (49,8% vs. 30,6%), nicht mehr Reden mit Kind (50,3% vs. 16,7%) und Niederbrüllen 65,1% vs. 13,5%). Bedenkt man, dass die Teilnehmer unserer Studie tendenziell älter waren und daher mehr Lebenszeit akkumuliert haben, so spricht dies dafür, dass die erhebliche Reduktion in strafenden Maßnahmen sogar eher noch als konservative Unterschätzung der realen deutlichen Reduktion einzuschätzen ist.

Insgesamt deckt sich das Bild von abnehmenden Zahlen an (Körper-)Strafen mit dem bereits von Bussmann (2010) geäußerten Ergebnis, wonach 91% der befragten Eltern berichteten, dass sie Gewaltfreiheit in der Erziehung anstrebten (eine Aussage, die erstaunlicherweise mehr Zustimmung in der Eltern- als in der Jugendstudie (75,2%) fand).

Das eine Gesetzesnorm auch Einstellungen zur legitimen Anwendung von Gewalt in der Erziehung zu verändern imstande scheint, zeigt sich auch indirekt im Vergleich mit Daten aus einem Land, das eine solche explizite Regelung nicht kennt. Die Schweiz ist hier insofern als Vergleich interessant, als bis jetzt noch keine gesetzliche Vorschrift existiert „welche die Anwendung von Gewalt an Kindern zu Erziehungszwecken ausdrücklich verbietet“ und gemäß Bundesgerichtsentscheid dürfen Eltern ihr Kind körperlich bestrafen „wenn es ein gesellschaftlich tolerierbares Maß nicht überschreitet“ (Urwylter et al., 2015, S. 27). Im Schweizer Projekt „Keine Daheimnisse! Erhebe Deine Stimme gegen Körperstrafen und hole Hilfe!“ (Urwylter et al., 2015) wurde – zusätzlich zu anderen Projektbestandteilen – an sieben Schulen bei Schülern zwischen 10 und 17 Jahren eine Fragebogenuntersuchung zu Körperstrafen durchgeführt. Auf die Frage „Zur Erziehung gehören auch Strafen. Welche Strafen findest Du für Dich selbst ok?“ zeigte sich auf einer dreistufigen Skala (1–3 von „nicht ok“ bis „ok“) die höchste Zustimmung für: „zusätzliches Ämtli“ (im Sinne einer zusätzlichen Übernahme von etwa Aufgaben im Haushalt), Verbot von TV, PC oder Handy, Haus-/Zimmerarrest/Ausgehverbot, Kind anschreien oder aber auch für eine leichte Ohrfeige, d. h., dass hier zumindest eine Form der Körperstrafen von den befragten Jugendlichen zu den legitimsten Bestrafungsmethoden gezählt wird.

Gerade im Hinblick auf den Vergleich mit Erziehungspraktiken anderer Länder gilt es, sensibel die Einstellungen zu Körperstrafen in der Erziehung in Kontakt mit Erziehungsberechtigten aus anderen Kulturkreisen zu erörtern. So wurde etwa von Gith (2014) darauf hingewiesen, dass z. B. im arabischen Kulturkreis die körperliche Züchtigung von Kindern als valides Erziehungsmittel gesehen wurde. Hier ist es die Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes, auf die geltenden Erziehungsbedingungen hinzuweisen, was eine gewisse Kultursensibilität voraussetzt (Raman & Hodes, 2012).

Da die Folgen von Kindesmisshandlung und -missbrauch gravierend sein können und das Risiko für psychische, aber auch somatische Erkrankungen erhöhen (Witt et al., 2013), ist der hier aufgezeigte Trend hin zu einer schwindenden Akzeptanz von Körperstrafen als positives Signal auch in Hinblick auf Folgeerscheinungen zu werten. Es sollte nicht vergessen werden, dass neben dem Leid für die betroffenen Kinder Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter auch eine (gesundheits-)ökonomische Komponente haben. So wurden die jährlich in Deutschland durch Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit entstehenden Kosten in einem Rahmen zwischen 11,1 und 29,8 Milliarden Euro geschätzt (Habetha et al., 2012).

Als Fazit kann festgehalten werden, dass sich gerade in Relation zu bereits 2001 und 2005 erhobenen Daten (Bussmann, 2003; Bussmann, 2010) der Trend zu einer Abnahme an Körperstrafen weiter beschreiben lässt. Diese erfreuliche Dynamik, die wohl auch der Gesetzesinitiative aus dem Jahr 2000 und den dadurch veränderten gesellschaftlichen Normen zu verdanken ist, sollte aber dennoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass immer noch 17% der Befragten etwa eine „leichte Ohrfeige“ für ein geeignetes Mittel der Erziehung halten. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob es hier zu einer weiteren Reduktion kommt oder ob sich hier jetzt nach einer drastischen Veränderung Deckeneffekte einstellen werden. Letztendlich kann geschlossen werden, dass eine entschiedene Haltung gegen Kindesmisshandlung, die im Recht auf gewaltfreie Erziehung verankert ist, eine Signalwirkung entfaltet und daher auch die ärztliche Grundhaltung in der Kommunikation mit Eltern in Fragen des Kinderschutzes prägen sollte.

■ *PD Dr. Paul L. Plener, MHBA*
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5
68159 Mannheim
Paul.Plener@zi-mannheim.de

Dr. med. Klaus Rodens
Angertorstraße 6
89129 Langenau
KlausRodens@t-online.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Literaturangaben unter:



Körperliche Gewalt

Bernd Herrmann

Unter allen Misshandlungsformen haben medizinische Befunde bei einer körperlichen Kindesmisshandlung den höchsten diagnostischen Stellenwert und sind in der Regel der Ausgangspunkt eines Verdachtes. Die vollständige Erhebung der Befunde, ihre sorgfältige Dokumentation, die Abgrenzung alternativer Diagnosen und Differenzialdiagnosen sind entscheidende Voraussetzungen, um daraus eine Misshandlung abzuleiten oder sie auszuschließen.

Das fundamentale Prinzip der Diagnosestellung ist neben der Kenntnis spezifischer, misshandlungstypischer Befunde und ihrer Differenzialdiagnosen, die kritische Prüfung der Plausibilität, mit der ein angegebenes Ereignis für die Verursachung einer Verletzung in Frage kommt. Die Diskrepanz zwischen den Angaben und dem vorliegenden klinischen Verletzungsmuster ist der Kardinalhinweis auf eine Kindesmisshandlung.

ANAMNESE UND DIAGNOSTIK

Sowohl aufgrund oft weitreichender Konsequenzen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, als auch hinsichtlich etwaiger späterer gerichtlicher Verfahren, ist eine möglichst strukturierte und vollständige Anamneseerhebung und Befunddokumentation erforderlich, wie beispielhaft im AG KiM/DAKJ Leitfaden ausgearbeitet. Auch die Evidenz, auf der eine Diagnosestellung beruht, ist von großer Bedeutung und erfordert die Aneignung des aktuellen Wissenstandes und spezifische Fachkenntnisse. Die nachfolgend angegebenen Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten beruhen auf systematischen Reviews und Metaanalysen, insbesondere der Waliser Core Info Arbeitsgruppe.

Anamnese

Fehlt häufig (in ca. 40–50% der Fälle) – verdächtig auch unpassende, unpräzise, vage oder im Verlauf wechselnde Erklärungen, ein verzögerter Arztbesuch bei signifikanten Verletzungen oder die angebliche Verursachung schwerer Verletzungen durch Geschwisterkinder. Genaue Umstände des angegebenen Unfallgeschehens erfragen und dokumentieren.

Untersuchung

Immer Ganzkörperuntersuchung des vollständig entkleideten Kindes. Wachstumsparameter, Entwicklungsstand und aktuelle psychische Befunde dokumentieren. Bei gesicherter Misshandlung auch Geschwister klinisch untersuchen, bei Unter-2-jährigen wird ein Röntgenskelettscreening empfohlen.

Dokumentation

Leserlich und nachvollziehbar; neben fachgerechter Fotodokumentation immer zusätzlich eine Skizze der Befunde mit Messungen (rechtwinklige Messhilfe, z. B. „Fotomakrografisches Winkellineal ABFO No. 2“; Bezug: www.krimtech.de/scales.htm) und Farbangaben in einem standardisierten, skizzierten Körperschema.

Diagnostik

Bei allen Kindern unter 2 Jahren mit begründetem Verdacht Röntgenscreening des gesamten Skeletts (Entscheidungshilfe hinsichtlich der Indikationsstellung bei Herrmann 2016), Fundoskopie durch Ophthalmologen und orientierende Laboruntersuchungen. Ggf. ergänzend Skelettszintigrafie, CT, Sonografie, MRT, Abdomenübersicht-Röntgen.

Verhalten

Misshandelte Kinder können extrem ängstlich, gehemmt oder passiv, überhöflich oder überangepasst sein, immer bemüht, alles recht zu machen. Andere fallen durch hyperaktives, aggressives, asoziales oder destruktives Verhalten auf. Ein unsicher gespannt und traurig wirkender Gesichtsausdruck, die sog. gefrorene Wachsamkeit („Frozen watchfulness“) findet sich vermehrt bei betroffenen Kindern. Verbale Hinweise von Kindern ernst nehmen.



HAUTBEFUNDE

Hämatome finden sich bei nahezu 90% aller misshandelten Kinder. Diagnostisch von Bedeutung ist die Lokalisation, das Erscheinungsbild (Formung) und das Alter des Kindes bzw. seine Mobilität. Eine Altersfestlegung der Hämatome sollte strikt vermieden werden, da es keine Evidenz für die Zuordnung verschiedener Farben zu einem definierten Hämatomalter gibt (lediglich gelb ist immer älter als 18–24 Std.). Einen starken Hinweischarakter haben multiple, große Hämatome, ungewöhnliche Lokalisationen, charakteristische Formungen, Petechien sowie grundsätzlich Hämatome bei prämobilen Säuglingen. Für thermische Misshandlungen gilt dies für Immersionsverbrühungen, ungewöhnliche Lokalisationen und geformte Kontaktverbrennungen.

Epidemiologie und Evidenz

Akzidentelle Hämatome sind Raritäten bei prämobilen, jungen Säuglingen (0,6%–1,5% < 6 Monate, 1,7% < 9 Monate), Anzahl und Größe sind dabei meist gering (<1 cm), typische Lokalisationen knöcherne Vorsprünge der Körpervorderseite (Gesicht, Kopf, Stirn, Schienbeine). 20% der Krabbler und 50% der Läufer haben dagegen akzidentelle Hämatome, v. a. der unteren Extremitäten, dabei weniger als 2% an Thorax, Abdomen, Becken, Gesäß, Kinn, Ohren oder Hals.

Lokalisation

Typische Lokalisation akzidenteller Hämatome sind die knöchernen Prominenzen an der Körpervorderseite („Leading edges“), dabei am häufigsten Knie und Schienbeine, Hinterkopf und das „faziale T“ (Stirn, Nase, Oberlippe und Kinn) beim Stolpern, Ausrutschen und Hinstürzen. Weniger als 5% sind im Gesicht oder um die Augenpartie.

Bei Misshandlungen liegen sie meist abseits der knöchernen Vorsprünge, am häufigsten im Gesicht (Ausnahmen s. o!), linke Wange und linkes Ohr, gefolgt von Hals, Stamm, Vorderseite der Oberschenkel, Gesäß, Genitalien, Oberarmen und Händen. Hämatome an Stamm, Ohren oder Hals haben eine Sensitivität von 97%, Spezifität 84%. Misshandelte Kinder weisen signifikant häufiger multiple, größere und gruppierte Hämatome („Cluster“) und signifikant häufiger Petechien auf (positiv prädiktiver Wert (PPV): 80%). In 25% bestehen zusätzlich Frakturen und/oder ZNS Verletzungen.

Bei behinderten Kindern ist akzidentell ebenfalls das Knie häufig betroffen, jedoch nicht Kinn und Schienbeine. Dagegen zeigten sich akzidentelle Hämatome auch an üblicherweise misshandlungsverdächtigen Orten wie Händen, Füßen, Armen, Hüften, Abdomen und Oberschenkel, teilweise bedingt durch orthopädische Mobilitätshilfen. Unterschenkel, Ohren, Hals, Kinn, Brust und Genitalien waren dagegen bei Unfällen selten betroffen. Je nach Einschränkungen der Motorik muss individuell Art und Umfang der Bewegungsstörung und damit die Plausibilität eines Unfallhergangs evaluiert werden.

Formung

Nahezu ausschließlich bei Misshandlungen finden sich geformte Hämatome durch den Abdruck von Gegenständen oder Händen, letztere typischerweise (bei Rechtshändern!) an der linken Gesichtshälfte. Stockschläge erzeugen ein typisches Doppelstriemenmuster. Charakteristisch sind Bissverletzungen, überwiegend an Armen, Beinen, seltener an Schulter, Rücken, Gesäß und Gesicht, als 2 einander gegenüber liegende, halbmond- oder hufeisenförmige Hämatome mit zentraler Aussparung und Quetschcharakter. Als Faustregel ist bei Erwachsenen der Abstand der Eckzähne größer als 3 cm, bei Kindergebissen vor dem Zahnwechsel regelhaft unter 2,5 cm. Tierbisse führen zu dreieckig nach vorne spitz zulaufenden Punktions- und Rissverletzungen.

Differenzialdiagnosen

Neben typischen Sturzverletzungen sind eine Vielzahl von Hautveränderungen abzugrenzen, aus forensischen Gründen ist immer eine unerkannte Gerinnungsstörung auszuschließen.

Verbrühungen/Verbrennungen

Durch ihre besondere Schmerzhaftigkeit und die hohe Rate physischer und psychisch-emotionaler Spätfolgen zählen Verbrennungen zu den besonders schwerwiegenden Misshandlungen. Die Sterblichkeit beträgt bis zu 30%, bei Unfällen 2%. In 15% bestehen zusätzliche Frakturen, in 14% ein positives Drogenscreening und in 10% koexistierende Kopfverletzungen.

Immersionsverbrühungen

Immersionsverbrühungen bei Misshandlungen entstehen durch Eintauchen in heißes Leitungswasser. Es kommt dabei zu einseitigen, häufiger bilateralen, symmetrischen, typischen handschuh- oder strumpfförmigen Verbrühungen, häufiger der Füße als der Hände, mit einer scharfen Abgrenzung zur gesunden Haut. Beidseitige „Strumpfmuster“ der unteren Extremität und Verbrühungen des Anogenitalbereiches korrelieren hochsignifikant mit einer Misshandlung.

Kontaktverbrennungen

Kontaktverbrennungen bei Misshandlungen entstehen durch das Aufdrücken heißer Gegenstände, mit sich daraus ergebenden scharf abgegrenzten und oft geometrisch konfigurierten Verbrennungsmustern und Abbildung des verursachenden Gegenstandes, besonders an Rücken, Schultern, Unterarmen, Handrücken und Gesäß. Gleichmäßig tiefe, ausgestanzt wirkende Zigarettenverbrennungen von 0,8–1 cm Durchmesser sind oft in einem umschriebenen Bereich gruppiert, und zumeist an Handrücken, Daumengrundgelenk, Handfläche, Rücken oder Stamm lokalisiert.

Differenzialdiagnosen

Akzidentelle Verbrühungen sind typischerweise Folge von Übergießungen bzw. Verschütten durch Herunterziehen von Heißgetränken oder Kochwasser, jedoch nur selten durch Lei-

tungswasser. Über 80% an der (oberen) Körpervorderseite gelegen, das Muster unregelmäßig und asymmetrisch („Spritz- und Tropfmuster“) und von inhomogener Verbrühungstiefe. Akzidentelle Kontaktverbrennungen betreffen eher die Finger oder Palmarflächen der Hände, das Muster dabei inhomogen, verwischt oder streifig.

KNOCHENVERLETZUNGEN

Abnehmendes Alter (v.a. unter 18 Monaten) und Mobilität korrelieren mit einer Zunahme der Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung, ebenso multiple Frakturen. 40% sind klinisch unerwartet. Es besteht eine hohe Koinkidenz mit anderen Misshandlungsformen. Bei fehlendem plausiblen Unfallmechanismus haben multiple Frakturen in unterschiedlichen Heilungsstadien, metaphysäre Frakturen, Rippenfrakturen und Frakturen bei Säuglingen, insbesondere unter 4 Monaten, die höchste Aussagekraft.

Epidemiologie und Evidenz

8–12% der Frakturen bei Kindern, 12–20% bei Säuglingen und Kleinkindern und etwa jede 2.–4. Fraktur im 1. Lebensjahr (55–70%) beruhen auf einer Misshandlung, die meisten bei prämobilen Säuglingen. Akzidentelle Frakturen hingegen werden nur zu 2% unter 18 Monaten beobachtet, zu 85% bei Über-5-Jährigen. Über 50% der misshandelten Kinder weisen mehrere Frakturen auf, im Schnitt mehr als 3 pro Kind, bei Unfällen besteht in 80% nur eine einzelne Fraktur, in 19% 2 Frakturen.

Schutzbehauptungen

Unkomplizierte Stürze vom Wickeltisch (85–100 cm) führen in 3–5% zu einfachen parietalen Schädelbrüchen, jedoch fast nie zu bedeutsamen Verletzungen (unter 1% unkompliziert verlaufende, kleine subdurale Hämatome). Das Einklemmen einer Extremität zwischen Gitterstäben oder Drehen eines prämobilen Säuglings aus eigener Kraft führt nicht zu Frakturen.

Misshandlungsfrakturen

Metaphysäre Frakturen aufgrund von Schleuder- und Scherkräften (Schütteltrauma!) sind bei Säuglingen und jungen Kleinkindern nahezu pathognomonisch. Im Röntgenbild häufig als Eckfraktur sichtbar („Corner fracture“), sind sie keine knöchernen Ausrisse, sondern Mikrofrakturen durch die gesamte Metaphyse. Periostale Reaktionen sind Ablösungen und subperiostale Unterblutungen des Periostes, auch ohne diaphysäre Fraktur. Spiralfrakturen beruhen per se nicht mit größerer Wahrscheinlichkeit auf einer Misshandlung.

Schädelfrakturen sind häufiger bei Unfällen. Etwas verdächtiger sind multiple, komplexe, nähtekreuzende, diastatische Frakturen. Rippenfrakturen haben die stärkste Assoziation: 70% im 1. und 30% im 2. Lebensjahr sind Folge einer Misshandlung (PPV 66%, Odds Ratio (OR) <18 Mon. 23,7). Humerusfrakturen (<18 Mon.) beruhen signifikant häufiger auf Misshandlungen als auf Unfällen ($p < 0,001$, PPV 43,8%, OR 2,3), ebenso Unterarmfrakturen <18 Mon. ($p < 0,001$). Bei Femurfrak-

turen (<18 Mon.) beträgt der PPV 51,1%, die OR 1,8. 60% der Femurfrakturen im 1. Lebensjahr beruhen auf einer Misshandlung. Die Beteiligung beider Unterarmknochen und mittige Ulnafrakturen können auf einer typischen Parierverletzung resultieren. Tibiafrakturen, meist als distale metaphysäre Frakturen; OR (<18 Mon.) 12,8, $p < 0,001$.

Differenzialdiagnosen

Am häufigsten Unfälle. Im Laufflernalter kann es zu akzidentellen (und öfter unbeobachteten!) Frakturen des Femurs und der Tibia („Toddler’s Fracture“, spiralige, diaphysäre Fraktur) kommen. Reanimationsbedingte Rippenfrakturen sind sehr selten. Eine Osteogenesis imperfecta kann unter Berücksichtigung aller anamnestischen, röntgenologischen und klinischen Hinweise in der Regel ausgeschlossen werden und ist selten. Verwechslungen sind dennoch beschrieben. Subklinische erniedrigte Vitamin-D-Werte führen nicht zu einer erhöhten Frakturrate.

MISSHANDLUNGSBEDINGTE KOPFVERLETZUNGEN UND SCHÜTTELTRAUMA-SYNDROM

Verletzungen des Kopfes haben die höchste Morbidität und Mortalität (66–75% der Todesfälle) aller Misshandlungen und resultieren oft aus Situationen intensiver Frustration und Ärger der betreuenden Personen, meist im Hauptschreialter von Säuglingen (medianes Alter 2,2 bis 5,9 Monate). Am häufigsten kommt es zu indirekter Gewalteinwirkung durch Schütteln. Die Prävalenzen betragen 14–33/100.000 <1 Jahr, 36/100.000 <6 Monate. Ein erhöhtes Risiko haben junge männliche Säuglinge, Kinder mit Regulationsstörungen, Kinder aus belasteten Lebensumständen und Kinder alleinerziehender, junger Mütter. Ein Schütteltrauma-Syndrom (STS) mit signifikanten Folgeschäden erfordert heftiges, gewaltsames Hin- und-her-Schütteln des an den Oberarmen oder Thorax gehaltenen Kindes. Der Begriff „Abusive Head Trauma“ (AHT) ist der international inzwischen akzeptierte und gebräuchlichste Begriff.

Diagnose

Im Sinne einer syndromalen Diagnose werden anamnestische, klinische, radiologische und ophthalmologische Hinweise evaluiert. Je mehr Komponenten zutreffen, desto weniger plausible alternative Erklärungen kommen differenzialdiagnostisch in Frage. Aufgrund der erheblichen juristischen, sozialen und familiären Implikationen der Diagnose sind isolierte Befunde wie retinale Blutungen nicht pathognomonisch. Charakteristisch ist die Koinkidenz einer Enzephalopathie mit subduralen Hämatomen (77–90%), meist ausgeprägten retinalen Blutungen (74–92%) und oft schweren, prognostisch ungünstigen, diffusen Hirnschäden und in der Regel fehlenden oder nur subtilen äußerlichen Verletzungen. Beim Schütteln handelt es sich nicht um ein Alles-oder-nichts-Prinzip, sondern um ein Kontinuum von leichten, subklinischen Schädigungen bis hin zum Tod. In weniger ausgeprägten Fällen kann die klinische Symptomatik unspezifisch sein und führt in ca. 30% zu Fehl-

diagnosen wie Irritabilität, Enteritis, Infekt, Sepsisverdacht, ALTE (apparent life threatening event) etc. 2,6–5,6% anonym befragter Eltern geben an, ihre Kinder zumindest einmal geschüttelt zu haben, ohne dass diese medizinisch versorgt werden mussten. Es wird vermutet, dass ein Teil unklarer Behinderungen bei Kindern hierdurch zu erklären sind.

Evidenz

Subdurale Hämatome (SDH) ohne adäquate akzidentelle Erklärung haben im Gegensatz zu epiduralen Hämatomen (5% Miss-handlungen) eine signifikante, starke Assoziation zu Miss-handlungen (OR 9,18, $p < 0,00001$), für interhemisphärische SDH ist die OR 8,03 und für multiple SDH 6,01. Die Kombination einer intrakraniellen Verletzung unter 3 Jahren mit einer Apnoe hat einen PPV von 93% und eine OR von 17, mit retinalen Blutungen eine PPV von 71% und eine OR von 3,5 und mit Rippenfrakturen eine PPV von 73% und eine OR von 3. Treten Rippenfrakturen oder retinale Blutungen mit einem weiteren der folgenden Befunde (Apnoen, retinale Blutungen, Frakturen der Rippen oder der langen Röhrenknochen, zerebrale Krampfanfälle sowie Hämatome im Kopf-/Halsbereich) auf, beträgt die OR >100 , PPV $>85\%$. Jegliche Kombination von 3 oder mehr Befunden ergab ebenfalls eine OR von >100 und eine PPV von $>85\%$.

Ursachen, Anamnese, Täter

Als hauptsächlicher Risikofaktor und Auslöser gilt das Schreien aufgrund frühkindlicher Regulationsprobleme. In der Regel kommt es über misslungene Beruhigungsversuche, zunehmenden Erfolgsdruck und Versagensgefühle zu einer zugespitzten Stresssituation und Hilflosigkeit. Defizite an Elternkompetenz, ungelöste biografische Konflikte, Partnerkonflikte, fehlende soziale Ressourcen und Hilfen sowie eine mangelhafte Impulskontrolle kumulieren zum akuten Schütteln in einer affektgeladenen Situation. Eine fehlende Anamnese im Kontext eines STS hat eine 97%ige Spezifität und eine 92%ige PPV. Tätergeständnisse bestätigen, dass Schütteln häufig sehr gewalttätig ist und nahezu immer eine sofortige, erkennbare Symptomatik auftritt.

Klinische Symptomatik und Befunde

In der Regel fehlen äußere Verletzungen. Trinkschwäche, Nahrungsverweigerung, Irritabilität, Schläfrigkeit, Erbrechen, Muskelhypotonie, zerebrale Krampfanfälle, Apnoe, Temperaturinstabilität, Bradykardie, Somnolenz, Apathie, Koma oder Tod sind mögliche Symptome. Klinische Befunde sind intrakranielle Blutungen, insbesondere subdurale Blutungen (77–90%) und post-traumatische Hygrome, retinale Blutungen (74–92%), Glaskörperblutungen, Retinoschisis, Einblutungen der Sehnerven, äußere Schädelverletzungen und Schädelfrakturen (bei Shake impact), Rippenfrakturen (Brustkompression), Metaphysenfrakturen (Schleuderbewegungen der Extremitäten).

Pathophysiologie und zeitliche Abläufe („Timing“)

Rotations- und Scherkräfte durch das Schütteln führen zu einem Einriss von Brückenvenen und zu subduralen Hämatomen

(SDH) sowie zu retinalen Blutungen durch den Einriss retinaler Gefäße. SDH und RTB sind wichtige Indikatoren des STS, spielen für die Genese der Hirnschädigung jedoch keine Rolle. Beim akuten, schweren STS handelt es sich um eine primär diffuse Hirnschädigung, die immer zu einer sofortigen neurologischen Symptomatik führt, die in ihrer Ausprägung variabel ist. Ein signifikant geschüttelter Säugling (Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen, Intensivtherapie, Folgeschäden, etc.) ist niemals primär klinisch völlig unauffällig, sondern auch für Laien erkennbar signifikant beeinträchtigt. Dem Einsetzen der klinischen Symptomatik kommt für die zeitliche Einordnung eine wesentlich größere Bedeutung zu als der eher ungenaueren radiologischen Datierung. Pathophysiologisch führt vermutlich eine Kombination von lokalen und diffusen neuronalen Hirnparenchymschäden (diffuses axonales Trauma) und einer traumatisch induzierten Apnoe durch Hyperextensionskräfte im zervikomedullären Übergang über komplexe neuro-metabolische Kaskaden, Gefäßdysregulationen und nachfolgende sekundäre inflammatorische Prozesse zu einem diffusen Hirnödem.

Retinale Blutungen

Überwiegend bilateral, aber auch einseitig, häufig zu zahlreich um sie zu zählen, sie reichen meist bis in die Peripherie. Oft kommt es zu ausgeprägten intra-, sub- und präretinalen, also mehrschichtigen Blutungen. Die OR bei einer Kopfverletzung und RTB für eine Misshandlung beträgt 15,3, die Wahrscheinlichkeit 91%.

Diagnostik

Akut wird aufgrund der deutlich höheren Sensitivität zeitnah meist eine zerebrale Computertomographie und nach 2–3 Monaten eine Kernspintomographie durchgeführt. Die konventionelle zerebrale Sonografie ist zum Ausschluss der oft subtilen SDH obsolet. Die RTB sollten augenärztlich durch indirekte Fundoskopie dokumentiert werden. Bei jedem Verdacht auf ein STS bei Kindern unter 2 Jahren muss ein Röntgen-Skelettscreening erfolgen und klinisch nach weiteren misshandlungstypischen Begleitverletzungen gesucht werden. Laboruntersuchungen haben einen begrenzten Stellenwert.

Differenzialdiagnosen

Retinale Blutungen – selten bei Unfällen (dann geringfügig, petechial), Gerinnungsstörungen, Stoffwechselerkrankungen, vaskuläre Erkrankungen, Leukämien, Osteogenesis imperfecta, Kohlenmonoxid-Vergiftungen, hypertensive Krisen, schwere Meningitiden und Enzephalitiden, CMV-Retinitis, geburtstraumatisch (21–40% der Neugeborenen; nach 1–2 Wochen fast immer resorbiert).

Subdurale Hämatome – nahezu ausschließlich traumatisch. Banale Stürze aus geringen Höhen ($<1,2$ – $1,5$ m) führen in $<1\%$ zu meist glimpflich verlaufenden, kleinen SDH ohne Hirnparenchymschäden und neurologischen Folgeschäden. Geburtstraumatische SDH sind selten schwerwiegend, Rückbildung in den ersten 4 Wochen. Gerinnungsstörungen (nahezu

nie monosymptomatisch durch SDH oder RTB), späte neonatale Vitamin-K-Mangel-Blutungen, Herpesvirusenzephalitis oder Glutarazidurie Typ 1.

Prognose

In etwa einem Drittel der Fälle kommt es zu gravierenden Entwicklungsstörungen, schweren Seh-, Hör- und Sprachausfällen, zerebralen Anfallsleiden, mentaler Retardierung und infantiler Zerebralparese. Die Mortalität beträgt 11–33%. Strukturell kann es zu Hirnatrophien, subduralen Hygromen, Mikrozephalien, multizystischen Enzephalopathien, Porenzephalien kommen. Ein weiteres Drittel hat mittelschwere Störungen, nur 15% sind asymptomatisch. Auch nach zunächst symptomarmem Frühverlauf können noch nach Jahren Verhaltensstörungen, kognitive Defizite, Wahrnehmungsstörungen, Spätepilepsien und Hypopituitarismus auftreten.

Kontroversen und Pseudokontroversen

Beim STS gibt es aufgrund der diffusen Hirnschädigung kein freies bzw. luzides Intervall der klinischen Symptomatik, wie beim alleinigen Auftreten epiduraler oder massen- und druckwirksamer subduraler Hämatome bei Erwachsenen. Stürze aus geringer Höhe haben in extrem seltenen Einzelfällen durch ein epidurales Hämatom zu tödlichen Kopfverletzungen geführt. Die extreme Seltenheit schwerwiegender Verletzungen durch banale Stürze wird hierdurch jedoch nicht widerlegt. Der Vermutung, Eltern seien aufgrund der Unkenntnis des STS nicht verantwortlich für die Tat, stehen die vielfach von geständigen Tätern geäußerten Berichte entgegen, dass auch Laien das potenziell lebensgefährliche dieser Handlungen durchaus bewusst ist. Schweres und somit erkennbar gefährliches Schütteln als Maßnahme bei der Reanimation ist somit ebenfalls nicht plausibel.

Therapie, Intervention, Prävention

Während akut zunächst eine symptomatische, intensivmedizinische Therapie erfolgt, ist für die Dauerbetreuung oft eine umfassende neuro- und sozialpädiatrische Entwicklungsdiagnostik, Versorgung, Rehabilitation und Förderung erforderlich. Die Intervention entspricht den allgemeinen Prinzipien der Intervention bei Kindesmisshandlung. Aufgrund der schlechten Prognose sind präventive Maßnahmen in Form von häuslichen Besuchs- und Beratungsprogrammen für Risikofamilien, der Identifizierung und Behandlung von Schreibabies, aufklärende Inhalte und Broschüren zu den frühen Vorsorgeuntersuchungen sowie öffentliche Kampagnen für die Prävention sinnvoll.

VERLETZUNGEN DES HNO-BEREICHES

Bei 65–75% der misshandelten Kinder sind v. a. Gesicht, Kopf, Hals und Mundhöhle betroffen. Meist kommt es zu äußeren Hämatomen, wobei insbesondere solche der Wangen, geformte Hämatome bei Handabdrücken oder Gegenständen, der Ohren bzw. Ohrmuscheln durch Disziplinierungsversuche als besonders

starke Hinweise gelten. Verletzungen der Mundhöhle wie Kontusionen der Lippen oder Gingiva, Verletzungen der Mundschleimhaut und Einrisse des labialen oder lingualen Frenulums werden leicht übersehen. Letztere sind isoliert nicht – wie früher vermutet – pathognomonisch für eine Misshandlung, stark verdächtig ist dennoch das Auftreten dieser Verletzungen bei nichtmobilen Säuglingen. Auch die Zähne können durch direkte Gewalteinwirkung betroffen sein und Frakturen, Dislokationen, Impressionen oder Ausrisse aufweisen. Impressionen der oberen Frontzähne in den Oberkiefer oder in die Mundhöhle entstehen typischerweise durch akzidentelle Stürze, gelegentlich jedoch auch durch gewaltsames Einführen von Essutensilien. Zahnausrisse aus der Mundhöhle heraus durch abruptes, gewaltsames Herausziehen von Essbesteck beruhen meist auf Misshandlungen. Die Vernachlässigung des Gebisses bzw. der Zahnpflege und Vorsorge wird als Variante und Bestandteil allgemeiner Kindesvernachlässigung gesehen.

VISZERALE VERLETZUNGEN

Am häufigsten sind Verletzungen des Bauchraums, die nach den ZNS-Verletzungen die zweithäufigste Todesursache bei Misshandlungen sind und eine Letalität von 53% aufweisen, bei Unfällen beträgt sie dagegen 21%. Hohlorganverletzungen, insbesondere des Duodenums, finden sich in etwa der Hälfte der Fälle und gelten als starker Hinweis auf eine Misshandlung, da sie bei Unfällen extrem selten sind. Ein intramurales Duodenalhämatom ist bei fehlendem plausiblen Unfall pathognomonisch für eine Misshandlung. Zumeist führen Schläge oder Tritte zu einem stumpfen Bauchtrauma durch direkte Organkontusion, Organeinrisse, Blutungen und Hohlorganrupturen. Auch bei schwerwiegenderen Verletzungen finden sich in der Regel keine oder nur geringfügige äußerliche Verletzungen. Die Leber ist das am häufigsten betroffene solide Organ, zumeist der linke Leberlappen. Die Höhe der Transaminasen (GOT über 450 U/L, GPT über 250 U/L) korreliert mit dem Ausmaß der Leberverletzung. Weiterhin können die Nieren und der Pankreas betroffen sein, bei einer Pankreatitis und Pankreaspseudozysten unklarer Genese sollte eine Misshandlung in Betracht gezogen werden. Bei begründetem Verdacht ist die CT mit Doppelkontrastaufnahmen mit i.v. Kontrastmittelgabe die Methode der ersten Wahl, alternativ die MRT. Die Sonografie ist zum Ausschluss abdomineller Verletzungen als alleinige Methode nicht zulässig.

■ *Dr. med. Bernd Herrmann*
Oberarzt Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie
Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz
Klinikum Kassel GmbH
Mönchebergstr. 41-43
34125 Kassel
herrmann@klinikum-kassel.de, b.herrmann@t-online.de

Literaturangaben unter:



Sexuelle Gewalt

Nikolaus Weissenrieder
Elisabeth Mützel

„Böser Wolf, Tatort, Little Thirteen, Polizeiruf 110, Operation Zucker – Jagdgesellschaft usw.“, das sind nur einige der Titel von Filmen, die in einer Woche Anfang Januar 2016 in ZDF oder ARD liefen, von den anderen Sendeanstalten im Multimediaraum Fernsehen ganz zu schweigen. Was haben all diese Filme gemeinsam? Sie beschäftigen sich mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, besser gesagt gegen Mädchen. SZ, TAZ und Die Zeit berichten zeitgleich über Gewalt in Institutionen, neben körperlicher Gewalt auch sexuelle Gewalt, hier häufig gegen Jungen gerichtet.

Am 01. Januar 2012 ist das neue Kinderschutzgesetz in Kraft getreten. Von den Kinder- und Jugendärzten geben 65% der Befragten (Umfrage 2015, 1.813 Teilnehmer) an, die neuen Regelungen zu kennen, nur 20% konstatieren eine Verbesserung. Bei der direkten Frage nach Kenntnis sexueller Gewalt im eigenen Klientel lautet die Antwort nahezu einstimmig: „das kommt in meiner Praxis nicht vor“ (persönliche Umfrage anlässlich der neuen S3+Leitlinie Kinderschutz in 5 QZ, Teilnehmerzahl 98). Der Runde Tisch sexueller Kindesmissbrauch hat 2014 seinen Abschlussbericht vorgelegt, der Unabhängige Beauftragte sexueller Missbrauch hat ein Hilfeteléfono und ein Hilfsportal eingerichtet.

Wissenschaftlich gut gesichert ist heute durch Untersuchungen in den USA und Europa, dass jedes 3. bis 4. Mädchen und jeder 7. bis 8. Junge sexuelle Übergriffe erfährt.

Wie schaut es aus in unserer täglichen Praxis? Sehen wir in unserem tagtäglichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen keine sexuell missbrauchten Kinder und Jugendliche? Sehen wir nicht einmal zumindest Hinweise auf sexuelle Gewalt, die uns in Sorge versetzen und eine umfangreiche weitere Diagnostik und Betreuung auslösen? Kennen wir die vielfältigen Ressourcen, auf die wir in jedem Fall zurückgreifen können?

Warum werden wir in unseren Praxen nicht mit diesen Kindern und Jugendlichen konfrontiert? Kommen diese Kinder und Jugendlichen gar nicht in unsere Praxen? Erwarten sie und ihre Eltern vielleicht vom Kinder- und Jugendarzt keine Kompetenz und auch keine Hilfe? Sind wir von der fachlichen Seite her kompetent, körperliche Befunde zu erkennen, die eindeutig für eine sexuelle Gewalt sind oder zumindest wichtige Anhaltspunkte darstellen? Kennen wir psychische, psychosoziale oder psychosexuelle Risikofaktoren, die auf eine mögliche sexuelle Gewalt hinweisen? Ist das Setting in der Kinder- und Jugendarztpraxis überhaupt geeignet, Fälle von sexueller Gewalt zu diagnostizieren und zu betreuen? Können wir ein wichtiges

Rädchen im Fallmanagement sexueller Gewalt bei Kindern und Jugendlichen sein? Was passiert, wenn wir eine Person, eine Familie fälschlicherweise in den Kontext sexueller Gewalt bringen? Was passiert, wenn wir zwar ein Bauchgefühl haben, das uns sagt, da stimmt etwas nicht, aber im Alltagsstress der Praxis keine Lösung wissen?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir werden Ihnen diese Fragen nicht in einem Beitrag in diesem Heft zufriedenstellend beantworten können. In einigen Bereichen werden wir auf weiterführende Literatur oder Internetseiten verweisen. Eine Darstellung des praktischen Vorgehens in der Praxis wird auf der Jahrestagung des BVKJ in Berlin in einem Vortrag und Seminar vorgestellt. Dazu sind Bilder und die gelebte Interaktion in der Gruppe notwendig.

Im Vorwort des Abschlussberichts des Runden Tisches steht:

„Kinder und Jugendliche besser vor sexualisierter Gewalt zu schützen, erfordert Wissen, Entschlossenheit und vor allem Durchhaltevermögen. Und es ist erforderlich, dass sich viele gemeinsam auf den Weg machen.“

Fangen wir damit an! Halten Sie durch, auch wenn der Artikel etwas länger ist!

ERSCHEINUNGSFORMEN VON GEWALT, DEFINITION SEXUELLE GEWALT

Es gibt verschiedene Erscheinungsformen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Zu unterscheiden sind dabei insbesondere körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung und seelische Gewalt. Nicht selten treten mehrere Formen der Gewalt gleichzeitig auf.

Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ist in wesentlichen Elementen dem Beitrag der Autoren in **„Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte“** des STMAS Bayern 2012 entnommen.

In der wissenschaftlichen Literatur werden für sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen unterschiedliche Definitionen und Kriterien genannt. Die Formen sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sind sehr vielfältig. Unter sexueller Gewalt wird hier jede sexuelle Handlung verstanden, die an oder vor Kindern bzw. Jugendlichen entweder gegen deren Willen vorgenommen wird oder zu der Kinder bzw. Jugendliche aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Ein wesentliches Merkmal stellt dabei die Macht- und Autoritätsposition der Täter dar, die eigene Bedürfnisse auf Kosten von Kindern bzw. Jugendlichen befriedigen. Sexuelle Gewalt ist häufig begleitet von einer Verpflichtung zur Geheimhaltung. Sexuelle Gewalt ist in allen gesellschaftlichen Schichten zu finden und oft eine gut vorbereitete, planvoll und bewusst ausgeführte, häufig wiederholte Tat.

Neben dem Begriff „Sexuelle Gewalt“ werden weitere Bezeichnungen wie „Sexueller Missbrauch“, „Sexuelle Misshandlung“, „Sexualisierte Gewalt“ oder „Sexueller Übergriff“ verwendet. Im Folgenden wird vorwiegend der Begriff „Sexuelle Gewalt“ gebraucht.

Zahlen, Daten, Fakten

Eine valide Aussage über das gesamte Ausmaß von Kindesmisshandlungen in Deutschland ist mangels verlässlicher und repräsentativer Daten nicht möglich. Exakte, wissenschaftlich fundierte Zahlen zur sexuellen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche liegen nicht vor. Wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich Opfer sexueller Gewalt sind, ist nicht bekannt. Die PKS kann darüber nur begrenzt Auskunft geben. Von einer hohen Dunkelziffer ist auszugehen, dies gilt im Besonderen für männliche Opfer. Die Studie von Stoltenborgh et al. geht von einer 30-fach höheren Dunkelziffer aus als die in der PKS erfassten Zahl der Fälle (Stoltenborgh M, van Ijendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) a global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment* 16:79–101). Für das Jahr 2010 weist die PKS ca. 17.239 Fälle sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Deutschland aus (Bayern 1.972 Fälle). Im Jahr 2014 wurden 12.134 Fälle polizeilich registriert (Bundeskriminalamt 2015) und damit ein Rückgang verzeichnet (www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2015/pks-2014.pdf?__blob=publicationFile).

Die Täter sind überwiegend männlichen Geschlechts und kommen meist aus dem sozialen Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Ein Großteil der sexuellen Übergriffe findet im familiären Umfeld statt. Täter sind häufig die Eltern oder andere nahestehende Bezugspersonen. Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche kommt aber auch in institutionellen Einrichtungen vor. Bedingt durch eine nahe Beziehung zu den Tätern haben die Opfer oft nicht die Möglichkeit, auf den Missbrauch aufmerksam zu machen bzw. sich diesem zu entziehen.

Jungen als Opfer

Dass auch Jungen Opfer sexueller Gewalt werden, war lange nicht hinreichend bekannt, auch in der PKS sind Jungen als Opfer sexueller Gewalt wahrscheinlich noch weniger repräsentativ erfasst als Mädchen. In der PKS erfolgt bei der Aufschlüsselung des Geschlechts und des Alters der Opfer eine recht pauschale Darstellung: „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung unter Gewaltanwendung und Ausnutzen eines Abhängigkeitsverhältnisses“ (Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bezeichnet den 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches; als Straftaten gelten u. a. der sexuelle Missbrauch von Kindern, aber auch Vergewaltigung oder Exhibitionismus). Dies betraf insgesamt 12.742 Opfer, davon 3,6% Kinder und 24,8% Jugendliche. Betrachtet man von diesen nur die männlichen Opfer (= 858), sind davon 10,4% Kinder und 27,3% Jugendliche. Bei den weiblichen Opfern (= 11.884) sind 3,1% Kinder und 24,6% Jugendliche.

Betrachtet man aber nur den „sexuellen Missbrauch von Kindern“ (§§ 176, 176a, 176b StGB), sind von insgesamt 14.168 Opfern 25,3% männlich und 74,7% weiblich.

Für Jungen ist der Missbrauch zusätzlich mit dem Stigma der Homosexualität behaftet. Außerdem wird von ihnen erwartet, keine Schwächen zu zeigen und sich zu wehren. Aus diesen Gründen tun sie sich besonders schwer, sich als Opfer zu offenbaren.

Inzest in der Familie

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

Kinder und Jugendliche mit Behinderung

Einer erhöhten Gefahr, sexueller Gewalt im familiären Umfeld sowie in Einrichtungen ausgesetzt zu sein, besteht für Kinder und Jugendliche mit geistigen und körperlichen Behinderungen, insbesondere wenn sie auf die Pflege und Versorgung anderer angewiesen sind. Die Grenzen zwischen Pflege (z. B. Intimpflege) und sexueller Gewalt können fließend sein.

Sexuelle Gewalt durch Kinder und Jugendliche

Es ist aber auch von großer Bedeutung wahrzunehmen, dass Kinder und Jugendliche nicht nur Opfer, sondern auch Täter sein können. Insbesondere das Problem sexuell übergriffiger Kinder und Jugendlicher rückt zunehmend in das öffentliche Bewusstsein. Eine Schwierigkeit bei der Erfassung von sexuell aggressivem Verhalten besteht darin, missbräuchliche von experimentellen sexuellen Handlungen zu unterscheiden. Laut PKS 2015 gab es beim sexuellen Missbrauch von Kindern 9.236 Tatverdächtige, davon 95,5% männlich und 4,6% weiblich. 8,2% waren unter 14 Jahren, 19,1% 14 bis unter 18 Jahre alt, 7,7% zwischen 18–21 Jahre und 65% älter als 21 Jahre.

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

Formen der sexuellen Gewalt

„Hands-on-“ und „Hands-off“-Taten

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

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

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

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

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

Neue Formen sexueller Gewalt – Dimensionen und Verbreitungswege

In den letzten 10 Jahren ist die sexuelle Gewalt in den sogenannten „Neuen Medien“ als neue Gewaltform aufgetreten. In und mit diesen Medien werden in den letzten Jahren mehr Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Verbreitung und Anfertigung von pornographischen Produkten sowie Cyber-Bullying begangen als im direkten Kontakt zu Kindern und Jugendlichen. Sexuelle Gewalt findet dabei vor allem im Internet und seinen Kommunikationskanälen (WEB 2.0 etc.) sowie im Bereich Mobiltelefone und assoziierte Kommunikationsformen wie SMS oder MMS statt.

Gewalt in den „Neuen Medien“

Die Lebenswelt, die Wertvorstellungen, Überzeugungen und das Verhalten werden von den „Neuen Medien“ stark beeinflusst, dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche. Kinder und Jugendliche wachsen heute nahezu vollständig mit Computern und Internet auf. Hinsichtlich der subjektiv empfundenen Bedeutung der verschiedenen Medien liegt bei Jugendlichen dabei das Internet ganz vorne. Als problematisch ist festzustellen, dass über die „Neuen Medien“ und insbesondere das Internet alle Nutzer, auch Kinder und Jugendliche, gewollt und auch ungewollt in Kontakt mit gewalthaltigem Material und insbesondere mit sexueller Gewalt kommen können.

So gaben in einer deutschen Studie 38% (N = 1.700) der befragten Jugendlichen (Altersspanne: 10–19 Jahre) an, dass sie im Internet gegen ihren Willen nach sexuellen Themen gefragt wurden, 25% wurden nach dem eigenen Aussehen/nach eigenen sexuellen Erfahrungen gefragt, 11% wurden um Nacktfotos gebeten, 5% erhielten Pornofilme zugeschickt und 8% wurden vor der Webcam zu sexuellen Handlungen aufgefordert. Die schnelle und meist unwiderrufliche Verbreitung von Gewalt über diese Medien ist eine sehr ernst zu nehmende Tatsache. Im Rahmen von Cyber-Mobbing gibt es z. B. sexuelle Belästigungen mit gefälschten Fotos, bei denen das Gesicht in nachgestellte Nackt- und Sexszenen eingefügt wird.

Cyber-Grooming

Nach wie vor das größte Problem bei der Online-Kommunikation stellen sexuelle Übergriffe dar. Nicht selten suchen z. B. erwachsene „Chatter“ gezielt nach minderjährigen Opfern. Beim sogenannten „Cyber-Grooming“, der gezielten Anbahnung sexueller Kontakte mit Minderjährigen über das Internet, sind die Täter meist ältere, fremde Männer. Sie geben sich in Chats oder Online-Communities gegenüber Kindern oder Jugendlichen als gleichaltrig aus, um sich so ihr Vertrauen zu erschleichen. Meist mit dem Ziel, sich in der „realen“ Welt mit ihnen zu treffen und sie zu missbrauchen. Die Opfer sind überwiegend Mädchen im Alter zwischen 12 und 16 Jahren. Teenager in der Pubertät fühlen sich oft rundherum missverstanden, haben Streit mit ihren Eltern und wollen die ersten sexuellen Erfahrungen sammeln. „Groomer“ suchen in Online-Communities oder Chaträumen gezielt nach Mädchen, die über ihre Probleme reden wollen. Den Teenagern heucheln sie Verständnis vor und bieten sich als Freund in schwieriger Lage an. In der „scheinbar ungefährlichen“ Chat-Welt legen die Mädchen ihre Hemmungen ab. Der Chat ist ideal für die schnelle Kontaktaufnahme, da die Kinder und Jugendlichen glauben, dort anonym und geschützt zu sein. „Groomer“ geben sich nicht mit harmlosen Unterhaltungen über schlechte Schulnoten oder Streit mit den Eltern zufrieden. Die Männer horchen die Mädchen aus, fragen nach ihrem sexuellen Entwicklungsstand und tauschen nicht selten Nacktbilder mit ihnen aus. Wenn die Täter das Vertrauen der Mädchen erlangt haben, schlagen sie ein Treffen vor. Mädchen auf der Suche nach Abenteuer sind leichte Opfer.

Pornographie

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

Definition Pornografie

Als pornografisch ist eine Darstellung anzusehen, wenn sie unter Ausklammerung aller sonstigen menschlichen Bezüge sexuelle Vorgänge in grob aufdringlicher, aufreißerischer Weise in den Vordergrund rückt und ihre Gesamttendenz ausschließlich oder überwiegend auf das lüsterne Interesse des Betrachters an sexuellen Dingen abzielt (Rechtsprechung im Anschluss an BGHSt 23, 40–46, Klicksafe-Broschüre, 2011: „Let’s talk about Porno!“).

Nach dem Triple-A-Modell von Cooper sind sexuelle Inhalte im Internet leicht zugänglich (Accessibility), erschwinglich (Affordability) und anonym (Anonymity). Auch wenn Anbieter in Deutschland Kindern und Jugendlichen pornografische Angebote nicht zugänglich machen dürfen, finden sich im World Wide Web zahlreiche, leicht abrufbare pornografische Inhalte (Bilder, Schriften, Videos oder Musik), die im Ausland eingespeist werden und damit nicht von der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Schriften indiziert werden können. Weitere Informationen unter: <https://www.klicksafe.de/themen/problematische-inhalte/pornografienutzung/pornografie-im-netz.html>.

Die Herstellung kinderpornografischer Produkte (z. B. Videos, Bilder, Magazine), der immer sexuelle Gewaltanwendung gegenüber Kindern vorausgeht, ist keine neue Erscheinungsform. Mit Einzug der Neuen Medien hat sie in den vergangenen Jahren jedoch eine ungeahnte Verbreitung erfahren. Sexuelle Gewalterfahrungen durch die Neuen Medien werden in der ärztlichen Praxis bisher nur selten thematisiert. Dabei können gerade solche Erfahrungen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu gravierenden psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen führen. Insbesondere im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U10 (7–8 Jahre), U11 (9–10 Jahre), J1 (12–14 Jahre) und J2 (16–17 Jahre) sollte stärker darauf geachtet werden. Zusätzliche Fragen an Jugendliche zum Medienkonsum und zu eventuell erlebter sexueller Gewalt durch die Neuen Medien können z. B. sein: „Ich habe letzte Woche von einem Jugendlichen gehört, dass von ihm mit einem Handy heimlich Fotos gemacht wurden, die in einen Pornofilm hineingeschnitten wurden. Ist dir auch schon mal so was passiert?“ oder „Bist du im Internet schon mal sexuell belästigt worden?“

UNTERSUCHUNG UND BEFUNDERHEBUNG BEI VERDACHT AUF SEXUELLE GEWALT

Auf Grund der altersspezifisch eingesetzten diagnostischen Verfahren und der zu erhebenden Befunde wird die Untersuchung und Befunderhebung in den einzelnen Altersstufen (0–5 Jahre, 6–13 Jahre, 14–17 Jahre) nach unterschiedlichen Kriterien erfolgen. Für alle Altersstufen gilt, dass sich Ärztinnen und Ärzte, bevor sie eine Diagnostik bei vermuteter sexueller Gewalt durchführen, sicher sein sollten, die fachliche Kompetenz für die Untersuchung aufzuweisen.

Sie müssen spezifische Kenntnisse über die normale Entwicklung des weiblichen Genitales sowie entwicklungsbedingte

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

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

Untersuchung kann in der Regel sorgfältig geplant werden

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

Wenn die vermutete sexuelle Gewaltanwendung weniger als 72 Stunden zurückliegt, kann eine zeitnahe Untersuchung Spuren nachweisen. Nach Angaben verschiedener Autoren (Thackeray JD, Hornor G, Benzinger EA, Scribano PV (2011) Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics* 28:227–232; Girardet R, Bolton K, Lahoti S et al. (2011) Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics* 128: 233–238) können bei Kindern DNA Spuren bis zu 54 Stunden nach dem Gewaltvorfall nachgewiesen werden.

Besteht keine Möglichkeit, die Untersuchung durch dafür ausgebildete kinder- und jugendgynäkologische Ärztinnen oder Ärzte bzw. eine spezialisierte klinische Einrichtung vornehmen zu lassen, kann ein spezieller Dokumentationsbogen hilfreich sein. www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/jugend/aerzteleitfaden.pdf Seite 152–162

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt immer durchführen

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

Untersuchungstechnik nach Altersstufen

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

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

Befunderhebung nach Alter

Kinder im Alter unter 6 Jahren

Patientengerechte Kommunikation beachten

Bei der körperlichen Untersuchung ist es hilfreich eine medizinische Hilfsperson hinzuzuziehen, damit man sich selbst ganz auf das Kind konzentrieren kann. Die medizinische Hilfsperson kann in den Untersuchungsvorgang eingebunden werden und auch wichtige Sachverhalte dokumentieren.

Ärztinnen und Ärzte sollten sich vorab bei der Bezugsperson informieren, mit welchen Namen das Genitale in der Familie benannt wird, damit sie mit dem Kind in eine eindeutige Kommunikation eintreten können.

Inspektion und Untersuchungsmethoden

In dem genannten Altersbereich wird primär eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt. Die Symptomsuche sollte in unauffälliger Form erfolgen. Das Positive an der Untersuchung sollte hervorgehoben werden. Dem Kind sollte vermittelt werden, dass es grundsätzlich gesund ist. Symptome, die auf sexuelle Gewalt hindeuten können, sind oftmals schwer zu bestimmen. In jedem Fall muss das untersuchte Kind unbekleidet sein. Dessen Kleidung sollte schrittweise ausgezogen werden, um nacheinander alle Körperstellen zu untersuchen. Das Kind soll aktiv an der Untersuchung beteiligt werden und – falls möglich – die Kleidungsstücke selbst ablegen.

Die Untersuchenden müssen daran denken, dass die Begleitperson (i. d. R. Mutter oder Vater) Täter oder „ignorierender“ Mittäter sein kann. Verweigert ein Kind das Ausziehen oder die Inspektion, so sollte es ausreichend Zeit bekommen mit der Situation vertraut zu werden. Wenn gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt vorliegen, das Kind aber eine Inspektion bzw. Untersuchung verweigert, sollte mit den Personensorgeberechtigten unter Abwägung der Risiken disku-

tiert werden, ob eine Untersuchung in Kurznarkose durchgeführt werden soll.

Die Untersuchung erfolgt auf der Untersuchungsfläche. Jeder Untersuchungsgang wird dem Kind im Voraus erläutert (z. B. „Ich schaue mir jetzt dein Biesi an“ oder „Ich berühre jetzt deinen Pimmel“). Die Anwendung einer gebündelten Lichtquelle in Kombination mit einer Vergrößerungsoptik wie z. B. einem Kolposkop ermöglicht eine verbesserte Visualisierung und Beurteilung des Lokalbefundes. In Einzelfällen – bei sehr ängstlichen Kindern – kann die Inspektion des Kindes auf dem Schoß der Begleitperson von Vorteil sein. Bei der Untersuchung des weiblichen Genitales wird die Traktionsmethode (die Labia majora werden beidseits mit den Händen des Untersuchers nach lateral und zugleich kaudal gezogen) oder die Separationsmethode (die Labia majora werden beidseits mit den Händen des Untersuchers nach lateral gespreizt) angewendet. Mit Hilfe der Separations- oder Traktionsmethode kann die Weite und Konfiguration des Introitus vaginae, die distale Vagina, die Fossa navicularis und die hintere Kommissur untersucht werden. Bei Mädchen, die sich in der hormonellen Ruheperiode befinden, sollte grundsätzlich ein weiterer Untersuchungsgang in der sogenannten Knie-Ellebogen-Position durchgeführt werden, wobei auch zeitgleich der Hymen und der After beurteilt werden können. Hierbei muss man äußerst vorsichtig vorgehen, da durch diese Untersuchungsposition (häufige Position bei sexueller Gewaltanwendung) eine Retraumatisierung ausgelöst werden kann.

Die Untersuchung des Afters erfolgt bei Jungen im Liegen in Seitenlage mit gebeugten Hüft- und Kniegelenken. Die Gesäßbacken werden möglichst lange gespreizt, um eine gewisse reflektorische Dilatation des Afters zu erreichen. Wenn notwendig – bei Blutungen oder Verletzungen des Penis – erfolgt die Reponierung des Präputiums durch den Jungen. Hilfreich sind kindgerechte Verbalisierungen wie „Alle Männer müssen sich regelmäßig den Penis waschen, machst du das auch? Dazu musst du aber die Haut vor deinem Pimmel zurückziehen. Geht das bei dir?“ Im Bereich des Skrotums ist auf Hautverletzungen wie z. B. Abschürfungen oder Quetschungen sowie auf Hämatome zu achten.

Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren

Aktive Einbindung des Kindes in die Untersuchung

In diesem Altersbereich tritt bei vielen Mädchen bereits die Reifungsperiode ein. Der Hymen wird fleischig, dehnungsfähig, und ist damit nicht mehr „verletzungsanfällig“. Der Hymen beginnt sich zu fälteln und ist manchmal schwer beurteilbar. Ein „Ausstreifen“ des Hymens mit einem befeuchteten Wattetupfer kann Fehlinterpretationen von Deflorationsverletzungen verhindern. Für die zu erhebenden Befunde gilt das für Kinder unter 6 Jahren beschriebene Vorgehen. Es ist aber von besonderer Bedeutung, das ältere Kind aktiv als „Assistenten“ an der Untersuchung zu beteiligen. Es muss darauf geachtet werden, die Schamgrenzen des Kindes zu respektieren. Alle Körperregionen werden nacheinander untersucht. Spuren durch Bisse, Lecken oder Küsse finden sich häufig in Brustnähe

oder im Bereich der Schamlippen. Grundsätzlich sollte eine Ganzkörperuntersuchung erfolgen, da etwa Bissspuren nicht selten auch außerhalb des Genitalbereichs, insbesondere an den Oberarmen, lokalisiert sind. Spontane Äußerungen des Kindes, die auf eine sexuelle Gewaltanwendung hinweisen, sind sehr ernst zu nehmen, insbesondere wenn sie ohne investigative Nachfragen erfolgen.

Dem Kind kann angeboten werden, die Inspektion bzw. die Untersuchung visuell, z. B. mit einem Handspiegel zu begleiten. Die Untersuchung erfolgt auf einer Untersuchungs- oder gynäkologischen Untersuchungseinheit. Bei der Notwendigkeit einer gynäkologischen Untersuchung sollten in der Kinder- und Jugendgynäkologie erfahrene Fachärztinnen oder Fachärzte hinzugezogen werden.

Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren

Wunsch nach gleichgeschlechtlichen Untersuchern berücksichtigen

In diesem Altersbereich sollte die Inspektion – und wenn erforderlich die Untersuchung – nur von Ärztinnen und Ärzten mit besonderer Erfahrung in der jugendgynäkologischen Untersuchung durchgeführt werden. Bei der Inspektion muss jeder Schritt erklärt und mit den Jugendlichen abgesprochen werden. Die medizinische Notwendigkeit der Inspektion und Untersuchung muss entsprechend dem geistigen, psychischen und emotionalen Entwicklungsstand der Jugendlichen erläutert werden. Dem Wunsch von Mädchen und Jungen nach gleichgeschlechtlichen Untersuchern sollte nach Möglichkeit entsprochen werden. Von besonderer Bedeutung ist der Aufbau einer Beziehungsebene mit den Jugendlichen sowie die unbedingt zu verbalisierende Zusicherung der ärztlichen Verschwiegenheit im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Jungen als Opfer

Jungen, die sexuelle Gewaltanwendung erlebt haben, haben besondere Schwierigkeiten, sich einem Helfersystem anzuvertrauen. Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle schreibt Jungen vor, mit ihren Problemen alleine fertig zu werden, sich auf keinen Fall überwältigen und missbrauchen zu lassen. Die Tatsache, dass sexuelle Gewalt, wenn sie von Frauen ausgeübt wird, bei Jungen positive Gefühle wie auch eine nachweisbare körperliche Erregung auslöst, führt zu einer weiteren Hemmung, über das Erlebte zu sprechen und sich anderen Personen anzuvertrauen. Geht die sexuelle Gewalt von Männern aus, so kann bei Jungen die Angst ausgelöst werden, durch den Missbrauch homosexuell zu werden oder es bereits zu sein. Dies löst, zur erfahrenen Traumatisierung hinzukommend, eine weitere Angst vor Stigmatisierung aus.

Mädchen als Opfer

Für viele Mädchen ist es besonders verwirrend, wahrzunehmen, dass ihr Körper während eines sexuellen Übergriffs sexuelle Erregung verspürt und sie möglicherweise einen Höhepunkt haben. Dabei wollten sie den sexuellen Kontakt gar nicht,

fühlen sich schlecht dabei und empfinden vielleicht auch Schmerzen. Daraus resultiert das Gefühl, machtlos und hilflos zu sein und die Kontrolle nicht mehr zu haben. Dies führt oftmals dazu, dass sie den Übergriff verheimlichen und sich keinem Helfersystem anvertrauen.

Weitere Untersuchungen und Spurensicherung

Abhängig von Befund und Anamnese sind ggf. zusätzliche Untersuchungen erforderlich, z. B. mikrobiologische (Gonokokken, Chlamydien, Trichomonaden) oder virologische Untersuchungen (HPV) aus Vagina, Anus, Mund oder Urethra, serologische Untersuchungen (Beta HCG nach der Menarche, HIV, Syphilis, Hepatitis B). Bei dringendem Verdacht auf sexuelle Gewalt müssen die Untersuchungen nach 3–4 Wochen (HIV 6 Monate) wiederholt werden. Falls möglich, sollte eine Spurensicherung erfolgen. Liegt das Delikt bereits längere Zeit zurück, ist in der Regel eine Spurensicherung nicht mehr durchführbar.

Das Vorliegen von Sperma in der Vulva, Vagina, Mundhöhle oder Anus ist bei Kindern und Jugendlichen nur bis maximal 24 Stunden nach dem Übergriff zu erwarten. Allerdings ist eine Penetration in die Vagina von Kindern in der hormonellen Ruheperiode selten. Vielmehr sollte daran gedacht werden, dass häufiger „Reiben“ des Penis an der Scheide („Vulvapenetration“) vorkommt. Unterlagen, auf denen das Kind bzw. der oder die Jugendliche gelegen hat oder eventuell kontaminierte Kleidung sollten bei dringenden Verdachtsfällen in die Spermauntersuchung einbezogen werden.

Die Sicherung von Spermaspuren erfolgt mit speziellen Ethylenoxid(EtO)-bedampften Forensic-Watteträgern im Scheidengewölbe, die vor Gebrauch mit Aqua bidest befeuchtet werden können. Nach dem Abstrich müssen die Tupfer beschriftet werden (Name, Geburtsdatum, Datum und Lokalisation der Abstrichentnahme) und können dann asserviert oder verschickt werden. Watteträger, die ein Trocknungsmittel oder eine luftdurchlässige Membran enthalten, brauchen nicht luftgetrocknet werden, sondern können sofort in die Transporthülse überführt werden. Wattetupfer sollten nach der Abstrichentnahme nicht vernichtet werden, sie sollten weder feucht, noch in einem Nährmedium oder in einer NaCl-Lösung asserviert werden, um eventuell eine DNA-Analyse zu ermöglichen. Abriebe aus Mundhöhle und After erfolgen in gleicher Weise.

Bei der Sicherung von Speichelproben wird einer der oben beschriebenen Wattetupfer, die mit Aqua bidest befeuchtet sind, großflächig mit leichtem Druck über die angegebenen Stellen gerieben. In konkreten Verdachtsituationen müssen spurenverdächtige Kleidungsstücke nach Trocknung getrennt in Papiertüten asserviert werden.

Bei Jugendlichen ist bei Verdacht auf Anwendung von Drogen (Partydrogen, K.O.-Mittel) eine Urin- oder Serumsicherung für ein Drogen- und Medikamentenscreening durchzuführen. In Ergänzung kann nach 4–8 Wochen eine Haarprobe genommen werden.

Körperlicher Befund nach Altersstufen

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

Neugeborene befinden sich bis etwa zur dritten Lebenswoche in der sogenannten Neonatalperiode, in der noch östrogenhaltige Hormone der Mutter einwirken. Danach, bis etwa zum 8./9. Lebensjahr, ist das weibliche Genitale in der hormonellen Ruheperiode. Ab dem 8./9. Lebensjahr (je nach Entwicklungsverlauf des Mädchens früher oder auch später) unterliegt die Entwicklung des Genitales der eigenen hormonellen Beeinflussung (Reifungsperiode). Die „hormonelle Reife“ kann anhand eines Ausstriches des Vaginalsekretes unter dem Mikroskop bestimmt werden.

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

Differenzialdiagnosen berücksichtigen

Differenzialdiagnostisch müssen Erkrankungen ausgeschlossen werden, die in ihrem Befund gewaltspezifischen Symptomen ähnlich sind. Dies betrifft zum einen Vulvitiden bzw. Vulvovaginitiden, die durch bakterielle Infektionen bzw. Hygiene-defizite ausgelöst sind und zu einer massiven Rötung im Anogenitalbereich führen können. Durch Vulvovaginitiden (z. B. hämolysierende Streptokokken-A-Infektionen) können auch vaginale Blutungen oder am Anus ein so genannter „Analscharlach“ (massive perianale kreisrunde Rötung mit Rhagaden) ausgelöst werden. Veränderungen im Analbereich wie Fissuren oder Blutungen können auch im Rahmen einer Obstipation oder einer Darmerkrankung wie Morbus Crohn verursacht worden sein. Zum anderen müssen Hauterkrankungen im Bereich der Vulva, des Präputiums und des Anus ausgeschlossen werden, die Befunde wie bei sexueller Gewalt hervorrufen. Dies betrifft z. B. den Lichen sclerosus, der zu Rötungen, Einblutungen (Petechien, Hämatome) und Rhagaden im Anogenitalbereich führen kann und mit einem Peak im 3.–7. Lebensjahr beginnt.

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

Psychischer Befund nach Altersstufen

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

Kinder im Alter von unter 6 Jahren

Es gibt unspezifische Symptome, die bei sexueller Gewalt entstehen können. Dazu zählen rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis. Eine plötzliche Verhaltensänderung (auffälliges, inadäquates oder sexualisiertes Verhalten) und nicht altersentsprechendes Wissen über Sexualität, das häufig im Spiel oder in Zeichnungen dargestellt wird, kann Folge einer erlebten sexuellen Gewalt sein. Die betroffenen Kinder ziehen sich oftmals zurück und entwickeln Verhaltensweisen wie die sogenannte „frozen watchfulness“, das heißt sie beobachten aufmerksam ihre Lebensumwelt ohne emotionale Beteiligung. Auch eine Regression auf Entwicklungsstufen, die bereits erfolgreich durchlaufen waren, kann eine Folge sein.

Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren

Neben den oben beschriebenen Symptomen können verschiedene Verhaltensweisen auf sexuelle Gewaltanwendung hinweisen. Kinder können z. B. das Alleinsein mit einer bestimmten Person meiden oder einen Schulleistungsknick aufweisen. Häufig verbunden ist damit ein sozialer Rückzug mit internalisierendem Verhalten, das heißt die Kinder sind auffallend ruhig und zurückgezogen. Auch unangemessene Aggressivität mit sogenanntem externalisierendem Verhalten (aktiv, unruhig und schwierig, selbstverletzend) und Distanzlosigkeit kann ein Zeichen für erlittene sexuelle Gewalt sein. Häufig feststellbar sind depressive Verstimmungen mit Stimmungsschwankungen zwischen unrealistischer Selbstüberschätzung und bodenloser Traurigkeit, Leere und Empfindungslosigkeit. Es können Essstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen aber auch Sprachstörungen als psychosomatische Folgen auftreten.

Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren

Für diesen Altersbereich gelten oben erwähnte Symptome in gleicher Weise. Zusätzlich können diese Jugendlichen durch einen Rückzug mit wenig sozialen Kontakten z. B. in der Peer-group auffallen. Jugendliche können auch als Täter in Erscheinung treten und durch eine Reinszenierung eine Aufarbeitung der erfahrenen Gewalt erleben.

Daneben sind emotionale Störungen wie anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität und mangelndes Selbstvertrauen zu beobachten. Daraus resultieren dann häufig Schwierigkeiten im Sozialverhalten der Jugendlichen. Auch zwanghaftes Verhalten (Wasch- oder Kontrollzwang) oder Suizidversuche (insbesondere bei Mädchen) bzw. Suizide (insbesondere bei Jungen) können als psychische Folgen einer sexuellen Gewalt auftreten.

Jungen reagieren anders

Jungen, die Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind, werden häufig durch massive Aggressionen auffällig oder wecken durch Übergriffe Aufmerksamkeit (Mädchen an die Brust oder Genitalien greifen, Jungen an die Hoden fassen, Mädchen oder schwächere Jungen vergewaltigen). Manche Jungen empfinden dagegen eine starke Verunsicherung oder Angst im Umgang mit anderen Menschen und ziehen sich zurück. Andere entwickeln ein Verhalten, dass alle Normen erfüllt oder überangepasst ist. Gerade bei Jungen, die gleichgeschlechtliche sexuelle Gewalt erleiden, treten häufig Störungen des Selbstwertgefühls auf. Im Bereich der psychosomatischen Störungen treten bei Jungen Erstickungsanfälle/Asthma auf, die in Verbindung mit dem Zuhalten des Mundes oder Spermaschlucken gesehen werden.

Interaktion bei sexueller Gewalt – familiärer Bereich

Gewalt wird oft in der Familie oder im Nahbereich von Kindern und Jugendlichen ausgeübt.

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

Interaktion bei sexueller Gewalt – Jugendlicher/Peergroup

Sexuelle Gewalt reicht von kleineren Grenzüberschreitungen bis zur Vergewaltigung.

Für viele Mädchen und Jungen gehört sexuelle Gewalt zum Alltag. Statistisch gesehen finden sich in allen Lebenszusammenhängen (z. B. Schulklasse, Jugendgruppe, Sportverein, in Nachbarschaft oder Verwandtschaft) Kinder und Jugendliche, die sexuelle Gewalt erleben oder erlebt haben. Das Ausmaß sexueller Gewalt reicht von kleinen Grenzüberschreitungen bis hin zu massiver Gewaltausübung. In der Schule probieren Mädchen ihre Attraktivität aus und Jungen üben Dominanz und sexuelle Verfügung über Mädchen ein. Dies geschieht verbal durch Beschimpfungen der Mädchen. Die Jungen werten dabei die Mädchen sexuell ab. Es geschieht tätlich durch Bedrängen, Anfassen, Anstarren, sexistische Zeichnungen und Sprüche an Tafeln, Schulbänken und an Klotüren und -wänden.

Uneindeutige sexuelle Kommunikation

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

Fallmanagement bei sexueller Gewalt

Was tun?

Im Zentrum der ärztlichen Beratung steht die ressourcenorientierte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beim Umgang mit den Auswirkungen der erlebten Gewalt. Bei unmittelbar drohender Gewalt gegen Kinder und Jugendliche steht die Organisation und Herstellung des Schutzes der Betroffenen im Mittelpunkt.

Ärztinnen und Ärzte müssen bei Verdacht des Vorliegens von sexueller Gewalt den Kindern oder Jugendlichen gegenüber einfühlsam und gleichzeitig gelassen bleiben und ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Vorwürfe, Vermutungen, Vorurteile oder ein Dramatisieren des Geschehenen sind unangebracht. Die Gesprächsführung mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen wird durch den erfahrenen Umgang mit verschiedenen Gesprächstechniken erleichtert. Aus Platzgründen kann hier aber nicht weiter darauf eingegangen werden. Weiterführende Literatur kann unter: www.missbrauch.elearning-kinderschutz.de (Kapitel 3.3 Gesprächsführung und Aussage) heruntergeladen werden.

Die spontane Aussage von Kindern und Jugendlichen, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, rechtfertigt immer eine eingehende Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhaltes und ggf. zur Spurensicherung.

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

Hinweise zum konkreten Fallmanagement finden Sie unter S. 67 in diesem Heft.

Bewertung und Hierarchisierung der Befunde

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

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

Das Jugendamt ist kraft Gesetzes die zentrale Stelle, wenn es um Fragen des Kinderschutzes geht. Bei Erhebung eindeutiger, gewichtiger Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt ist das Jugendamt unverzüglich einzubinden. Wenn bezüglich der gewichtigen Anhaltspunkte Unklarheiten bestehen, sollten die Kinder bzw. Jugendlichen zur Klärung unverzüglich ausgebildeten kinder- und jugendgynäkologische Ärztinnen oder Ärzten bzw. einer spezialisierten Einrichtung vorgestellt werden. Auch die bei Wunsch anonyme Beratung durch spezialisierte Einrichtungen per Internet siehe Seite 74 ist eine mögliche Alternative.

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

Gewichtige Anhaltspunkte und Befunde, die auf sexuelle Gewalt hindeuten

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

Kinder im Alter von unter 6 Jahren

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

Gewichtige Anhaltspunkte für eine sexuelle Gewaltanwendung sind der Nachweis von Spermien beim Kind oder eine Deflorationsverletzung, d. h. akute Lacerationen, Ekchymosen, Hämatome oder abgeheilte Verletzungen. Die Hymenalverletzung kann partiell (fehlendes Segment des Hymens) oder bis auf den Grund (Vulvarand) des Hymenalsaumes reichen oder auch einen Vaginaleinriss hervorrufen. Diese Lacerationen finden sich typischerweise zwischen 3 bis 9 Uhr im posterioren Bereich, am häufigsten zwischen 5 und 7 Uhr, in Steinschnitt-

lage betrachtet. Auch Kerbenbildungen in diesem Bereich, die mehr als 50% des Hymenalsaumes betreffen, sind mechanisch bedingte Verletzungen und sollten entsprechend beurteilt werden. Akute Risswunden des posterioren Frenulums der Labia minora auch ohne Verletzung des Hymens stellen gewichtige Anhaltspunkte für eine sexuelle Gewaltanwendung dar.

Als konkrete Anhaltspunkte, die eine weitere Abklärung nach sich ziehen müssen, sind Rötungen im Sinne von Entzündungen zu werten, die durch kurz zuvor stattgefundenes Reiben (z. B. mit dem Penis) hervorgerufen worden sein könnten. Weitere Anhaltspunkte sind verdickt erscheinende Hymenalsäume bzw. ein eingerollter Hymenalrand. Urethraldilataationen finden sich auch bei nicht von sexueller Gewalt betroffenen Kindern. Periurethrale Bänder, Synechien der Labien oder Kerbenbildungen des Hymenalsaumes im vorderen Anteil sind Normalbefunde bzw. unspezifische Befunde.

Ein intakter Hymen schließt sexuelle Gewalt nicht aus, da am Genitale Manipulationen wie Streicheln, Lecken etc. stattgefunden haben können. Auch der Versuch, den Finger durch die Hymenalöffnung in die Scheide einzuführen, muss nicht zwangsläufig zu Verletzungen führen. Kommt es dennoch durch Manipulationen zu oberflächlichen Schleimhautverletzungen, heilen diese in kurzer Zeit ab (2–3 Tage) und entziehen sich meist der Nachweisbarkeit.

Die umfassendste Einteilung der Befunde ist durch das Adams-Schema erfolgt, das Genitalbefunde bei Mädchen schematisiert hat (Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. Adams JA et al. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29:81–87).

Befunde im Afterbereich sind noch schwieriger beurteilbar als vaginale. Auch hier gilt, dass Manipulationen in der Regel keine Verletzungen hinterlassen. Oberflächliche Verletzungen heilen sehr schnell (2–3 Tage) ab.

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

Auch bei Jungen sind Hautverletzungen die häufigsten Zeichen sexueller Gewaltanwendung. Verletzungen am Penis mit Einrissen des Frenulums oder Adhäsionen des Präputiums, Kontusionen oder Hämatomen sowie Erosionen werden bei Jungen beschrieben. Im Bereich des Skrotums treten am häu-

figsten Kontusionen oder Hämatome sowie Ödeme auf. Informationen über Verletzungen bei sexueller Gewalt bei Jungen sind in der Literatur rar. Verletzungen bei sexueller Gewalt gegen Jungen treten besonders häufig im Alter von 6–8 Jahren auf. Der Anteil der genitalen Verletzungen liegt dabei zwischen 1–7%, die meisten Verletzungen treten im Analbereich auf (62–100%). Verletzungen im Mundbereich bei oraler sexueller Gewaltausübung sind selten.

Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren

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

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

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

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

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

Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren

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

Erfahrungen zeigen, dass der Sexualkontakt oft auch mit der Einnahme von legalen (Alkohol) oder illegalen (Cannabis) Drogen kombiniert ist. Jugendliche Mädchen werden zum Teil nach übermäßigem Genuss von Alkohol (Binge-Drinking) oder durch Einflößen von sogenannten K.O.-Mitteln Opfer von sexueller Gewalt. Dabei kommt es zu einem medizinisch zu beurteilenden sexuellen Kontakt, bei dem aber der Gewaltaspekt aus forensischem Blickwinkel nicht nachweisbar ist. Für Ärztinnen

und Ärzte steht der Aspekt des vermuteten vollzogenen Geschlechtsverkehrs im Vordergrund. Daher ist die Erhebung beweisrelevanter Befunde von großer Bedeutung, z. B. Spermienbestimmung, Speichelsicherung oder die Sicherung von Haaren oder Hautpartikeln innerhalb von 4 Tagen nach dem Schadensereignis.

Sexuell übertragbare Krankheiten wie z. B. Gonorrhoe, Lues oder Trichomonaden vor der Geschlechtsreife von Kindern sind mit größter Wahrscheinlichkeit Folge von sexueller Gewalt und gelten daher als gewichtige Anhaltspunkte. Der Nachweis von Chlamydien nach dem 3. Lebensjahr wird als beweisend für eine sexuelle Gewaltausübung gewertet. Der Nachweis von HPV-Infektionen (*Condylomata accuminata*) im Bereich von Vulva oder Anus ist ein konkreter Anhaltspunkt, wenn eine vertikale Übertragung in der Familie, z. B. durch gemeinsamen Handtuchgebrauch einer infizierten Mutter, ausgeschlossen werden kann.

VORGEHEN BEI VERDACHT AUF SEXUELLE GEWALT OHNE SOMATISCHEN BEFUND

Bei den meisten Verdachtsfällen von sexueller Gewalt wird der somatische Befund ohne gewichtige Anhaltspunkte sein. Der Verdacht muss dann im weiteren Betreuungsverlauf in Kooperation mit Jugendamt, Kinderschutzambulanz, Koordinierenden Kinderschutzstellen, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatern, -psychotherapeuten, -psychologen usw. bestätigt oder verworfen werden. In der Praxis ist es wichtig, in diesem Netz die Akteure möglichst persönlich zu kennen, um in der persönlichen Zusammenarbeit ein regelmäßiges Feedback zu dem Fall zu bekommen.

Dieses Vorgehen werde ich in dem Seminar auf der Jahrestagung in Berlin 2016 anhand von Fällen vorstellen und diskutieren. Die Arbeitsgemeinschaft KIM bietet jedes Jahr im Rahmen der Kasseler Tagung die Möglichkeit von Seminaren und Erfahrungsaustausch siehe Seite 26.

Eine Verallgemeinerung ist in diesen Situationen schwierig; jeder Fall muss individuell behandelt werden. Die Besonderheiten jedes Falles, aber auch die persönliche Situation des Opfers, des Täters, der vielleicht schweigenden Mitwisser, der betreuenden Ärzte und der eingebundenen Institutionen spielen eine wichtige Rolle.

RESUMEE

Dieser Artikel soll Ihnen ein besseres Wissen bezüglich körperlicher Befunderhebung, Befunden und der Interpretation bei Verdacht auf sexueller Gewalt vermitteln. Zur Ergänzung bietet Ihnen der Kinder- und Jugendärztetag im Juni 2016 in Berlin zahlreiche Vorträge und Seminare. Hierbei wird nicht nur der körperliche Befund bei sexueller Gewalt thematisiert, sondern es werden auch praktische Aspekte der Gesprächsführung, des Fallmanagements und des Praxissettings in Wort und Bildern dargestellt. In kleinen Gruppen können Sie in den Seminaren Ihr Wissen vertiefen.

Tabelle 1: Gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt, die eine Mitteilung an das Jugendamt nach sich ziehen (akzidenteller Mechanismus ausgeschlossen, modifiziert nach Adams 2015)

Gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt
Spontane Aussagen der Kinder oder Jugendlichen über erfasste sexuelle Gewalt.
Nachweis von Spermien bei Kindern; bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 2).
Nachweis von sexuell übertragbaren Erkrankungen wie Lues, GO, Trichomonaden nach Ausschluss perinataler Übertragung bei Kindern. Infektion mit Chlamydia trachomatis (jenseits 3. Lebensjahr) – wird nach dem Adams-Schema als gewichtiger Anhaltspunkt gesehen. Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 2).
Positive Serologie auf HIV nach Ausschluss einer Übertragung perinatal, durch Blutprodukte oder kontaminierte Nadeln bei Kindern. Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat (siehe Tabelle 2).
Schwangerschaft bei Kindern (Schwangerschaft bei Jugendlichen siehe Tabelle 2).
Akute Lazerationen des Hymens (partielle oder vollständige Einrisse). Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte nötig, dass Sexualkontakt ohne Einvernehmen stattgefunden hat.
Verletzungen im Vaginal-, Oral- oder Genitalbereich ohne plausible Erklärung, akute Lazerationen, Hämatome.
Akute Lazeration der Fossa navicularis ohne plausible Erklärung (ohne Hymenbeteiligung; DD durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie; fehlende Angaben eines akzidentellen Traumas, einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten).
Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus (DD fehlende Fusion der Mittellinie).
Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (DD bekannte infektiöse Prozesse, LSA, Gerinnungsstörungen).
Geheilte Durchtrennung des Hymens („vollständige Spalte“) („Hymenal transection“, „complete cleft“). Zwischen 4 und 8 h bis oder nahe der Basis durchgerissener Bezirk des Hymens, Eindruck dort fehlenden Hymens. Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung, Umfahren mit angefeuchtetem Stieltupfer, Blasenkather-Ballonmethode (nur Adoleszente!). Bei Jugendlichen zusätzlich Anhaltspunkte, dass Sexualkontakte ohne Einvernehmen stattgefunden haben.
Fehlendes Segment des Hymens: Bezirk des posterioren Hymenalsaums mit fehlendem Gewebe bis zur Basis, breiter als vollständige Spalte, Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich.
Perianale Narbe (selten, DD andere medizinische Ursachen: M. Crohn, akzidentell, medizinische Eingriffe). Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Trauma an entsprechender Lokalisation.
Narben der Fossa navicularis (DD Linea vestibularis, labialen Adhäsionen). Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Trauma an entsprechender Lokalisation.

Weiterführende Literatur wie z.B. „Kindesmisshandlung“, Springer Verlag 3. Auflage Mitte 2016, Hrsg: Herrmann, Banaschak, Thyen, Dettmeyr oder „Kinder- und Jugendgynäkologie für die Praxis“, Springer Verlag, Neuerscheinung Ende 2016, Hrsg: Weissenrieder, stehen Ihnen im Jahr 2016 zur Verfügung.

Lassen Sie uns am Schluss noch einmal auf das eingangs erwähnte Zitat des Runden Tisches zurückkommen.

Tabelle 2: Gewichtige Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt, die zu einer weiteren Abklärung führen (Modifiziert nach Adams 2015)

Anhaltspunkte für sexuelle Gewalt
Anogenitaler Herpes Simplex Typ 1 oder 2 (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch) Meldepflichtig als missbrauchverdächtig in den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005
Anogenitale Condylomata acuminata (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)
Riss oder Kerbe im Hymenalsaum zwischen 3 und 9 Uhr, tiefer als eine oberflächliche Kerbe, aber nicht bis an die Hymenbasis reichend ohne oder mit kompletter Durchtrennung
Einrollung des kaudalen Hymenalrandes
Verhaltensänderungen (auffälliges, inadäquates oder sexualisiertes Verhalten)
Psychosomatische Erkrankungen
Risikofaktoren in der Anamnese
Nachweis von Sexualkontakten bei Jugendlichen (z.B. Nachweis von Spermien, sexuell übertragbaren Krankheiten), wenn Anhaltspunkte, dass Sexualkontakte ohne Einvernehmen stattgefunden haben
Schwangerschaft bei Jugendlichen bei ungeklärter Vaterschaft
Bilder des Kindes oder Jugendlichen in eindeutiger Pose
Zeigen oder Anfertigen von Pornografie, Zeigen oder Anfertigen von Bildern mit sexualisiertem Inhalt
Nachweis von SMS, MMS, E-Mails, Internetkontakten mit eindeutig sexualisiertem, pornografischen oder gewalttätigen Inhalten

Wir alle brauchen neben dem erforderlichen Fachwissen die Entschlossenheit, gegen sexuelle Gewalt – egal ob bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, Frauen oder Männern – in unserer Praxis, in unserer Lebenswelt, im Alltag und in der Gesellschaft vorzugehen. Wenn wir durchhalten, wird es gelingen, dass wir uns keine Gedanken mehr machen müssen, wenn wir in unseren Praxen (wirklich) keine sexuelle Gewalt mehr erkennen können.

■ *Dr. med. Nikolaus Weissenrieder*
 Frauenarzt/Kinder- und Jugendarzt,
 Kinder- und Jugendgynäkologin München
 Praxiszentrum Saarstrasse
 Saarstraße 7
 80797 München
 Info@Praxiszentrum-Saarstrasse.de

Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel
 Leiterin der Ambulanz am
 Institut für Rechtsmedizin der LMU München
 Nußbaumstr. 26
 80336 München
 elisabeth.muettel@med.uni-muenchen.de

Literatur beim Verfasser

Seelische Gewalt und emotionale Vernachlässigung bei Kindern

Ute Ziegenhain
Paul L. Plener

Gegen Kinder gerichtete seelische Gewalt im Sinne von emotionaler Misshandlung oder Vernachlässigung wird auch in aktuellen Studien als häufiges Phänomen beschrieben. Die vorliegende Übersichtsarbeit widmet sich diesem Phänomen unter Berücksichtigung epidemiologischer Faktoren, sowie neurobiologischer und psychopathologischer Konsequenzen. Kinder- und Allgemeinärzte werden in ihrer täglichen Praxis häufig Zeuge von Verdachtsfällen seelischer Gewalt gegen Kinder. Eine erhöhte Sensibilität und eine frühe Intervention bei Kindern, die seelischer Gewalt ausgesetzt sind, ist für den Verlauf entscheidend.



Begriffe wie „seelische Gewalt“, „emotionale Vernachlässigung“, „emotionale Misshandlung“, „psychische Misshandlung“, „verbale Misshandlung“ oder „emotionale Gewalt“ beschreiben mehr oder minder überschneidend wiederholtes und/oder isoliert auftretendes schwerwiegend negatives Verhalten von engen Bezugspersonen gegenüber dem Kind. Beim Kind bewirkt dies, dass es sich nicht geliebt fühlt. Es fühlt sich wertlos bzw. nur dann wertgeschätzt, wenn es die Bedürfnisse anderer erfüllt. Es fühlt sich nicht erwünscht und erlebt sich als fehlerhaft oder gar gefährdet (Doyle, 1997; APSAC, 1995; Chamberland et al., 2011).

SEELISCHE GEWALT UND EMOTIONALE VERNACHLÄSSIGUNG ALS DESTRUKTIVE ENTGLEISUNG ELTERLICHEN VERHALTENS

Gemäß vorliegender Forschungsbefunde lassen sich die folgenden globalen Aspekte im Kontext von seelischer Gewalt bzw. emotionaler Vernachlässigung beschreiben: Ablehnen, Herabsetzen, Demütigen oder Verspotten des Kindes, Einschüchtern und Terrorisieren, Einengen und Isolieren, Ausbeuten, Ausnutzen und Korumpieren sowie Vernachlässigung seiner gesundheitlichen Bedürfnisse (APSAC, 1995).

Gewöhnlich werden vier Formen von Kindesmisshandlung unterschieden. Diese sind körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch. Danach wird emotionale/psychische Misshandlung bzw. seelische Gewalt als eine eigene Misshandlungsform betrachtet. Vernachlässigung beinhaltet demgegenüber sowohl körperliche als auch emotionale Vernachlässigung. Einen weithin anerkannten Konsens über eine operationalisierbare Definition der Formen von Misshandlung hat das amerikanische Center for Disease Control and Prevention (CDC) vorgelegt. Er beruht auf einem umfangreichen Konsultationsprozess unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Diskurses (Leeb et al., 2008).

Danach wird emotionale Misshandlung als „jedes absichtsvolle Elternverhalten [definiert], welches dem Kind vermittelt, wertlos, fehlerbehaftet, ungeliebt, ungewollt oder unnützlich zu sein und ihm damit potenziell psychologischen oder emotionalen Schaden zufügt“.

Nicht selten wird übersehen, dass emotionale Misshandlung von Kindern auch dann vorliegen kann, wenn diese nicht direkt Opfer von abwertendem, herabsetzendem oder einschüchternendem elterlichen Verhalten sind. Im Falle von Partnerschaftsgewalt sind Kinder indirekt Zeuge von emotionaler und/oder körperlicher Misshandlung. Dass das Miterleben von Partnerschaftsgewalt eine Form von psychischer Misshandlung ist, wird seit langem diskutiert, aber erst allmählich systematisch im Zusammenhang mit den oben genannten üblichen Unterscheidungen von Kindeswohlgefährdung rezipiert (UNICEF, 2014; Ziegenhain et al., 2015).

Vernachlässigung wird definiert als „die mangelnde Erfüllung der grundlegenden körperlichen, emotionalen, medizinischen oder bildungsbezogenen Bedürfnisse des Kindes durch die

Bezugsperson und/oder die mangelnde Gewährleistung der kindlichen Sicherheit durch unzureichende Beaufsichtigung oder die fehlende Herausnahme aus einer gewalttätigen Umgebung“ (Leeb et al., 2008, S. 11–16, eigene Übersetzung).

Emotionale Misshandlung und/oder emotionale Vernachlässigung, wie im Übrigen auch körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch, sind immer interpersonell. Sie finden am häufigsten in engen (Bindungs-)Beziehungen bzw. in der Familie statt, ggf. auch in der Schule oder in anderen Bildungs- und Betreuungskontexten (Pinheiro, 2006). Dies trifft insbesondere auf Kinder zwischen 0 bis 14 Jahren zu.

Letztlich lässt sich misshandelndes und vernachlässigendes Verhalten als destruktive Entgleisung von elterlicher Fürsorge und Schutz in der Bindungsbeziehung mit dem Kind verstehen. Bindung ist eine in der Evolution selektiv abgesicherte Disposition von Kindern, sich zum Schutz des körperlichen und psychologischen Überlebens an nahestehende Bezugspersonen, in der Regel die Eltern, zu binden. Kinder, und insbesondere junge Kinder, sind in hohem Maße von der Unterstützung und Fürsorge durch ihre Eltern oder auch anderer Betreuungspersonen abhängig. Im Falle von Misshandlung und Vernachlässigung erfüllen Eltern diese biologisch disponierte „Entwicklungsaufgabe“ nicht. Sie missachten die Bedürfnisse ihres Kindes nach Versorgung, Liebe und Zuwendung bzw. unterlassen es, diese zu erfüllen. Dazu gehört auch, dass sie in ihrer grundlegend biologisch angelegten Aufgabe versagen, das Kind zu schützen. Dabei lässt sich adäquate Versorgung von Kindern oft nicht von mangelnder elterlicher Zuwendung bzw. Empathiedefiziten trennen (vgl. Ziegenhain, 2015).

AUFTRETENSHÄUFIGKEITEN VON SEELISCHER GEWALT UND EMOTIONALER MISSHANDLUNG

Seelische Gewalt bzw. emotionale Vernachlässigung gehören im Unterschied zu sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung zu denjenigen Misshandlungsformen, die empirisch am wenigsten abgesichert sind. Gemäß einer neueren Metaanalyse wurden über seelische Gewalt und emotionale Vernachlässigung die wenigsten Studien publiziert (Stoltenborgh et al., 2014).

Dennoch lassen die wenigen vorliegenden Studien vermuten, dass seelische Gewalt und/oder emotionale Vernachlässigung die am häufigsten auftretenden Formen von Misshandlung und Vernachlässigung sind. Dabei gilt Vernachlässigung insgesamt, also auch körperliche Vernachlässigung, als ein vernachlässigtes Phänomen. Prävalenzen liegen je nach Definition zwischen 1,4% und mehr als 80% (Finkelhor et al., 2005; Stoltenborgh et al., 2012). Gemäß einer neueren Metaanalyse, in die 13 bzw. 16 Studien mit ca. 59.000 Teilnehmern einbezogen waren, berichteten 18,4% von emotionaler Vernachlässigung (versus 16,3% körperliche Vernachlässigung; Finkelhor et al., 2005). Die Auftretenshäufigkeiten von seelischer Gewalt bzw. emotionaler Misshandlung lagen gemäß einer weiteren Metaanalyse mit 29 Studien (N = 7.082.279 Teilnehmer) bei 36,3% (Stoltenborgh et al., 2012; vgl. Ziegenhain et al., 2015).

Demgegenüber fanden sich Prävalenzzahlen von 17,7% bei körperlicher Misshandlung (Metaanalyse mit 111 Studien; Stoltenborgh et al., 2013) sowie von 12,7% (Selbstbericht) bzw. 0,4% (Fremdeinschätzung) bei sexuellem Missbrauch (Metaanalyse; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011). Im Unterschied zu den anderen Misshandlungsformen waren bei sexuellem Missbrauch Mädchen häufiger betroffen als Jungen (15% versus 8% mit Ausnahme von Jungen in Afrika; WHO, 2012; vgl. Ziegenhain et al., 2015).

Bei aller Vorsicht aufgrund der sehr eingeschränkten Datelage berichteten auch in Deutschland Menschen emotionale Misshandlungserfahrungen mit 15% (leicht) bzw. 1,6% (schwer) sowie emotionale Vernachlässigung mit 49,5% (leicht) und 6,6% (schwer) häufiger als körperliche Misshandlung (12,0% und 2,8%) und sexuellen Missbrauch (12,6% und 1,9%; N = 2.500 Teilnehmer; Häuser et al., 2011). Vergleicht man die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik, so zeigen sich im Bereich der Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht gemäß § 171 StGB 2,2 Fälle/100.000 Einwohner, was deutlich macht, dass diese Taten im sogenannten „Hellfeld“ ungenügend abgebildet werden (Pillhofer et al., 2011). Häufig finden sich aber Fälle von Vernachlässigungen in der kinder- oder hausärztlichen Praxis. In einer Fragebogenerhebung bei 128 Kinder- und Hausärzten in Berlin berichteten 17,4% der Kinderärzte und 17,7% der Hausärzte von einem gesicherten Fall einer emotionalen Misshandlung innerhalb des letzten Jahres und 29,3% der Kinderärzte sowie 42,7% der Allgemeinmediziner vermuteten einen solchen Fall. Eine sichere körperliche Vernachlässigung wurde von 3% der Kinderärzte und 1,5% der Allgemeinärzte berichtet (Heintze et al., 2006). Auch von Frank & Kopecky-Wenzel (2002) wurde berichtet, dass niedergelassene Kinderärzte durchschnittlich fünf Kinder pro Jahr mit einer körperlichen Vernachlässigung sehen, sowie sieben Fälle einer emotionalen Vernachlässigung.

FOLGEN VON EMOTIONALER MISSHANDLUNG UND EMOTIONALER VERNACHLÄSSIGUNG

Die einzelnen Gewaltformen kommen selten isoliert vor. Vielmehr lassen sich häufig komplexe Mischformen beobachten, die sich gegenseitig überlappen und verstärken und damit ihre pathogene Wirkung voll entfalten (vgl. Fegert, 2014). Insofern lassen sich negative Entwicklungskonsequenzen schwer auf einzelne Formen von Misshandlung und Vernachlässigung beziehen. Einige Kliniker und Forscher schlagen deshalb vor, den Schwerpunkt der Forschung eher auf die Folgen für die betroffenen Kinder zu legen als auf die auslösenden Formen der Misshandlung. Die möglichen Auswirkungen von Kindesmisshandlung unterscheiden sich beträchtlich von einem Kind zum anderen, u. a. auch deswegen, weil diese unterschiedlich resilient sind (Chamberland et al., 2011).

Dennoch zeigten Studien zunehmend, dass insbesondere emotionale Misshandlung auch für sich alleine genommen negative Entwicklungskonsequenzen haben kann. Danach waren Opfer emotionaler Misshandlung in ihrer körperlichen Gesundheit eingeschränkt und hatten Probleme in ihrer neurophysiologi-

schen, emotionalen und kognitiven Entwicklung sowie Verhaltensprobleme (Schneider, Ross, Graham, & Zielinski, 2005; Yates, 2007).

Tatsächlich könnten die Bedeutung und die Folgen psychischer Misshandlung für Kinder unterschätzt werden. Danach könnte emotionale Misshandlung und emotionale Vernachlässigung sogar negativere und schwerwiegendere Entwicklungskonsequenzen haben als andere Formen von Misshandlung. Emotionale Misshandlung sagte in einigen Studien Symptome von Bindungsstörungen, Trauma, Depression, Angst, Bulimie und fehlenden Selbstwert besser voraus. Zudem standen Erfahrungen emotionaler Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in statistisch bedeutsamem Zusammenhang mit externalisierender Symptomatik wie Ärger und Aggression, gewaltbereiten Beziehungen, Substanzmissbrauch oder Delinquenz (Crittenden et al., 1994; Egeland & Erickson, 1987; Erickson et al., 1989; Gratz et al., 2007; Gross & Keller, 1992; Loeber & Strouthamer-Loeber, 1986; Schneider et al., 2005; Wekerle et al., 2009; vgl. Chamberland et al., 2011).

Auch neuere neurobiologische Studien belegten, dass emotionale Misshandlung, also verbale Herabsetzungen oder Demütigungen von Kindern, spezifische Verbindungen im Gehirn bzw. die Entwicklung sensorischer Systeme beeinträchtigten. Dabei hatte verbale Misshandlung von Eltern den gleichen negativen Effekt (auf der Basis von berichteten Symptomen unterschiedlicher Misshandlungsformen) wie die Beobachtung häuslicher Gewalt und sexueller Missbrauch (Choi et al., 2009). So kommt es auch durch das Aufwachsen in einem gewalttätigen familiären Umfeld zu „kortikalen Narben“ in dem Sinne, dass sich Volumensminderungen der grauen Substanz im visuellen Kortex nach dem Erleben von häuslicher Gewalt in der Kindheit im Erwachsenenalter zeigen ließen (Tomoda et al., 2012). Befunde einer reduzierten fraktionalen Anisotropie im Fasciculus longitudinalis inferior nach dem Erleben häuslicher Gewalt sprechen auch dafür, dass es zu Beeinträchtigungen im visuell- limbischen Pfad kommt (Choi et al., 2012).

Diese Wahrnehmungsschwierigkeiten werden nicht zuletzt eindrucksvoll durch eine eingeschränkte Diskriminationsfähigkeit hinsichtlich der Erkennung von emotionalen Gesichtsausdrücken bei Kindern mit Vernachlässigungserfahrungen (Hart & Rubia, 2012) ergänzt. Zudem konnte gezeigt werden, dass Jugendliche mit einer Vorgeschichte von Deprivation und Vernachlässigung eine stärkere Aktivierung im Bereich der linken Amygdala und des linken anterioren Hippocampus beim Betrachten ängstlicher oder wütender Gesichtsausdrücke zeigten (Maheu et al., 2010). Bei Erwachsenen mit verschiedenen Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen war eine Amygdala-Hyperreaktivität auf traurige Gesichtsausdrücke am stärksten bei jenen Teilnehmern einer Bildgebungsstudie ausgeprägt, die über eine Geschichte emotionalen Missbrauchs in ihrer Kindheit berichteten (Dannlowski et al., 2013). Auch zu der Funktion des Gehirns im Ruhezustand (dem sogenannten „resting-state“) liegen Befunde bei Erwachsenen mit einer Geschichte von emotionalem Missbrauch in der Kindheit vor. Hier zeigte sich im Vergleich zu gesunden Kontrollen eine abweichende resting state Konnektivität im limbischen Sys-

tem (van der Werff et al., 2013). Dennoch handelt es sich nicht zwangsläufig um irreversible neurobiologische Veränderungen unter der Maßgabe, dass eine (möglichst frühzeitige) Veränderung des Umfelds in der Kindheit eintritt. So konnte in Langzeitstudien bei ehemaligen rumänischen Waisenkindern gezeigt werden, dass die Effekte frühkindlicher Deprivation (etwa im Sinne eines geringeren Volumens der weißen Substanz) bei jenen Kindern deutlich reduziert werden konnten, die in eine Pflegefamilie aufgenommen wurden (Sheridan et al., 2012).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass kindliche Erfahrungen von Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung häufig auftreten. Insbesondere Kinder- und Allgemeinärzte in der Primärversorgung gehören zu denjenigen, die Auffälligkeiten früh identifizieren können. Die Folgen emotionaler Misshandlungserfahrungen und emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit sind sowohl für die seelische Gesundheit als auch für die neurobiologische Entwicklung gravierend. Eine möglichst frühe Diagnostik und Intervention sind daher essentiell, um eine Aggravierung zu verhindern. Der Auf- und Ausbau der so genannten Frühen Hilfen sowie die Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes sind wichtige Meilensteine (Ziegenhain, 2015). Eine systematische Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten in der Primärversorgung für diese Thematik und die Etablierung flächendeckender Angebote zum Wissenserwerb (etwa über E-Learning) wären weitere notwendige Schritte hin zu einer auch präventiv gedachten Identifizierung und Versorgung von Kindern, die seelische Gewalt erfahren und/oder emotional vernachlässigt werden.

■ Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de

PD Dr. Paul L. Plener, MHBA
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5
68159 Mannheim
Paul.Plener@zi-mannheim.de

Literaturangaben unter:



Vernachlässigung – mehr als ein Blick und ein ungutes Gefühl

Anja Stietenroth
Rose-Renate Nowotzin
Andreas Oberle

Die Vernachlässigung als häufigste Form der Kindesmisshandlung scheint uns am schwersten greifbar, lässt sich im Alltag verbergen, als Erziehungsmaßnahme tarnen und wirkt oft als „Einzelsituation“ eher harmlos. Sie kann sich innerhalb der Familien über Generationen ziehen. Die Tragweite der Unterlassungen bleibt häufig unerkannt. Wenn wir an Vernachlässigung denken, ist vieles vorstellbar: Ereignisse von elterlicher Überforderung, das „Nichterkennen von Bedürfnissen“ und jede Form der Erniedrigung/Entwürdigung des Kindes.

Die Vernachlässigung ist eine besondere Form der körperlichen wie auch der seelischen Kindesmisshandlung und es braucht mehr als einen geschulten Blick, um diesem Bereich der Kindeswohlgefährdung auf die Spur zu kommen.

Hier sind eine transparente Kommunikation mit Eltern, das Wissen um Hilfesysteme und Kooperationen mit anderen Partnern zentrale Elemente, um die Gefährdung einzuschätzen und notwendige Veränderungen durch Hilfen zu implementieren.

Um den diffus wirkenden Erscheinungsformen auf den Grund zu gehen, wurden immer wieder Versuche unternommen, diese durch Definitionen greifbar zu machen. Es gibt verschiedene Vorschläge zu einer Klassifikation und der Verwendung von Unterformen der Vernachlässigung. Immer wieder überschneiden sich in diesem Feld verschiedene Misshandlungsformen. Vernachlässigung geht in vielen Fällen mit körperlicher Misshandlung einher.

DEFINITION VON VERNACHLÄSSIGUNG

Eine Schwierigkeit im Umgang mit Vernachlässigung ist, dass es bereits bei der Definition Unschärfen gibt. Aus unserer Sicht haben sich zwei Definitionen in der Literatur durchgesetzt.

Definition von Schone (et al., 1997): Diese stellt Vernachlässigung dar als „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgverantwortlicher Personen (Eltern oder andere entsprechend autorisierte Personen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“.

Kindler (et al., 2006) stellt dazu den rechtlichen Rahmen mit dem § 1666 BGB: hierbei könnte Vernachlässigung verstanden werden „als andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das, für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar, zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet.“

STATISTISCHE DATEN

Genau statistische Daten zur Häufigkeit von Vernachlässigung in Deutschland gibt es nicht. Das Dunkelfeld ist groß. Kindesvernachlässigung ist derzeit die mit Abstand häufigste Gefährdungsform. Dies wird auch in den statistischen Erhebungen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe deutlich.

Im Jahr 2014 haben die Jugendämter in Deutschland 124.000 Gefährdungseinschätzungen vorgenommen. Davon wurden 18.600 als eindeutige Kindeswohlgefährdungen bewertet, darunter 63,6% mit Anzeichen von Vernachlässigung. Aus den Daten ergibt sich weiter, dass Vernachlässigung kombiniert

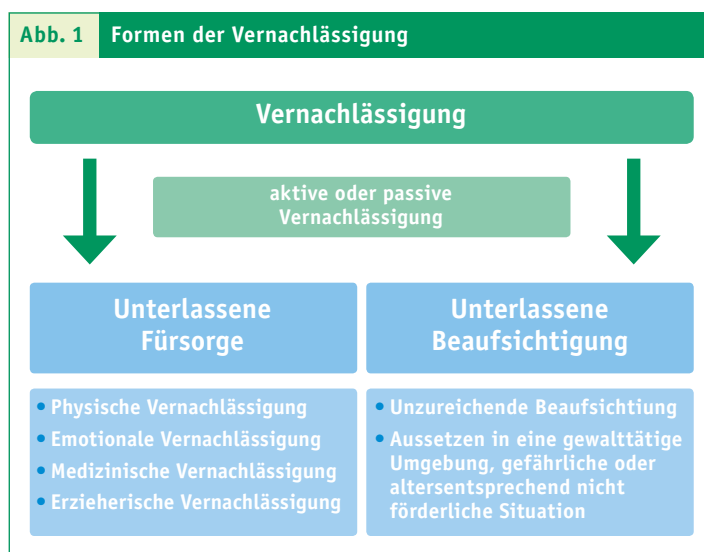


mit anderen Misshandlungsformen einhergehen kann. Vor allem die Altersgruppe der Kinder zwischen 0 und 3 Jahren ist hiervon stark betroffen.

In einer retrospektiven Studie (Häuser et al., 2011) wurden Jugendliche und Erwachsene zu ihren Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen in Kindheit und Jugend befragt. Fast 50% der Befragten berichteten von körperlicher und/oder emotionaler Vernachlässigung. Schwere körperliche Vernachlässigung lag bei 10,8% und schwere emotionale Vernachlässigung bei 6,6% der Befragten vor.

FORMEN DER VERNACHLÄSSIGUNG

Zur besseren Transparenz eines schwer zu fassenden Erscheinungsbildes erfolgte folgende Untergliederung.



So teilt sich das Feld im ersten Schritt in aktive und passive Vernachlässigung. Dabei ist die aktive Vernachlässigung als wissentliche Verweigerung von Fürsorge zu verstehen. Ursache dafür können Haltungen der Sorgeberechtigten sein, die sich auf Traditionen, extreme Überzeugungen oder alternative Lebenskonzepte stützen. Zentrale Aspekte stellen hierbei Unterlassungen bei der täglichen Versorgung und Pflege, vor allem aber auch das Nichtwahrnehmen der altersentsprechenden kindlichen Bedürfnisse dar.

Die passive Form der Vernachlässigung ist durch Nichtwissen, mangelnde Einsicht und/oder eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten der Sorgeberechtigten geprägt. Sie ist deutlich häufiger – oft erscheinen andere Dinge wichtiger als die Versorgung des Kindes. Beispiele hierfür sind: schwierige eigene Sozialisation (z. B. Ablehnen des Kindes, eigene Vernachlässigungserfahrungen ...), Überforderungssituationen (möglicherweise auch durch kognitive Einschränkungen der Sorgeberechtigten, fehlende Strategien im Umgang mit dem Kind), psychische Erkrankungen oder auch Suchtmittelkonsum.

In einem weiteren Schritt kann man die Formen der Vernachlässigung darin unterscheiden, in welchem Bereich die Unter-

lassung stattfindet: im Bereich der unterlassenen Fürsorge und im Bereich der unterlassenen Beaufsichtigung (siehe Abb. 1).

Physische Vernachlässigung

Die physische altersentsprechende Grundversorgung eines Kindes im Bereich Ernährung, Kleidung, Obdach (eigener Schlafplatz) und Hygiene müssen ohne Einschränkung gewährleistet werden. Auch das Bedürfnis nach Sicherheit muss gestillt werden. Je jünger das Kind ist, desto wichtiger ist hier ein aufmerksamer Blick, denn im Bereich der Grundversorgung kann es sehr schnell zu lebensbedrohlichen Situationen kommen.

Emotionale Vernachlässigung

Emotionale/seelische Vernachlässigung beschreibt den Mangel an emotionaler Fürsorge durch Zuwendung, sprachliche Interaktion und liebevollen Körperkontakt (z. B. Streicheln). Diese Kontakte erfolgen in Abstimmung mit den Bedürfnissen, Stimmungen und Emotionen des Kindes. In diesem Bereich gibt es eine Schnittmenge von unterlassener emotionaler Fürsorge und einer aktiven Form wie dem Verweigern der emotionalen Responsivität (emotionale/seelische Misshandlung). Eine genaue Abgrenzung zwischen Vernachlässigung und Misshandlung ist in diesem Bereich oft nicht möglich. Das Feld der emotionalen/seelischen Misshandlung geht jedoch weit über die Vernachlässigung hinaus und kann beschrieben werden mit Terrorisieren, Einsperren und Isolieren und auch dem Unterbinden von Sozialkontakten. Feindselige Ablehnung des Kindes durch einen Sorgeberechtigten, ständiges Herabsetzen oder eine fehlende Wertschätzung der Persönlichkeit fallen ebenfalls in diese Kategorie. Das Ausnutzen von Kindern und Jugendlichen (nicht nur im Rahmen von Kinderarbeit, sondern auch beim Ausnutzen der liebesuchenden Zuwendung des Kindes für die Zwecke der Erwachsenen) zählt ebenso zum Bereich der seelischen Misshandlung. Eine Sonderform ist die religiös motivierte Bestrafung/Isolierung des Kindes.

Medizinische Vernachlässigung

Kinder haben das Recht auf medizinische Fürsorge. Das beinhaltet adäquates Verhalten und Hilfe bei Krankheiten, aber auch die Gewährung von Vorsorgen und Impfungen zum Schutz vor Krankheiten. Die Sorgeberechtigten sind in der Verantwortung, dem Kind die notwendige Therapie bei Krankheit oder auch bei Entwicklungsstörungen zukommen zu lassen.

Erzieherische Vernachlässigung

Unter den Begriff der erzieherischen Vernachlässigung fällt das Unterlassen von entwicklungsfördernden Angeboten, z. B. altersbezogen geeignete Spielangebote, sprachliche Kommunikation und Ansprache durch die Bezugsperson. Auch das aufmerksame Wahrnehmen von Entwicklungsfortschritten des Kindes, das Eingreifen bei Gefahren, das Setzen von Regeln

und das Anbieten von Tagesstrukturen sind Erziehungsaufgaben, die Eltern erfüllen müssen. Dazu kommt das Recht der Kinder auf Bildungsförderung. Sorgeberechtigte müssen den Besuch einer der Begabung des Kindes entsprechenden Schule ermöglichen und für die Einhaltung der Schulpflicht sorgen.

Der Umgang mit Medien in ihrer Vielfalt muss zumindest bei Kindern im jüngeren Alter begleitet und angeleitet werden, auch um spätere Gefährdungen durch Cybermobbing, Computerspielsucht oder Missbrauch durch Internetkontakte zu reduzieren.

Am anderen Ende des Spektrums elterlichen Erziehungshandelns findet sich die Überbehütung, die das Recht des Kindes auf eine freie Entwicklung zum Erwachsenwerden behindern kann. Eine übermäßige, nicht dem Entwicklungsstand des Kindes angemessene Kontrolle (häufig durch Tradition, Religion oder Ängste geprägt) schränkt Kinder und Jugendliche ein und verhindert unter Umständen ihre Entfaltungsmöglichkeiten.

Unterlassene Beaufsichtigung

Durch unterlassene Beaufsichtigung können, besonders bei kleinen Kindern, schwerwiegende Unfälle und Verletzungen entstehen. In der Pubertät wird die Balance zwischen Aufsichtspflicht und dem Loslassen zum Erwachsenwerden eine schwierige Aufgabe.

Eine besondere Form der unterlassenen Beaufsichtigung ist es, wenn Eltern zulassen, dass ihre Kinder einer gewalttätigen Umgebung ausgesetzt sind. Das kann bedeuten, dass sie Gewalt (auch verbale) zwischen den Eltern oder im häuslichen Umfeld, aber auch im öffentlichen Raum miterleben müssen, sich an Szeneorten aufhalten oder mit problematischen Milieus Kontakt haben.

SCHWIERIGKEITEN IM UMGANG UND IN DER AUSEINANDERSETZUNG MIT DIESEM THEMA

Vernachlässigung ist eine Problematik, die oftmals im Zusammenhang der elterlichen Entwicklungs- und Lebensgeschichte steht sowie der eigenen fehlenden Bedürfniserfüllung der Sorgeberechtigten.

Dies kann eine der Grundlagen für Risikofaktoren sein, die zu berücksichtigen sind:

Risikofaktoren:

- Unzureichende materielle Situation (Hartz IV, Schulden, Existenzprobleme)
- Soziale Situation (Familie, Freundeskreis, Einbindung im Stadtteil)
- Wohnsituation (beengter Wohnraum, Strom, Wasser, etc.)
- Familiäre Situation / Partnerschaft (instabile, konflikt-hafte Beziehungen)

- Persönliche Situation Mutter/Vater (Biografie, Sucht, psychische Erkrankung)
- Merkmale des Kindes (Behinderung, Verhaltensauffälligkeit)
- Merkmale der Hilfesgeschichte (Annahme von Hilfen, Kooperationsbereitschaft, Kooperationsfähigkeit)

Diese Risikofaktoren müssen für eine Risikoeinschätzung immer im Zusammenhang mit den Schutzfaktoren und Ressourcen des Kindes, der Eltern und des Familiensystems gesehen werden.

Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche sind insbesondere:

- Kindbezogene Ressourcen: z. B. überdurchschnittliche Intelligenz, spezielle Talente, Selbstvertrauen und positives Selbstwertgefühl, aktives Bewältigungsverhalten, konstruktive Problemlösestrategien, Selbsthilfefertigkeiten, eigene Resilienz des Kindes
- Familiäre Ressourcen: z. B. verlässliche und sichere Bezugs- und Bindungsperson (Eltern, Großeltern etc.), familiärer Zusammenhalt, positives Bewältigungsverhalten innerhalb der Familie
- Soziale Ressourcen: z. B. positives soziales Netzwerk (Sportverein, Freizeitgruppen, Kindertagesstätte, Schule etc.), verlässliche unterstützende Freundschaften und Beziehungen, soziale Unterstützung (z. B. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe)

In der Praxis gibt es Instrumente zur Einschätzung von Vernachlässigung, die gut evaluiert sind und sich als Grundlage für die Diagnostik eignen. Beispielsweise werden im Maltreatment Classification System (MCS) in der deutschen Version Praxisbeispiele der verschiedenen Vernachlässigungsformen so geschildert, dass eine Einteilung in Schweregrade ermöglicht wird. Dabei spielen die Dimensionen Subtyp der Vernachlässigung, Schwere der Schädigung, Zeitpunkt im Hinblick auf Lebensalter und Entwicklungsstand des Kindes, Häufigkeit bzw. Chronizität der Vernachlässigung und Täterschaft eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus ist es hilfreich, Anlässe (Hinweise auf Vernachlässigung) und Folgen getrennt voneinander zu betrachten, da diese nicht immer in direktem Verhältnis zueinander stehen. So kann ein einzelnes Ereignis von Vernachlässigung ernste bis lebensbedrohliche Folgen nach sich ziehen (z. B. einen Säugling längere Zeit im Auto allein lassen), während bestimmte chronische Vernachlässigungen (z. B. Kind fehlt regelmäßig mehrere Tage unentschuldig in der Schule) keine unmittelbar lebensbedrohlichen Konsequenzen zur Folge haben muss, aber langfristig für die Schullaufbahn des Kindes negative Folgen haben kann.

Der von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe häufig eingesetzte **Stuttgarter Kinderschutzbogen** ist ein Diagnose- und Dokumentationsinstrument und eine wichtige Entscheidungsgrundlage.

Die Abgrenzung zwischen Vernachlässigung und ungünstigem Fürsorge- und Erziehungsverhalten bleibt häufig unklar. Geschichtsbedingt wird die Familie unter einen hohen Schutz gestellt, die Deutungshoheit der familiären Regeln liegt allein bei ihr. Um Einblicke in das familiäre System zu erhalten, bilden Offenheit, Vertrauen und ein hoher Kooperationswille der Eltern eine wichtige Voraussetzung. Das Vertrauen kann schnell schwinden, wenn Familien sich kontrolliert fühlen oder eine unterschiedliche Sichtweise zu einer Problemlage haben. Ein offener, konstruktiver Austausch über eine gemeinsame Sorge um das Kind kann ein möglicher „Türöffner“ sein.

Für eine Folgenabschätzung ist fundiertes Fachwissen über Entwicklungsverläufe und Entwicklungsstadien der kindlichen Entwicklung notwendig. In dem Prozess der Bewertung und Kindeswohleinschätzung ist der Austausch mit anderen Fachleuten (aus dem eigenen Fachgebiet) oder mit Fachkräften hilfreich und notwendig, die mit Hilfeprozessen und Risikoeinschätzung vertraut sind.

Durch die Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes haben Berufsgeheimnisträger wie Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern und Psychologen ein Recht auf Beratung mit einer „Insoweit erfahrenen Fachkraft“ (InsoFa). Die Jugendämter haben sicherzustellen, dass für eine anonyme Fallberatung ausgebildete Fachkräfte kostenlos zu Verfügung stehen. Über den interdisziplinären Austausch zu den Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung und deren negative Folgen kann Sicherheit erlangt und können die nächsten Hilfeschnitte festgelegt werden. Einzelne Auffälligkeiten sollten gut dokumentiert und in einer Zeitschiene beschrieben werden.

Das Bundeskinderschutzgesetz nennt explizit folgendes Vorgehen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung:

Stufe 1: Prüfung der eigenen fachlichen Mittel zur Gefährdungseinschätzung und Gefährdungsabwehr

Stufe 2: Eltern zu einer Hilfeinanspruchnahme motivieren und die Möglichkeit der anonymisierten Fallberatung mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft (InsoFa/Kinderschutzfachkraft)

Stufe 3: Mitteilung an das Jugendamt (als Befugnis), wenn das Tätigwerden des JA zur Gefahrenabwehr erforderlich ist und Personensorgeberechtigte nicht bereit oder nicht in der Lage sind, bei der Abwendung der Gefährdung mitzuwirken

Der Schritt in Stufe 3 kann gegen den Willen der Eltern sein, sollte aber nicht ohne deren Wissen/Information geschehen.

FAZIT

... für eine Falleinschätzung im Bereich Vernachlässigung gibt es klare Vorgehensweisen und fundierte Verfahren. Es ist genaues Hinschauen, Dokumentieren, Fachwissen und eine transparente Kommunikation nötig.

Über eine enge Kooperation und die Motivation zur Hilfeannahme können Eltern und Kind erreicht werden und ein Hilfenetzwerk entsteht.

■ *Anja Stietenroth*
B.A. Sozialpädagogin
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62
70174 Stuttgart
a.stietenroth@klinikum-stuttgart.de

Dr. med. Rose-Renate Nowotzin
Kinder- und Jugendärztin
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62
70174 Stuttgart
r.nowotzin@klinikum-stuttgart.de

Dr. med. Andreas Oberle
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62
70174 Stuttgart
a.oberle@klinikum-stuttgart.de

Literaturangaben unter:



Arme Kinder – Bildungsvernachlässigung und fehlende Chancengleichheit

Ulrich Fegeler

In Deutschland verlassen jährlich ca. 6% der Kinder eines Geburtsjahrganges (ca. 40.000) die Schule ohne Hauptschulabschluss. Rechnet man die Kinder und Jugendlichen hinzu, die nach 4 oder 6 Jahren Hauptschule auf weiterführende Schulen wechseln, dort aber ebenfalls ohne Abschluss die Schule verlassen, addiert sich noch einmal die gleiche Zahl. Diese ca. 70.000–80.000 Kinder und Jugendlichen stammen überwiegend aus armen bzw. bildungsfernen Familien und Familien mit Migrationshintergrund, sie addieren sich zu den entsprechenden Kindern und Jugendlichen aus den Vorjahren und laufen Gefahr, den Staffelstab von vor allem Armut, Bildungsferne, schlechter Gesundheit und schlechter Sozialprognose an ihre Nachkommenschaft weiterzureichen. Die Ursache des Schulversagens dürfte überwiegend in einer unzureichenden innerfamiliären Stimulation der frühkindlichen Entwicklung der kindlichen Grundkompetenzen (Kommunikation, Sozialverhalten, Motorik, Kognition) liegen. Das müsste nicht sein, wenn seitens der Gesellschaft in den Lebenswelten der benachteiligten Familien und Kinder ausreichende und verlässliche Strukturen geschaffen würden, die eine frühzeitige kompensatorische Förderung der Kinder unter Einbezug der Familien gewährleisten und dabei die vielfältigen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der Familien (u. U. in ihren kulturellen Kontexten) berücksichtigen und organisieren. Die Gesellschaft nimmt sich erst zögernd dieses Problems an bzw. tut noch viel zu wenig und dieses noch zu unstrukturiert, um die ohne eigenes Zutun in Armut geborenen Kinder ihrem fast unausweichlichen Schicksal zu überlassen. Sie betreibt de facto Bildungsvernachlässigung.

LEBENS-LAGE

In Deutschland gelten nach einer Analyse des 4. Reichtums- und Armutsberichtes 14%–15% der Bevölkerung als arm, wobei hier überwiegend die Ein-Eltern-Haushalte betroffen sind und dabei wiederum die Haushalte mit alleinerziehenden Müttern. Die Zahl der in Armut lebenden Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahre wird mit zwischen 15% und 20% angegeben und auf etwa 2 bis 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche geschätzt. Den höchsten Anteil an Kindern und Jugendlichen

in Armutsfamilien hat Berlin (33,6%), den geringsten Bayern (6,8%). Betrachtet man die typischen Herkunftsmerkmale von Kindern, deren Familien Transferbezüge nach SGB II (= Hartz IV) erhalten, dominieren die Merkmale „niedriger Bildungshintergrund“ (64,7%), „nur bei der Mutter aufgewachsen“ (60,4%) und „Migrationshintergrund“ (40,4%). Zusammenfassend kann gefolgert werden, dass Kinder, die in Armut leben, überwiegend aus bildungsfernen Singlehaushalten kommen und häufig einen Migrationshintergrund haben.

DEFINITION

Eine sehr häufig angewandte und gut operationalisierbare Definition (OECD) beschreibt als arm Personen oder Haushalte, denen weniger als 50 bzw. 60 Prozent des Durchschnitts-Nettoeinkommens eines Landes zur Verfügung stehen; eine andere bestimmt Familien, Lebensgemeinschaften oder Personen als arm, wenn eine Inanspruchnahme von Mindestsicherungsleistungen, z. B. Leistungen nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II = Hartz-IV-Bezug) besteht.

Ein in gesellschaftsbezogenen Analysen häufig benutztes Werkzeug ist der so genannte sozio-ökonomische Status (SES). Er umfasst neben dem materiellen Einkommen/Vermögen den Bildungsgrad und einige Aspekte der kulturellen Teilhabe und ermöglicht eine schichtenbezogene gesellschaftliche Positionierung der untersuchten Personen oder Haushalte.

Sozioökonomischer Status

Niedriger SES (untere Gesellschaftsschicht)

- in der Regel: Einkommensarmut (Transferleistungen)
- sehr häufig: Bildungsferne (niederrangige bis keine Schul-/Berufsausbildungsabschlüsse)

Mittlerer bis hoher SES (mittlere bis obere gesellschaftliche Schicht)

- in der Regel: mittlere bis gute Einkommen
- meist: Bildungsnähe (mittlere bis gute/hohe Schul-/Berufsausbildungsabschlüsse)

ARMUT – ERWACHSENE

Armut ist für junge Erwachsene mit einer ungünstigen gesundheitlichen und beruflichen/sozialen Prognose verbunden. So sind die sozial Benachteiligten z. B. häufiger krankhaft übergewichtig, leiden öfter unter Typ-2-Diabetes und chronischer Bronchitis, treiben seltener Sport und rauchen mehr. Sie haben eine entsprechend geringere Bildungsteilhabe, was wiederum rückwirkend ihre beruflichen Ausbildungs- und Entwicklungschancen und sozialen Absicherungen verschlechtert. Zudem bestehen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus Armutsfamilien u. a. stärkere Bezüge zu „gesellschaftlich deviantem“ Verhalten. Auf dem „Kongress Armut und Gesundheit“ wurde im Jahre 2014 festgehalten, dass Armut die Lebenserwartung im Mittel um 11 Jahre verkürzt.

ARMUT – KINDER/JUGENDLICHE

Auch für Kinder und Jugendliche bestehen unmittelbare Bezüge zwischen körperlicher Gesundheit und dem Aufwachen unter Armutbedingungen: So sind Kinder und Jugendliche häufiger krank, nehmen häufiger Schmerzmittel und andere Medikamente, haben einen deutlich schlechteren Zahnstatus, nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil (insbesondere Kinder aus Migrantenfamilien), neigen häufiger zu riskantem Verhalten und haben häufiger Unfälle, ernähren sich ungesünder und sind häufiger übergewichtig. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES sind insgesamt unzufriedener mit ihrem Leben.

NEUE MORBIDITÄT

Ganz entscheidend betroffen durch die Armut- und Bildungslage der Familie ist aber die frühkindliche Entwicklung von Kindern. Es ist das unbestrittene Verdienst der KIGGS-Studie, in einer für den deutschsprachigen Raum einmaligen Querschnittsuntersuchung den negativen Einfluss von niedrigem familiären SES auf die frühkindliche Entwicklungsstimulation der kindlichen Kernkompetenzen dargestellt zu haben. In der von 2003 bis 2006 durchgeführten Basiserhebung konnte festgestellt werden, dass die Entfaltung wichtiger Grundfähigkeiten wie Sprachentwicklung, Wahrnehmung und die psychointellektuelle Entwicklung bei Kindern aus Familien mit niedrigem SES doppelt, teilweise mehrfach so häufig gestört waren wie bei Kindern aus der mittleren bzw. höheren sozialen Schicht. Eine gleiche Schichtenabhängigkeit fand sich bei psychischen Auffälligkeiten und Störungsbildern des Sozialverhaltens. So lag die Rate der Verdachtsfälle für AD(H)S bei Kindern aus Familien mit niedrigem SES (L-SES-F-Ch) fast 3-mal höher als bei Kindern aus Familien mit hohem SES (H-SES-F-Ch). Vor allen Dingen die erheblich gestörte vorschulische Entwicklung der Grundkompetenzen macht Sorgen, denn sie schlägt sich bei den Schuleingangsuntersuchungen nieder. So zeigt eine große Übersichtsstudie zu den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung in Mülheim a. d. Ruhr aus den Jahren 2009 bis 2013, dass L-SES-F-Ch in den Bereichen Deutschfähigkeit, Zahlen zählen, Visuomotorik¹ und Aufmerksamkeit/Konzentration wenigstens doppelt so häufig Störungen aufwiesen wie H-SES-F-Ch. Die Visuomotorik spielt eine große Rolle beim Erwerb des Schreibens. Auffällig in der NRW-Studie waren auch die gleichen Bezüge zur motorischen Körperkoordination wie auch zur Gewichtsentwicklung. Konzentrationsstörungen, Störungen der kognitiven, intellektuellen und sprachlichen Entwicklung, Störungen der Körperkoordination wie auch der psychischen Entwicklung und des Sozialverhaltens und nicht zuletzt verhaltensabhängige somatische Folgen (Adipositas) fassen wir heute als „Neue Morbidität“ zusammen.

Neue Morbidität

Auffälligkeiten und Störungen

- der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung

- im Sinne von Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychischen Problemen/Somatisierungen
- im Sinne von verhaltensabhängigen körperlichen Störungen (z. B. Adipositas)
- im Sinne von chronischen Erkrankungen verschiedener Art

Neu an dieser Morbidität sind allerdings nicht die entsprechend subsummierten Erkrankungsentitäten, sondern die „neue“ Häufung und der extreme Schichtenbezug ihres Auftretens. Da Kompetenzdefekte im Rahmen der neuen Morbidität nicht angeboren oder unausweichlich sind, sondern auf mangelhafter Entwicklungsstimulation in der Familie und damit einem Fundament der Gesellschaft beruhen, nennen wir sie „soziogen“. Lediglich die chronischen Erkrankungen weisen keine Schichtenbezogenheit auf.

SOZIOGENE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN – URSACHEN

Das häufige Auftreten von frühen Entwicklungsstörungen, psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei L-SES-F-Kindern ist sicher nicht zufällig, sondern oftmals Ausdruck einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion mit der Folge einer offenbar mangelhaften Anregung und Stimulation der angeborenen kindlichen Entfaltungspotenziale. Offenbar werden die kindlichen Grundbedürfnisse wie Bindung (Erfahrung von Sicherheit und liebevoller Zuwendung, von Nähe und Verlässlichkeit; Orientierung an Regeln und Strukturen u. a.), Autonomie (Raum für Eigenaktivität, für Neugierverhalten und selbstbestimmtes exploratives Spiel) und Kompetenz (Möglichkeit zu individuell zugeschnittenen und entwicklungsgerechten Erfahrungen; Erwerb von Selbstwert und eigenen Fähigkeiten durch Erfolgserlebnisse) nicht ausreichend erfüllt (Schlack, 2015). Es besteht keine adäquate elterliche „Responsivität“ (Schlack), die in der interaktiven Kommunikation mit dem Kind und dem feinfühligem Aufgreifen der kindlichen Bedürfnisse die jeweiligen Kompetenzentwicklungen stimuliert. Die Ursache für eine solche fehlende oder nur mangelhaft angelegte Responsivität könnte in einer larvierten Depression der Eltern/Mütter, hervorgerufen durch den ständigen Kampf um die ökonomische Grundsicherung der Familie, eine entmutigende Zukunft ohne Aussicht auf Besserung und eine geringe – wenn überhaupt vorhandene – kulturelle Teilhabe liegen. Hinzu kommt eine – aufgrund der häufig mit der bedrückenden ökonomischen Situation der Familie gepaarten Bildungsferne der Eltern/Mütter – anzunehmende geringe Ausbildung der selbstreflexiven Fähigkeit zur Beurteilung des eigenen Mütter- bzw. Elternverhältnisses zum Kind. Hierdurch werden die eigentlichen Stimulationsbedarfe des Kindes nicht ausreichend erkannt, darüber hinaus wird das Kind noch möglicherweise in den eigenen – medialen – Ablenkungseskarpismus miteinbezogen. Inwieweit die Summation des Fehlens elterlicher/mütterlicher oder anderer hemmender familiärer Einwirkfaktoren gar zu epigenetischen Veränderungen mit der konsekutiven Festschreibung gestörter Kompetenzentwicklungen führen kann, wird (noch) eher theoretisch diskutiert.

¹ Visuomotorik ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat. Sie ist Teil der Sensomotorik und umfasst unter anderem die Auge-Hand-Koordination (auch Hand-Auge-Koordination). Quelle Wikipedia. Zugriff am 2.12.2015

Die mangelhafte Stimulation der Kinder aus Familien mit niedrigem SES (L-SES-F) lässt sich mittlerweile in vielen Studien erkennen. So bekamen beispielsweise L-SES-F-Kinder im Jahre 2012 in 64% der Fälle nur einmal pro Woche vorgelesen im Vergleich zu 45% der Kinder aus Familien mit hohem SES (H-SES-F). Bei den letzteren wurde aber in 65% mehrmals wöchentlich vorgelesen im Vergleich zu 36% der Kinder aus L-SES-F. Außerhäusliche Aktivitäten wie Ausflüge, Schwimmen, Kinderbesuchen etc. wurden teilweise um ein Mehrfaches häufiger von Kindern aus H-SES-F wahrgenommen als von Kindern aus L-SES-F. Bereits 2002 sprach Schlack von einer zunehmenden „edukatorischen Insuffizienz“ der Eltern.

SOZIOGENE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN – FOLGEN

Die mangelhafte Stimulation der Grundkompetenzen von Kindern aus S-SES-F in den frühen Kindheitsjahren schlägt sich auch in den jährlichen Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen nieder. Insbesondere die Sprachkompetenz und der intellektuelle Anregungsgrad zeigen hier bundesweit die gleiche negative Schichtenabhängigkeit, wie sie auch in der KIGGS-Studie zum Ausdruck kommt. Der Entfaltungs- bzw. Stimulationsgrad solcher frühkindlichen Kompetenzen bestimmen aber im Wesentlichen den Bildungserfolg der Kinder und sind deshalb geeignet, bereits zum Schuleingangszeitpunkt Aussagen über den mutmaßlichen Schul- bzw. Bildungserfolg zu machen, sie sind mithin Indikatoren der frühen Chancenungleichheit von L-SES-F-Ch. Solch frühkindlich angelegte Bildungsdisparitäten verschärfen sich im weiteren Schul- und Bildungsverlauf und vertiefen die soziale Kluft der Kinder drastisch. Im Alter zwischen 12 und 15 Jahren besuchten Kinder aus gehobenen und hohen SES-Familien zu 67% bis 82% das Gymnasium im Unterschied zu knapp 10% aus dem unteren SES-Bereich. Ein beinahe umgekehrtes Verhältnis findet sich auf den Hauptschulen. Studierende an Fachhochschulen oder Universitäten haben zu über 80% einen H-SES-F-Hintergrund und stammen nur zu knapp 10% aus L-SES-Familien.

Bezogen auf die spätere Erwerbstätigkeit und Erwerbssicherheit spielen Bildungsabschlüsse eine extrem große Rolle. Deutschlandweit waren im Jahr 2011 lediglich 2,5% der Erwerbsbevölkerung mit einem hohen Bildungsstand arbeitslos (Bildungsstand nach der Klassifikation ISCED – International Standard Classification of Education). Bei der Erwerbsbevölkerung mit einem mittleren Bildungsstand waren es im selben Jahr 5,8%. Die Arbeitslosenquote der Erwerbsbevölkerung mit niedrigem Bildungsstand lag hingegen bei 13,3%. Eine besonders benachteiligte Gruppe stellen in diesem Zusammenhang die Schulabbrecher dar: Die Schulabbrecherquote der an den Hauptschulen verbleibenden Schüler liegt konstant bei etwa 6% eines Altersjahrganges (mithin ca. 40.000 Schüler) pro Jahr mit einem hohen Anteil von Kindern aus Migrationsfamilien und Familien mit niedrigem SES. Eine fast gleich große Zahl muss hinzuaddiert werden, wenn die Schulabbrecher auch der Sekundarstufen einbezogen werden. Diese Jugendlichen sind so gut wie nicht in eine Ausbildungsstelle vermittelbar. Allgemein neigen arbeitslose Jugendliche stärker zu kriminellen Verhalten: in einer Hannoveraner Studie

waren von den Angeklagten, die nicht mehr die Schule besuchen, im Jahr 1990 zur Tatzeit 38,2% arbeitslos. Diese Quote erhöhte sich bis 1996 auf 60,4% und dürfte heute noch höher liegen.

Die Zahlen der Inanspruchnahmen von familientherapeutischen Beratungen und Familienhilfe sind in den Jahren 1991 bis 2006 bei L-SES-F um 80% gestiegen und liegen seitdem auf stagnierend hohem Niveau. Gleichzeitig stieg die Zahl der Inobhutnahmen drastisch. In einem durch das Land NRW in Auftrag gegebenen Gutachten zur sozialen Prävention errechneten die Autoren, dass allein in NRW die Kosten der so genannten Jugendbilanz von 2007 bis 2009 jährlich um 100 Millionen Euro auf zuletzt 2,47 Mrd. Euro angewachsen waren. In die Jugendbilanz gehen u. a. die Kosten für Inobhutnahmen sowie die stationären Hilfen zur Erziehung (tertiäre Prävention) von Jugendlichen ein, dazu die Kosten für den Maßregelvollzug arrestierter Jugendlicher. Einen großen Kostenanteil der Jugendbilanz machen die Maßnahmen zur Herstellung der Ausbildungsfähigkeit wie berufsvorbereitende Maßnahmen usw. für Schulabbrecher aus. Die Stiftung Lesen schätzt, dass bundesweit allein für den Wiedereingliederungsbereich in schulische oder berufliche Ausbildungen jährlich mehr als 4 Mrd. Euro aufgewandt werden.

Zusammenfassend kann gefolgert werden, dass frühkindliche soziogene, durch – in der Regel familiäre – mangelhafte Entwicklungsstimulation hervorgerufene Kompetenzdefekte (Kognition, Sozialverhalten, Kommunikation) zu späteren Bildungs-, Erwerbs- und Sozialnachteilen führen. Werden die Eltern in ihrer sozialen Hilflosigkeit und ihrem erzieherischen Unvermögen allein gelassen, wird dadurch der Staffelstab von Armut, Bildungsferne, Erwerbsunsicherheit und -losigkeit und der fast zwangsläufigen Abhängigkeit von Sozialtransfers von den Herkunftsfamilien an die Nachfolgeneration weitergereicht.

SOZIOGENE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN UND DER „THERAPEUTISCHE“ REFLEX

Soziogene Entwicklungsstörungen werden in der Regel in den Früherkennungsuntersuchungen erkannt. Ein u. a. hierfür typischer Indikator sind die dort erkennbaren Störungen der Sprachentwicklung.

Auch wenn nicht alle Sprachentwicklungsauffälligkeiten auf eine familiäre mangelhafte Sprachentwicklungsstimulation zurückzuführen sind und es sich auch nicht immer um Sprachentwicklungsstörungen, sondern um Störungen der Artikulation handelt, ist der laut BEK-Arztreport ermittelte Diagnoseanteil von „Störungen der Sprachentwicklung“ bei 38% der Jungen und 30% der Mädchen im Alter von 5 Jahren extrem auffällig, mehr als 20% der Jungen und knapp 15% der Mädchen erhalten eine logopädische Behandlung. Nach Bode liegt der zu erwartende Anteil von Spracherwerbsstörungen bei ca. 10% (bis maximal 15%). Zieht man die Statistik der AOK heran, erhielten im Jahre 2013 sogar 25% der Jungen und knapp 17% der Mädchen Logopädie. Seit 2006 bedeutet dies bei den Jungen einen Anstieg um knapp 20%. Schaut man sich

aber z. B. die Zeitreihe der Daten zur Sprachentwicklung der Schuleingangsuntersuchung in Berlin für die Jahre 2005 bis 2012 an, fällt auf, dass der Anteil der sprachunauffälligen Kinder konstant bei ca. 75% liegt und keine Verbesserung durch die in diesem Zeitraum durchgeführten Fördermaßnahmen erkennbar wird. Z. B. fallen im Item „Sätze nachsprechen“, in dem eine komplexe Sprachleistung abgeprüft wird (auditive Wahrnehmung, Satzverständnis, grammatikalisch korrekte Wiedergabe), konstant schlechte Ergebnisse an, es hat keinerlei Verbesserung gegeben. Offenbar haben die zeitgleich zahlreich stattgehabten Sprachheiltherapien keine messbare Verbesserung der Sprachkompetenz bewirkt. Anzumerken ist zudem, dass es sich bei der angeführten Berliner-ESU-Statistik um eine Mitteilung über alle Berliner Stadtbezirke handelt. In einzelnen sozialen Brennpunktbezirken liegen die nicht ausreichend entfalteten Sprachkompetenzen sehr viel höher.

Da Heilmittelverordnungen, u. a. Logopädie- oder Ergotherapieverordnung, ärztlich verschrieben werden, bleibt die Frage, warum z. B. Logotherapien in den letzten 10 Jahren zu 20% mehr verordnet wurden mit weiter ansteigender Tendenz, ohne dass zumindest in den ESU für den gleichen Zeitraum in gleichem Maße Verbesserungen der Sprachentwicklung erkennbar waren. Die Antwort liegt im therapeutischen Reflex der behandelnden Kinder- und Jugendärzte. Da Sprachentwicklungsstörungen unabhängig von ihrer häufig soziogenen Genese mit der Erstellung einer entsprechenden Diagnose zu einer medizinischen Entität bzw. zu einem medizinischen Problem werden (Pathologisierung), besteht in der Logik des Medizinsystems die entsprechende Problemlösung in der Gabe eines Medikaments (Medikalisierung), in diesem Falle eines Heilmittels. Zudem erkennen viele Kinder- und Jugendärzte durchaus den Zusammenhang von einer z. B. schlechten Sprachstimulation eines Kindes und einer entsprechend anregungsarmen Familie und wissen auch um die schulischen Auswirkungen und Bildungseffekte einer mangelhaften Sprachkompetenz, kennen aber keine kompetente außerfamiliäre Förder-/Anregungsinstitution, die kompensatorisch die familiären Defizite ausgleichen könnte. So kommt es zum Griff zum Verordnungsblock, um wenigstens im Medizinsystem über die Sprachheiltherapie eine Stimulation zu versuchen. Der Kinder- und Jugendarzt steht im Dilemma zwischen Nichts-Tun und dem Prinzip Hoffnung. Grundsätzlich wird durch diesen Mechanismus ein anregungspädagogisches Versäumnis zu seiner Lösung in das Medizinsystem alloziert, es resultiert die Medikalisierung eines soziogenen Störungsbildes. Dieses Pathologisierungs- und Medikalisierungssystem hat bereits soweit um sich gegriffen, dass auch ErzieherInnen und LehrerInnen – mithin: das Pädagogik-System – auf Therapieverordnungen drängen, wenn z. B. verhaltens-, aufmerksamkeits- oder sprachauffällige Kinder die Grenzen ihrer pädagogischen (Förder-)Fähigkeiten übersteigen. Unabhängig von den Inhalten der jeweiligen Therapien werden die Kinder für einen kurzen Zeitraum des Tages gefördert/angeregt, anschließend persistiert die oft bedrückende, wenig anregende familiäre Situation. Dies ist ein wesentlicher Schwachpunkt des „medikalistischen“ Ansatzes zur Behandlung soziogener Entwicklungsstörungen.

WAS TUN?

Die wohl bedeutendste Untersuchung über die enormen und nachhaltigen Effekte außerfamiliärer frühkindlicher Entwicklungsstimulation stammt aus den USA und wurde in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts begonnen. Sie verfolgt die Lebensläufe von früh geförderten Kindern im Vergleich zu nicht-geförderten bis zum heutigen Tage. In einer „Zwischenbilanz“ 40 Jahre nach Beginn der Studie konnte festgehalten werden, dass die Fördergruppe in allen Items der Nicht-Fördergruppe überlegen war: angefangen von der Stabilität der Ehen, der Kinderzahl über weniger Kriminalität, Drogenkonsum und Gewalt bis hin zu signifikant höheren Steuereinnahmen. Ein in das Förderprogramm investierter Dollar erbrachte den 17-fachen „return-on-investment“: 14 Dollar für die Gesellschaft und 3 Dollar für den Geförderten. Es erscheint also sinnvoll, Kinder aus L-SES-F außerhalb ihrer Familien in geeigneten Strukturen zu fördern. Die wohl wichtigste gegenwärtige Struktur in Deutschland sind hierbei die Kindertageseinrichtungen. Die jährlichen Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass in Abhängigkeit von der Dauer ihrer Betreuungsjahre die kindlichen Kompetenzen zunehmend entfaltet werden. Aber: Die kompensatorische Verortung der frühen Entwicklungsstimulation von L-SES-F-Kindern allein in Krippe oder Kita übergeht die Tatsache, dass der Einfluss der Familie auf die Kinder um ein Vielfaches höher bleibt als der anderer äußerer Faktoren und die Entwicklung der Kinder nach wie vor entscheidend determiniert. Dies gilt auch für die negativen Einflüsse der Familie. Hinzukommt, dass die mittlere spezifische Förderqualität der meisten deutschen Kindertageseinrichtungen im unteren Drittel der Qualitätsskala angesiedelt ist und nur etwa knapp 3% der Kitas eine gute bis sehr gute Förderqualität aufweisen. Sinnvoll erscheint es demnach, Strukturen zu entwickeln, durch die sowohl die schwachen SES-Familien selbst Hilfen erfahren als auch ihre Kinder Förderung und Stimulation erhalten können. Die mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes zum 1.1.2012 gesetzlich verankerte Struktur der Frühen Hilfen (FH), die dem eigenen Selbstverständnis nach „lokale und regionale Unterstützungssysteme [bilden] mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen“, kommt einer solchen Überlegung entgegen, ist aber in vielen Großstädten Deutschlands bisher nur marginal wahrgenommen worden. Das mag zum einen an der fehlenden „Sichtbarkeit“ der FH in den Lebensbereichen liegen, die zu einem von den Familien selbstbestimmten, niederschwellig angebotenen Kontakt einlädt. Zum andern spielt sicher eine Rolle, dass Fördermaßnahmen in der Regel von den Eltern selber über das Jugendamt beantragt werden müssen. Dies ist insofern lebensfern, als L-SES-Eltern die eigene Situation in ihrer komplexen Auswirkung auf ihre Kinder kaum wahrnehmen und darüber hinaus der Gang zum Jugendamt in vielen Ballungszentren ein „No-go“ darstellt, also sicher nicht niederschwellig ist. Und zum Dritten müssten die FH strukturiert an „Aufgreif- oder Erkennungssysteme“ gebunden werden, die die soziale Situation der Familien und die Förderbedürftigkeit der Kinder erkennen und das FH-System gezielt adressieren kön-

nen (Kinder- und Jugendärzte; Gynäkologen; Geburtskliniken). Hierzu gibt es mancherorts Ansätze, aber keine verbindlichen, bundeseinheitlichen Strukturen.

Eine Möglichkeit, in fast idealer Weise ein strukturiertes Angebot sozialer, edukatorischer und gesundheitlicher Hilfen für die Familien zusammen mit einer qualifizierten Kindertagesbetreuung anbieten könnte, ist die Konzeption der Familienzentren. Kern solcher Institutionen sind Kindertageseinrichtungen, die neben der allgemeinpädagogischen ErzieherInnenkompetenz spezifische Förderkompetenzen für Kinder und Familien aufweisen bzw. zu organisieren in der Lage sind. Unter dem gleichen Dach befinden sich Einrichtungen der sozialen Hilfesysteme, die hier niederschwellig (Müttercafés) den Familien mit ihren Angeboten entgegenkommen und nicht in distanzierenden Behördenkomplexen untergebracht sind. Gleichzeitig könnten in Familienzentren medizinische Spezialambulanzen wie z. B. SPZs, aber auch Einrichtungen des ÖGD untergebracht sein. Auf diese Weise wären kurze Dienst- bzw. Versorgungswege zwischen den Hilfeanbietern gewährleistet. Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, aber auch andere niederschwellig erreichbare medizinische Strukturen wie Geburtshilfekliniken oder Gynäkologen könnten als wichtige Player in den Sozialräumen im Sinne von „Erkennungsinstitutionen“ fungieren und eng mit allen Einrichtungen des Familienzentrums kooperieren. Familienzentren würden zusätzlich zu ihren bisherigen Aufgaben der direkten Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern im Dialog mit den Familien und unter Mithilfe signifikanter Akteure des Sozialraums die Verantwortung für das einzelne Kind und sein Aufwachsen neu leben. All dies erfordert aber ein „Neues Denken“ für die Aufgabenstellung und Strukturierung der Hilfesysteme, insbesondere aber ein „weg“ von jeglicher professionszentristischer Betrachtung der Lösungswege. Bei einem solchen Ansatz laufen die das Kind und seine Familie unterstützenden Systeme nicht mehr abgeschottet nebeneinander her. Gemeinsam und vernetzt mit anderen Institutionen unterstützen sie Kinder und Familien unter Beachtung der individuellen Lebens- und Erfahrungsräume. Ein solcher Ansatz bedarf jedoch eines qualitativ veränderten Selbstverständnisses der Unterstützungssysteme sowie systematischer Umsetzungsversuche im lokalen Rahmen (weiteres hierzu unter www.deutsches-kinderbulletin.de), wobei die unterschiedlichen regionalen Verhältnisse (z. B. Stadt oder Land) auch unterschiedlich konfigurierte Strukturen erfordern. Der Grundsatz, dass die unterschiedlichen Hilfesysteme in einer strukturierten, erkennbaren und niederschweligen Kooperationsform zusammenwirken, muss aber erhalten bleiben.

FAZIT

Die „Behandlung“ frühkindlicher soziogener Kompetenzdefekte ist keine medizinische, sondern eine gesellschaftliche Pflicht und Aufgabe. Anregungsarme Familien und ihre Kinder benötigen von Anfang an Hilfen, die sowohl bei den sozialen Bedrängnissen der Familie Unterstützung geben als auch die erforderlichen Entwicklungsstimulationen der Kinder gewährleisten. Die Dringlichkeit solcher Hilfen, ja geradezu die Ver-

pflichtung ihrer Bereitstellung erschließt sich umso mehr, als den betroffenen Kindern ihr gesetzlich verbrieftes Recht auf die „Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ vorenthalten wird (SGB VIII § 1). Kinder können nichts für ihr Geborenwerden in eine kulturell/ökonomisch benachteiligte familiäre Einbettung. Das gegenwärtige, versäulte gesundheitliche und soziale Hilfesystem, die Kindertagesstätten und Schulen vermögen es derzeit zu wenig, aus der Herkunft des Kindes resultierende frühe Stimulations- und Entwicklungsdefizite auszugleichen. Den benachteiligten Kindern und Jugendlichen fehlen daher die ihnen zustehenden Entwicklungschancen. Damit ist ihr Grundrecht auf bestmögliche Erziehung und Bildung, zu dem sich die Bundesrepublik durch die Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet hat, nicht gewährleistet. Im Prinzip vernachlässigt die bundesrepublikanische Gesellschaft damit einen großen Teil ihrer Kinder und verschleudert ihre Talente. Sie betreibt Bildungsvernachlässigung.

Eine wichtige primärpräventive Aufgabe von uns Kinder- und Jugendärzten ist es, im Sinne eines anwaltlichen Auftretens (Advocacy) überall und bei jeder Gelegenheit für ein psychosozial gesundes Aufwachsen und eine gesellschaftlichen Chancengleichheit aller Kinder unsere reiche bundesrepublikanische Gesellschaft auf die Bildungsvernachlässigung eines Teils ihrer Kinder hinzuweisen. Es gibt bereits Ansätze und gute Modelle, sie müssen nur konsequent und praxistauglich umgesetzt werden. Kinder- und Jugendärzte als wichtige Ansprechpartner in den Lebenswelten der Familien und ihrer Kinder tragen gerne mit ihren spezifischen Erfahrungen und Kompetenzen zur Gestaltung bei.

■ *Dr. med. Ulrich Fegeler*
Pichelsdorfer Str. 61
13595 Berlin
ul.fe@t-online.de

Literaturangaben unter:



(Cyber-)Mobbing – Verständnis und Umgang in der kinder- und jugend- ärztlichen Praxis*

Nina Spröber
Miriam Rassenhofer
Andreas Oberle
Jörg M. Fegert

Jeder niedergelassene Kinder – und Jugendarzt kennt folgende Situationen: Ein Kind wird mit einer Prellung vorgestellt, die Eltern berichten, dass es schon häufiger von einem älteren Mitschüler auf dem Schulweg geschlagen und bedroht wurde; ein Jugendlicher konsultiert wiederholt den Kinder- und Jugendarzt aufgrund von Schlafschwierigkeiten und Bauchschmerzen, hat viele Fehlzeiten in der Schule. Erst nach wiederholtem Nachfragen nach Belastungen schildert er, dass im Internet eine Seite über ihn kursieren würde, in der er verunglimpft und beschimpft würde, er wolle am liebsten das Haus nicht mehr verlassen. In beiden Fällen ist es natürlich wichtig, dass der Kinder- und Jugendarzt die somatischen Beschwerden abklärt und behandelt, aber den Kindern/Jugendlichen und deren Bezugspersonen auch Hilfestellungen gibt, was sie gegen das zugrunde liegende Mobbing oder Cybermobbing und die damit verbundenen vielfältigen Folgen unternehmen können.

Für eine gelingende psychosoziale Entwicklung ist es notwendig, dass Kinder und Jugendliche in der Interaktion mit Gleichaltrigen auch in Konflikte involviert werden und so die Möglichkeit haben – altersabhängig – ihre Problemlösefertigkeiten (z. B. Wahrnehmung der Situation, Perspektivenübernahme, Antizipation von Lösungen, Zeigen von selbstsicherem Verhalten, Bewerten der Lösungen) zu trainieren, zu modifizieren und zu festigen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Konfliktparteien ähnlich „stark“ und zeitnahe Lösungen auch möglich sind. Bei Mobbing und Cybermobbing handelt es sich jedoch im Gegensatz zu entwicklungsfördernden Konflikten um wiederholte, zielgerichtete, langandauernde Aggressionen (verbal/nonverbal, direkt/indirekt), bei denen ein physisches oder psychisches Ungleichgewicht (z. B. das/die Opfer haben keine Freunde, ist/sind emotional labil) zwischen Täter und Opfer, bzw. der Gruppe der Täter / der Gruppe der Opfer besteht. Dieses Machtungleichgewicht kann bei Cybermobbing sogar noch stärker empfunden werden, da die digitalen Medien es den Tätern ermöglichen, anonym zu bleiben. „Das Netz vergisst nichts“, ist ein häufig gehörter Satz; Inhalte können in den Medien gespeichert, wiederholt aufgerufen und an ein sehr breites Publikum verbreitet werden. Folglich können auch eigentlich einmalige aggressive Handlungen zu Cybermobbing gezählt werden, wenn die Inhalte durch die Medien immer wieder aufgerufen werden können (z. B. eine Gruppe Jugendlicher filmt, wie sie einen anderen Jugendlichen demütigen und verbreitet dies im Netz). Typischerweise schikanieren jüngere Kinder andere vor allem direkt und körperlich (z. B. schlagen, Sachbeschädigung), mit zunehmendem Alter nehmen subtilere Formen (z. B. sozialer Ausschluss, Gerüchte werden erzählt) zu. Cybermobbing – hier liegt der Auftretensgipfel im Jugendalter – kann in unterschiedlichen Formen auftreten: Flaming (heftige Auseinandersetzungen mit bedrohlichem Inhalt über E-Mails, Instant Messaging (IM), in Chatrooms), Belästigung, Cyberstalking, Verunglimpfung, betrügerisches Auftreten, Verrat, Ausschluss (nach Willard, 2007; vgl. auch Petermann und Nadoli, 2013).

Mobbing und Cybermobbing stellen häufige Probleme an deutschen Schulen dar: Ca. 5 bis 9% der Schüler schikanieren andere regelmäßig, 5 bis 11% schätzen sich als „andauernde Opfer“, 2 bis 3% als Täter-Opfer ein (Scheithauer, 2006). Bei den Täter-Opfern handelt es sich um Jungen und Mädchen, die sowohl andere schikanieren wie auch von anderen schikaniert werden. In einer neueren Studie zum Vorkommen von Cybermobbing in Deutschland (Porsch & Pieschl, 2014) wurden 6% als Cyberopfer, 8% als Cyber Täter identifiziert. International liegt das Vorkommen von Mobbing über dem Vorkommen von Cybermobbing, wobei die Gruppen der Täter/Opfer/Täter-Opfer in der realen und in der virtuellen Welt sich teilweise überlappen. Die Prävalenzzahlen unterscheiden sich international und je nach Studie in Abhängigkeit von den Erhebungsmethoden für die Thematik, dem betrachteten Zeitraum und dem Antwortformat. Allgemein hat das Vorkommen von Mobbing und Cybermobbing in den vergangenen Jahren nicht zugenommen. Bei Mobbing und Cybermobbing handelt es sich um ein Gruppengeschehen, in der überwiegenden Anzahl der Mobbing-/Cybermobbingfälle sind Mitschüler (real oder virtuell) anwe-



* Der Artikel erschien in ähnlicher Form auch unter www.kompetenzzentrum-schulpsychologie-bw.de/Lde/Startseite/Schulpsychologie+BW/Infobrief+Schulpsychologie+15_1_+Mobbing+und+Bullying+in+der+Schule

send und beeinflussen bewusst oder unbewusst – als Beobachter/Außenstehende, Helfer/Verstärker der Täter, Verteidiger des Opfers – das Auftreten der Schikanen (Salmivalli et al., 2010).

Viele Studien haben sich mit dem Zusammenhang zwischen Mobbing und Cybermobbing sowie psychischen Störungen – sowohl als Ursache wie auch als Folge von Mobbing und Cybermobbing – beschäftigt.

Die Ergebnisse der Studien weisen darauf hin, dass das Vorliegen bestimmter Eigenschaften oder Verhaltensweisen/-stile das Auftreten von Mobbing begünstigt: Kinder/Jugendliche, die sich schüchtern, unsicher verhalten, rasch emotional reagieren und die Schwierigkeiten haben, emotionale und soziale Situationen adäquat zu verstehen, haben ein höheres Risiko, Opfer von Mobbing zu werden. Täter-Opfer tendieren dazu, verstärkt aggressive Verhaltensweisen zu zeigen, sich schnell zu ärgern und werden im familiären Rahmen häufig von ihren Geschwistern schikaniert (Wolke et al., 2012). Ähnliche Risikofaktoren konnten für das Auftreten von Cybermobbing identifiziert werden. Spezifisch im Zusammenhang mit Cybermobbing steht eine kritische Nutzung der digitalen Medien (z. B. rasche Weitergabe vertraulicher Informationen, unbedachtes Einstellen intimer Fotos).

Neuere Studien konnten zeigen, dass Mobbing und Cybermobbing – ganz unabhängig von Vorbedingungen – psychische Belastungen und Störungen verursachen kann. Methodisch am aussagekräftigsten zur Überprüfung dieses direkten Zusammenhangs zwischen Mobbing/Cybermobbing und psychischen Erkrankungen sind prospektiv angelegte Langzeitstudien wie die Great Smokey Mountain Studie (Wolke, Copland, Angold & Costello, 2013), die an dieser Stelle exemplarisch dargestellt werden soll. In dieser Studie wurden im Jahre 1994 n = 1.420 Kinder und Jugendliche (49% weiblich) und deren Bezugspersonen zunächst im Alter von 9, 11 und 13 Jahren interviewt. Bis zum 16. Lebensjahr folgten jährliche Interviews, dann ab dem 19. Lebensjahr jedes zweite Jahr bis zum 26. Lebensjahr. Als Vorbedingungen wurden psychische Erkrankungen zum ersten Erhebungstermin und erschwerende Lebensumstände (geringer sozioökonomischer Status, Misshandlung/Missbrauch/Verwahrlosung, dysfunktionale und instabile familiäre Strukturen) berücksichtigt. Als Resultat der Langzeitstudie konnte gezeigt werden, dass das Vorkommen von Mobbing – egal in welcher Rolle – zu einer geringeren körperlichen und psychischen Gesundheit, zu finanziellen Einschränkungen sowie zu sozialen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten führt. Allerdings werden die Zusammenhänge für die Gruppe der Täter nicht mehr statistisch signifikant, wenn die Vorbedingungen in die Berechnungen einbezogen werden; für Opfer und Täter-Opfer hingegen beeinflusst Mobbing die Entwicklung unabhängig von den Vorbedingungen negativ. In anderen Studien konnten Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Mobbing/Cyberbullying sowie Depressionen, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten verdeutlicht werden. Die negativen Entwicklungen von Opfern und Täter-Opfern sind dann besonders ungünstig, wenn die Schikanen über einen langen Zeitraum, teilweise über viele Schuljahre andau-

ern, man spricht dann von sog. „chronischen“ Opfern, bzw. Täter-Opfern. Gelingt es einem Kind/ Jugendlichen die Schikanen nach kürzerer Zeit zu beenden, so entwickeln sich diese Kinder nicht wesentlich unterschiedlich von Kindern/Jugendlichen, die nicht viktimisiert werden.

Als Schutzfaktoren vor einer Chronifizierung und einer Ausbildung massiver psychischer Probleme haben sich positive Bewältigungsstrategien (z.B. sich nicht die Schuld an den Schikanen geben), soziale Unterstützung durch Freunde und ein familiärer Zusammenhalt gezeigt.

Verschiedene psychische Erkrankungen treten im Zusammenhang mit Mobbing/Cybermobbing häufig auf; zu denken ist hierbei vor allem an soziale und allgemeine Ängste, Depressionen, Somatisierungsstörungen und Belastungsreaktionen, im Falle der Opfer-Täter auch an Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. In der allgemeinen Psychotraumatologie wird Mobbing (in neuerer Zeit auch Cybermobbing) als „chronischer und kumulativer Stressfaktor“ benannt. Für den Erwachsenenbereich, bzw. im Zusammenhang mit der Arbeitswelt, wurde der Begriff des „Mobbing-Syndroms“ festgelegt. Die Folgen von Mobbing/Cybermobbing werden in verschiedene Stadien eingeteilt und bestimmten psychischen Erkrankungen zugeordnet:

Stadium 1 Akute Belastungsreaktion (ICD 10 F 43.0)

Stadium 2 „Kumulative“ traumatische Belastungsstörung (ICD 10 F 43.9)

Stadium 3 Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1)

Stadium 4 Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD 10 F 62.0)

Die Diagnostik und Behandlung dieser psychischen Erkrankungen erfolgt in der Psychotherapie durch ärztliche oder psychotherapeutische Fachpersonen.

Im Kindes- und Jugendlichenbereich lag bisher der Schwerpunkt der Interventionen bei Mobbing und Cybermobbing auf schulbasierten Ansätzen (z. B. Entwicklung einer School Policy, positives Klassenmanagement, Veränderung des Schulklimas, verstärkte Aufsicht, Festlegung von klaren Regeln und Konsequenzen). Im deutschsprachigen Raum liegen verschiedene schulbasierte Programme vor, die sowohl Präventions- wie auch Interventionsstrategien enthalten (z. B. Scheithauer & Bull, 2010; Schultze-Krumbholtz et al., 2012) und verschiedene Personengruppen – bei ProACT + E (Spröber, Schlottke & Hautzinger, 2008) auch die Eltern – aktiv einbeziehen.

In einzelnen Wirksamkeitsstudien wurden positive Veränderungen durch das Durchführen der Schulprogramme festgestellt: Eine Steigerung der sozialen Kompetenzen, des Selbstwertes und der Peerakzeptanz von Schülern, die Verbesserung des Wissens bei Lehrkräften über Mobbing/Cybermobbing und der Fertigkeiten, Maßnahmen zur Reduktion von Mobbing/Cybermobbing umzusetzen. Allerdings gelingt es weniger deutlich, die Beteiligung von Schülern an Mobbing/Cybermob-

bing in der einen oder anderen Rolle zu reduzieren. Darüber hinaus konnten in den Meta-Analysen nur für einen Teil der berücksichtigten Studien – in der Metaanalyse von Merrell et al., (2008) nur für ein Drittel der N = 16 integrierten Studien – deutliche signifikant positive Effekte festgestellt werden, bei einem überwiegenden Teil fallen die Ergebnisse zur Wirksamkeit eher gering, in einzelnen Fällen sogar negativ aus (Smith et al., 2004). Abhängig sind diese Ergebnisse natürlich davon, wie intensiv, kontinuierlich, konsistent und langfristig die geschulten Maßnahmen durchgeführt werden. Die schulbasierten, auf Gruppen ausgerichtete Programme genügen allerdings nicht, um psychische Belastungen und Erkrankungen Einzelner, das damit verbundene Leiden und die Funktionseinschränkungen im Alltag zu reduzieren. In vielen der schulbasierten Programme werden deshalb für die involvierten Kinder (Opfer, Täter, Täter-Opfer) Individualmaßnahmen, z. B. in Form einer Beratung oder Psychotherapie empfohlen.

Die Aufnahme einer Psychotherapie im Zusammenhang mit Mobbing/Cybermobbing kann zwar von Kinder- und Jugendärzten, Lehrkräften, Schulpsychologen, Beratungslehrern, Sozialarbeitern Kindern/Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten empfohlen werden, die Sorgeberechtigten müssen jedoch selbstständig Kontakt zu Institutionen oder niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herstellen. Während schulbasierte Interventionen mit wenigen Ausnahmen über die Schule/das Regierungspräsidium/das Kultusministerium bzw. die Schulverwaltung implementiert und finanziert werden und eine schulpsychologische Beratung in Anspruch genommen werden kann, handelt es sich bei einer von approbierten Psychotherapeuten durchgeführten Psychotherapie (anerkannte Verfahren: Kognitive Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychoanalyse) um eine Krankenkassenleistung nach SGB V.

Im Rahmen der Diagnostik- und Probatorikphase verschafft sich der Psychotherapeut mit Hilfe von Explorationen, Fragebogenverfahren, Testdiagnostik zunächst einen Überblick über die Problematik/Symptomatik, aber auch die Ressourcen des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen, dessen Entwicklungsstand, seine Lebensumstände und das Vorliegen eines oder mehrerer psychischer Krankheitsbilder. Hier erfolgt – unter der Voraussetzung der Zustimmung der Sorgeberechtigten und des Patienten, da der Psychotherapeut der Schweigepflicht unterliegt – eine erste Kontaktaufnahme mit Lehrkräften oder anderen relevanten Akteuren im Schulsystem, um Informationen über das Verhalten, Stärken und Probleme des Patienten im schulischen Bereich zu erhalten. Eine solche Kontaktaufnahme und Informationserhebung spielt natürlich im Zusammenhang mit dem Vorkommen von Mobbing/Cybermobbing eine zentrale Rolle.

Folgende Fragen sollte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut am Ende der Diagnostik- und Probatorikphase beantworten können:

- Liegt Mobbing/Cybermobbing vor oder handelt es sich um entwicklungsfördernde Konflikte?

- Können prädisponierende Faktoren beim Kind/Jugendlichen oder in der Umgebung (Familie, Schule, Vereine) festgestellt werden, die das Auftreten von Mobbing/Cybermobbing begünstigen?
- Welche Auswirkungen hat das Mobbing/Cybermobbing auf die Entwicklung des Selbstwertes, der sozialen und emotionalen Kompetenzen, der Problem- und Konfliktlösefertigkeiten, der Peerakzeptanz, der Einstellungen/Kognitionen, der Umgebungsfaktoren (z. B. Beziehung zwischen Kind/Jugendlichem und Eltern)?
- Wie kann die Entstehung und Aufrechterhaltung der eingangs geschilderten Problematik (Mobbing/Cybermobbing, weitere problematische Verhaltensweisen) erklärt werden?
- Welche Änderungsversuche wurden bereits unternommen? Mit welchem Erfolg?

Die Durchführung einer Psychotherapie kann dann bei der Krankenkasse beantragt werden, wenn beim Kind/Jugendlichen ein behandlungsbedürftiges psychisches Krankheitsbild (z. B. eine depressive Episode, eine soziale Phobie, eine Posttraumatische Belastungsstörung) nach ICD-10 diagnostiziert wurde. Bei Selbstbehauptungstrainings, Stressbewältigungsverfahren und Entspannungsverfahren handelt es sich nicht um Krankenbehandlungen.

Am Beispiel der Kognitiven Verhaltenstherapie, für die im Kindes- und Jugendalter gute Wirksamkeitsnachweise vorliegen, sollen relevante Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung beim Vorliegen von psychischen Störungen im konkreten Zusammenhang mit Mobbing/Cybermobbing skizziert werden. Folgende Bausteine sollten – zusätzlich zu den störungsspezifischen – durchgeführt werden:

- Psychoedukation über Mobbing/Cybermobbing und die vorliegenden psychischen Störungsbilder.
- Da es sich bei Mobbing/Cybermobbing aus Sicht der Opfer/Täter-Opfer um einen akuten oder chronischen Stressfaktor handelt, ist es zunächst wichtig, mit dem Patienten/den Sorgeberechtigten/anderen relevanten Personen wie Lehrkräften/Sozialarbeitern nach Möglichkeiten zu suchen, akute Stresssituationen zu reduzieren (z. B. Lehrkraft achtet verstärkt darauf, dass Schüler bei Gruppenarbeiten integriert wird, Kind hält sich im Pausenhof an beaufsichtigten Orten auf); hier könnte ggf. auch die örtliche schulpsychologische Beratungsstelle unterstützend tätig werden. Teilweise – vor allem z. B. bei körperlichen Übergriffen, Erpressung, Sachbeschädigungen, Verleumdungen – muss gewährleistet werden, dass das Kind/der Jugendliche sich wieder einigermaßen „sicher“ fühlt, bzw. keine akute Gefahr droht.
- Information über rechtliche Möglichkeiten beim Vorkommen von Mobbing/Cybermobbing (z. B. Anzeige wegen Körperverletzung, Verleumdung/übler Nachrede); hier-

bei sollten mit dem Patienten und den Sorgeberechtigten mögliche Vor- und Nachteile des Rechtswegs für die individuelle Situation des Opfers besprochen werden; keinesfalls sollte überstürzt gehandelt werden, wichtig ist es jedoch, aggressive Verhaltensweisen, bzw. Mobbing-/Cybermobbingvorfälle zu dokumentieren (bei Cybermobbing z.B. durch Screenshots, Mobbingtagebuch), damit ggf. zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt mit der Polizei aufgenommen werden kann. Täter sollten über die rechtlichen Konsequenzen von Mobbing/Cybermobbing Bescheid wissen.

- ➔ Veränderung des Selbstwertes (bei Opfern z.B. durch Erfolgstagebücher, Aufbau positiver Aktivitäten, Ausbau des sozialen Netzes, Integration der Mobbing-/Cybermobbingvorfälle in das Selbstbild; bei Tätern Analyse der Rolle des Mobbings/Cybermobbings für das Selbstbild)
- ➔ Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (bei Opfern z.B. Reduktion von Schuldgefühlen durch Verdeutlichung der gruppendynamischen Prozesse bei Mobbing/Cybermobbing, positive Sicht der Zukunft, Abbau von Schamgefühlen, irrationalen Ängsten, die teilweise verhindern, dass Kinder/Jugendliche sich Erwachsenen gegenüber öffnen und Hilfe holen; bei Tätern Reduktion von Gewaltbereitschaft/positiver Einstellung zu Aggressionen)
- ➔ Verbesserung sozialer Kompetenzen (bei Opfern z.B. klare Grenzsetzungen, sicheres, „cooles“ Auftreten, Einfordern von Unterstützung, Aufbau von Freundschaften; bei Tätern Förderung der Empathiefähigkeit, Konfliktlösefertigkeiten, Erkennen von Signalen von Interaktionspartnern)

In der Arbeit mit den Bezugspersonen sind folgende Inhalte zentral:

- ➔ Psychoedukation
- ➔ Steigerung Wissen über Mobbing/Cybermobbing
- ➔ Förderung eines positiven, unterstützenden, wertschätzenden Erziehungsverhaltens
- ➔ Förderung der Kommunikation über Mobbing/Cybermobbing
- ➔ Entwickeln gemeinsamer Konfliktlöseprozesse
- ➔ Unterstützung in der Kommunikation mit den Lehrkräften/Sozialarbeitern/der Schulleitung (Eltern sollten verhaltensnahe Beobachtungen schriftlich festhalten, kontinuierlich Kontakt halten, konkrete Absprachen treffen und Entwicklungen regelmäßig besprechen)

Teilweise werden Sorgeberechtigte im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darin unterstützt, beim Jugendamt Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII (z. B. in Form einer

sozialpädagogischen Familienhilfe, Erziehungsbeistand) zu beantragen.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich der Psychotherapeut (bei vorliegender Schweigepflichtsentbindung) mit den zuständigen Personen in der Schule / der schulpsychologischen Beratungsstelle austauscht, um schulbasierte Maßnahmen und individuelle Interventionen optimal aufeinander abzustimmen.

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt kann beim Vorkommen von Erkrankungen im Zusammenhang mit Mobbing/Cybermobbing folgende Hilfestellungen geben:

- Klärung: Liegt ein entwicklungsfördernder Konflikt oder Mobbing/Cybermobbing vor?
- Bestärkung der betroffenen Kinder/Jugendlichen und deren Bezugspersonen, etwas zur Veränderung der Situation zu unternehmen.
- Beratung der betroffenen Kinder/Jugendlichen und deren Bezugspersonen über den Einbezug von Ansprechpartnern in der Schule (z. B. Klassenlehrer, Schulleitung, schulpsychologische Beratungsstelle, ggf. Sozialpädagogen/Sozialarbeiter) oder/und Meldung bei der Polizei.
- Ggf. Empfehlung der Aufnahme einer Psychotherapie.

Eine engmaschige Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus, Schulpsychologie, Kinder- und Jugendarzt sowie Psychotherapie ist erfolgversprechend für eine wirkungsvolle und andauernde Reduktion von Mobbing/Cybermobbing und eine Veränderung der Rollen, die Schüler in diesem gruppendynamischen Geschehen einnehmen und die – wenn unbehandelt – einen negativen Einfluss auf ihre Entwicklung nehmen können.

■ *Dr. rer. nat. Nina Spröber*
 Diplom-Psychologin, Approbierte Psychotherapeutin (VT), Supervisorin PFKJE – Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
 Arnulfstraße 4
 89231 Neu-Ulm
 info@praxis-sproeber.de
 nina.sproeber@uniklinik-ulm.de

Miriam Rassenhofer
 Diplom-Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des
 Universitätsklinikums Ulm
 Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
 miriam.rassenhofer@uniklinik-ulm.de

Literaturangaben unter:



Wie begegnen wir der Problematik Mobbing in der Schule?

Das Olweus-Programm gegen Mobbing und antisoziales Verhalten – eine Evaluationsstudie an deutschen Schulen

Vanessa Jantzer
Franz Resch
Michael Kaess

Lars Kunitsch, angehender Olweus-Coach, über seine Motivation zur Teilnahme am Olweus-Programm: „Als Fachleiter für den Bereich Schulsozialarbeit und Schulkindbetreuung bin ich fast täglich konfrontiert mit den Themen Provokation, Aggression, Wegschauen (der Erwachsenen), Hilflosigkeit, Frustration und dem x-ten Projekt, das an einer Schule zur Prävention installiert wird, zumeist ergebnislos oder mit kurzem Erfolg. Bei einer konsequenten und dauerhaften Umsetzung der einzelnen Schritte des Olweus-Programms findet eine Haltungsänderung insbesondere bei den Erwachsenen statt und damit die Chance, stabile und verlässliche Strukturen für alle am Schulleben beteiligten Personen zu schaffen.“

MOBBING: THEORETISCHER HINTERGRUND

Mobbing unter Kindern und Jugendlichen ist ein großes soziales Problem, das in allen Teilen der Welt zu finden ist. Mobbing ist eine Form der Aggression mit der gezielten Absicht des Täters bzw. der Tätergruppe, das Opfer zu verletzen. In Abgrenzung zu anderen Formen sozialer Konflikte ist zu beachten, dass Mobbing wiederholt auftritt (mind. zwei Mal pro Monat, z. T. jedoch weit häufiger) und über einen längeren Zeitraum hinweg (mind. 6 Monate lang, oft jedoch über Jahre). Entscheidend ist zudem ein bestehendes Ungleichgewicht von Macht, das es dem Opfer unmöglich macht, sich zu verteidigen. Dieses Kräfteungleichgewicht kann auf physischer Kraft, verbaler oder sozialer Kompetenz oder dem zugeschriebenen Status in der Peergruppe basieren. Mobbing kann verbale oder körperliche Formen, aber auch indirekte soziale Formen wie das Ausschließen aus der Gruppe, das Verbreiten von Gerüchten usw. annehmen. Dieses subtile soziale Mobbing ist nur schwer von Außenstehenden wahrzunehmen, so dass Lehrkräfte oder Eltern oftmals nicht darüber informiert sind. Eine relativ neue Form des Mobbings ist das so genannte Cyber-Mobbing, d. h. das Mobbing per Mobiltelefon oder Internet. Auch wenn diese Form des Mobbings aktuell die Diskussion zum Thema beherrscht, zeigt die internationale Forschung, dass Cyber-Mobbing kaum neue Betroffene geschaffen hat, da die Überlappung mit Opfern und Tätern traditioneller Mobbing-Formen bei ca. 90% liegt (Olweus, 2012). Ein Großteil des Mobbings unter Kindern und Jugendlichen findet demnach nach wie vor in der Schule oder auf dem Schulweg statt.

Prinzipiell kann jeder ein Opfer von Mobbing werden, doch stille und unsichere Schüler, die oftmals auch physisch schwächer sind und körperliche Auseinandersetzungen scheuen, wenige Freunde haben und sich eher mit Erwachsenen sozialisieren, sind besonders gefährdet. Typische Täter zeichnen sich durch einen starken Drang zur Dominanz, eine positive Einstellung gegenüber Gewalt und eine niedrige Frustrationstoleranz aus. Es fällt ihnen schwer, sich an Regeln zu halten und sie zeigen wenig Empathie. Mobbing tritt in allen sozialen Schichten und allen Schulformen und -größen auf. Lediglich das Alter (höchste Mobbingrate in Klasse 5–8) sowie das Geschlecht (Mädchen sind eher Opfer, Jungen sind eher Täter) spielen eine Rolle.

Wie eine repräsentative Befragung der WHO von mehr als 200.000 Schülern in 40 Ländern zeigte, sind in Europa aktuell ca. 25% der Kinder und Jugendlichen von Mobbing betroffen. Deutschland wies vergleichsweise hohe Mobbingraten auf (oberes Drittel), besonders in den skandinavischen Ländern zeigten sich durchweg niedrigere Häufigkeiten (HBSC-Team Deutschland, 2012). Die verschiedenen Rollen, die in einer Mobbing-Situation eingenommen werden können, machen jedoch deutlich, dass eigentlich jeder an Mobbing beteiligt ist, auch die nicht direkt betroffenen Umstehenden. Dies kann von offener Unterstützung des Täters durch Lachen oder Aufmerksamkeit bis hin zu dem Versuch, einzuschreiten und dem Opfer zu helfen reichen. Auch ein rein passives Abwarten stellt eine Rolle im Geschehen dar, da schon dadurch der Mobber und seine Taten verstärkt werden. Dies gilt auch und vor allem für das Nichteinschreiten von Lehrkräften.



Mobbing verursacht psychisches und physisches Leid, sowohl kurz- als auch langfristig, für alle beteiligten Personen. Bei gemobbten Schülern kommt es zu einem erhöhten Risiko für somatische Beschwerden, emotionale Störungen (z. B. Angststörung, Depression), Selbstverletzung und Suizidalität sowie schulvermeidendes Verhalten und schulische Leistungsprobleme. Täter weisen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten sowie antisoziale oder delinquente Tendenzen im Erwachsenenalter auf. Mobbing gefährdet demnach eine normale emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung der Betroffenen. Ebenso ist das Lernklima in der Schule gefährdet, auch für die unbeteiligten Zuschauer. Die vielfältigen negativen Auswirkungen von Mobbing unterstreichen die Tatsache, dass Mobbing ein wichtiges Problem der öffentlichen Gesundheit ist und nicht nur ein schulisches Thema.

PRÄVENTION IM KONTEXT SCHULE

Mobbing ist ein vielschichtiges Problem, das nur in dem größten sozialen Kontext zu verstehen ist, in dem es auftritt. Neben individuellen Merkmalen der Schüler tragen eine positive Einstellung gegenüber Gewalt in der Familie oder dem Freundeskreis, Lehrer die Mobbing ignorieren bzw. nicht ernst nehmen und ein negatives Schul- oder Klassenklima zur Entstehung von Mobbing bei. Diesen sozialen Kontexten muss in Form von effektiver Prävention Rechnung getragen werden.

Mobbing ist ein systemisches soziales Problem, der Umgang damit die kollektive Verantwortung aller an der Schule. Im Kontext Schule können durch primäre Präventionsprogramme zentrale Ursachen und Aufrechterhaltungs-Mechanismen von Mobbing positiv beeinflusst werden. Die Handlungsverantwortung, gegen schulisches Mobbing vorzugehen bzw. dieses zu verhindern, liegt bei den Erwachsenen, da sich die Opfer von Mobbing aufgrund des vorhandenen Kräfteungleichgewichts nicht wehren können.

Doch die zunächst hoch erscheinenden Kosten primärer Präventionsprogramme (benötigte finanzielle und v. a. zeitliche/personelle Ressourcen) führen oftmals dazu, dass keine oder nur verwässerte Maßnahmen gegen Mobbing ergriffen werden, obwohl viele Schulen den Handlungsbedarf im Problemfeld erkennen und sich oftmals überfordert fühlen. Der langfristige Nutzen effektiver Mobbingprävention und die hohen durch Mobbing verursachten Kosten (negative Entwicklung der Betroffenen, volkswirtschaftlicher Schaden, beeinträchtigte schulische Leistungen der Betroffenen, Verlust von Unterrichtszeit, Belastung der Lehrkräfte etc.) werden oftmals nicht erkannt.

Primärpräventive Programme schützen vor Stigmatisierung der Betroffenen und bieten den Vorteil, dass auch die unbeteiligten Zuschauer erreicht und ihnen Handlungsmöglichkeiten und prosoziale Normen vermittelt werden. Darüber hinaus sind auch die gelegentlichen Opfer von Mobbing, die bereits erhöhte Belastungen aufweisen, einbezogen. Eine aktuelle Metaanalyse von Ttofi und Farrington (2011) belegte die generelle Wirksamkeit primärpräventiver Programme. Insgesamt zeigte sich eine Reduktion von Mobbing um 17% bis 23%, wobei die fünf eingeschlossenen Evaluationen des Olweus-Programms besonders

große Effekte nachweisen konnten und die Prinzipien des Programms ausdrücklich empfohlen wurden. Weitere Empfehlungen des Programms durch unabhängige Experten (z. B. die EU-Kommission Brüssel und den Landtag Baden-Württemberg) sowie dessen großen Erfolge im Ausland (bis zu 70% Reduktion von Mobbing u. a. in Norwegen, Schweden und den USA) unterstreichen, dass dieses evidenzbasierte Programm Erkenntnisse der Forschung aus Jahrzehnten erfolgreich in den Schulalltag umsetzen kann. So wird nicht nur Mobbing beendet bzw. verhindert, sondern auch das Schul- und Lernklima verbessert sowie andere Formen der Gewalt und Verhaltensprobleme im Allgemeinen reduziert.

DAS OLWEUS-PROGRAMM GEGEN MOBBING UND ANTISOZIALES VERHALTEN

Grundgedanke

Das Olweus-Programm ist ein primärpräventives Programm für die ganze Schule, d. h. das gesamte Schulpersonal und alle Schüler werden einbezogen. Der Fokus des Programms liegt jedoch auf der Arbeit mit den Erwachsenen, die dazu befähigt werden sollen, ihre Handlungsverantwortung wahrzunehmen. Das Kollegium fungiert als Zusammensetzung von Vorbildern und positiven Autoritäten, wobei eine autoritative Erwachsenen-Rolle, gekennzeichnet durch hohe Responsivität und gleichzeitige Kontrolle, zugrunde liegt. Das Olweus-Programm ist in der Lage, nicht nur die Einstellung, sondern tatsächlich auch das Verhalten von Schülern und Lehrern zu verändern, so dass ein Struktur- bzw. Klimawandel herbeigeführt wird. Ziel sind eine offene Kommunikation zwischen den Erwachsenen in der Schule und mit den Eltern sowie einheitliche Abläufe und konsequenter und fairer Umgang mit Schülerangelegenheiten. Eine hohe Nachhaltigkeit ist gegeben, da die Schule das Programm nach der 18-monatigen Implementierungsphase selbstständig weiterführt und sich dann auch zur Olweus-Schule zertifizieren lassen kann. Grundsätzlich ist das Olweus-Programm für Schüler ab Klasse 3 geeignet.

Natürlich bringt die Einführung eines umfangreichen präventiven Programms zunächst einen organisatorischen und zeitlichen Aufwand mit sich. Dieser wird aber durch eine langfristige Zeitersparnis, bedingt durch den Rückgang an Unterrichtsstörungen und der Anzahl/Schwere von Mobbingfällen sowie die effizientere Handhabung der Fälle mehr als wettgemacht. Die Arbeit an der Thematik wird gerecht im Kollegium verteilt, alle profitieren vom angenehmeren Schulklima und dem erhöhten Kompetenzerleben. Das Olweus-Programm ist leicht umzusetzen, weil es das Schulpersonal dabei unterstützt, (intuitives/vorhandenes) Wissen zu nutzen und im Alltag einzusetzen.

Inhalte und Strukturen

Das Olweus-Programm arbeitet auf drei Ebenen: Schule, Klasse und einzelner Schüler. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Programmbausteine auf diesen verschiedenen Ebenen.

Ebene	Baustein
Schule	Supervisionsgruppen Gute Klassenleitung Pausenaufsicht Jährliche Schülerbefragung Elterninformation
Klasse	Klassengespräche
Schüler	Intervention und Nachverfolgung bei Mobbingfällen/Verdachtsfällen

Folgende vier Bausteine sollen als zentrale Säulen des Programms hervorgehoben und näher erläutert werden: Supervisionsgruppen, gute Klassenleitung („Class Room Management“), Klassengespräche und Pausenaufsicht.

1. Supervisionsgruppen

Jede Lehrkraft sollte sich innerhalb des Programms einer Supervisionsgruppe anschließen, die 6–15 Personen umfasst. Je nach Größe des Kollegiums bilden sich also mehrere Gruppen. Diese treffen sich alle zwei bis vier Wochen für jeweils 90 Minuten und erarbeiten sich das Programm über einen Zeitraum von 18 Monaten. Die Gruppen befassen sich anhand des Olweus Handbuchs mit folgenden Inhalten: Mechanismen und Formen des Mobbing unterscheiden; Mobbing erkennen, intervenieren und nachhaltig stoppen; prosoziales Verhalten bei Schülern fördern; angemessen verstärken und sanktionieren; systematisch mit Kollegen und Eltern zusammenarbeiten. Jede Gruppe wird durch zwei Gruppenleiter angeleitet, die vorab zwei Tage Training an ihrer Schule erhalten. Die Supervisionsgruppen beruhen auf einem vorstrukturierten Arbeitsformat (aufbauend auf Lernprinzipien der Erwachsenenbildung): alle Mitglieder lesen das aktuelle Kapitel des Handbuchs vorab; ein Gruppenleiter präsentiert das Kapitel zu Beginn des Treffens für max. 10 Minuten; die Gruppe diskutiert im Anschluss, sucht Beispiele, macht Rollenspiele, bereitet Klassengespräche vor, macht Vorschläge für konkrete Maßnahmen etc.

2. Gute Klassenleitung („Class Room Management“)

Die Aufgabe des Lehrers ist nicht nur die Vorbereitung und Durchführung des Unterrichts, sondern auch das Schaffen einer ungestörten Lernumgebung in der Klasse. Dafür sind u. a. Wissen über den einzelnen Schüler, Beziehungsarbeit, positive Erwartungen und Gespräche mit den Schülern auch über ihr Wohlbefinden erforderlich. Dies kommt im Schulalltag oft zu kurz, das Olweus-Programm bietet hierzu viele praktische Anre-

gungen. Andererseits sind jedoch auch klare Grenzen für inakzeptables Verhalten und eine konsequente Anwendung von angemessenen positiven Verstärkern und negativen Sanktionen nötig, um eine autoritative Erwachsenen-Rolle ausfüllen zu können. Positive und negative Verstärkung sollte im Verhältnis 4:1 angewendet werden, wobei Lob vor den Mitschülern geschieht, Sanktionen jedoch immer unter vier Augen. In den Supervisionsgruppen wird ein klar definiertes System von korrigierenden Maßnahmen (Sanktions-Leiter), aber auch ein System positiver Verstärker erarbeitet.

3. Klassengespräche

Alle ein bis zwei Wochen werden für 15–45 Minuten Klassengespräche mit den Schülern geführt. Diese geben Einblick in die sozialen Beziehungen der Klasse, fördern den Zusammenhalt und ein positives Klassenklima und etablieren Ablehnung von Mobbing als Gruppennorm. Die vom Klassenlehrer angeleiteten Gespräche haben folgende Inhalte: Klassenregeln gegen Mobbing einführen, erläutern, einüben, überwachen und verstärken; den Begriff Mobbing und verschiedene Rollen im Mobbing-Geschehen verstehen; Arbeit mit den Olweus-Materialien (Film, Arbeitsblätter, Diskussionsleitfäden, Rollenspiele etc.).

4. Pausenaufsicht

Die Pausenaufsicht nach dem Olweus-Prinzip zeichnet sich durch eine gezielte Präsenz, Konsequenz und Einheitlichkeit aus. Die Olweus-Schülerbefragung gibt Auskunft darüber, wo und unter welchen Umständen Mobbing an der jeweiligen Schule stattfindet. Das Programm thematisiert geeignete Möglichkeiten der Intervention und Weiterverfolgung bei Mobbingfällen/Verdachtsfällen; Verbesserung des Informationsaustauschs zum Pausengeschehen unter den Lehrkräften; Unterscheidung von wildem Spiel, echter Schlägerei und Mobbing; Gestaltung des Schulhofs.

Darüber hinaus bietet die jährlich stattfindende Olweus-Schülerbefragung den Vorteil, dass sie nicht nur Auskunft über die Situation an der Schule gibt, sondern auch über die Wirkung des Programms, also eine direkte Erfolgskontrolle darstellt. Die Befragung findet online und klassenweise statt, benötigt maximal 45 Minuten und ist selbstverständlich anonym und freiwillig.

Eine zentrale Person: Der Olweus-Coach

Der Olweus-Coach unterstützt die Schulen bei der Einführung des Programms und der Implementierung der einzelnen Programm-Bausteine. Zudem schult er die Gruppenleiter, um sie auf ihre Aufgabe vorzubereiten. Im Idealfall handelt es sich um eine erfahrene Lehrkraft oder den Schulsozialarbeiter der Schule, aber auch die Beratung durch einen externen Olweus-Coach ist denkbar. Der Coach erhält ein 7-tägiges Training, verteilt auf drei Workshops, und sollte für seine Aufgabe im Durchschnitt ca. 3 Stunden pro Woche einplanen.

Bisherige Erfahrungswerte mit dem Olweus-Programm in Deutschland

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg wurde auf mehreren Wegen auf das Thema schulisches Mobbing aufmerksam. Zum einen berichteten immer mehr Patienten von Mobbing-Erfahrungen, die oftmals über Jahre andauerten, zu einer Verweigerung des Schulbesuchs und der Inanspruchnahme ambulanter oder sogar stationärer psychiatrischer Versorgung führten. Zum anderen fragten immer mehr Schulen Unterstützungsmöglichkeiten an, z. B. in Form von Einzelfallhilfe oder Pädagogischen Tagen für Lehrer. Doch dies schien uns nicht der geeignete Weg, um dem Problem zu begegnen. Und auch die wissenschaftliche Begleitung der Schulsozialarbeit, in deren Rahmen von 2010 bis 2014 Daten an verschiedenen weiterführenden Schulen in Heidelberg erhoben wurden, zeigte alarmierend hohe Mobbingraten, an denen auch das vorhandene Angebot der Schulsozialarbeit nichts verändern konnte. Daher machte sich eine Arbeitsgruppe auf die Suche nach einem erfolgsversprechenden schulbasierten Präventionsprogramm. Die Wahl fiel schnell auf das Olweus-Programm gegen Mobbing und antisoziales Verhalten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg führt nun seit 2014 das Projekt „Das Olweus Mobbing-Präventions-Programm – eine Evaluationsstudie an deutschen Schulen“ im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung im Rahmen des Aktionsprogramms „Psychische Gesundheit von Jugendlichen“ durch. 30 weiterführende Schulen in Baden-Württemberg können das Olweus-Programm kostenfrei implementieren. Sie werden dabei von der Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg, in Zusammenarbeit mit Olweus International Norwegen, wissenschaftlich begleitet.

Da trotz des großen Erfolgs von Dan Olweus Buch „Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können“ (2011) keine deutsche Version des Olweus-Programms existierte, mussten zunächst einmal die Materialien und Trainings übersetzt werden. Auch die Rekrutierung der Schulen war sehr zeitaufwändig. Das geplante randomisiert kontrollierte Design wurde zugunsten eines praktikableren Bewerbungsverfahrens aufgegeben. Ursprünglich sollte die Evaluationsstudie an Schulen in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Raum durchgeführt werden, mittlerweile wurde das Rekrutierungsgebiet aber auf ganz Baden-Württemberg ausgeweitet.

An den meisten Schulen ist zwar ein ausreichendes Problembewusstsein vorhanden, doch das Bedürfnis nach einfachen, schnellen Lösungen, die nur von wenigen Experten getragen werden, kann das Olweus-Programm nicht erfüllen. Doch gerade seine dauerhaften Strukturen und der Einbezug aller Lehrkräfte machen es so erfolgreich. Es muss daher eine sehr hohe Schwelle überwunden werden, um Schulen für eine Teilnahme am Programm zu gewinnen und das dafür erforderliche Votum der Gesamtlehrerkonferenz zu erlangen. Oftmals erscheint dem Kollegium die Umsetzung im vollgepackten Schulalltag als zu große Herausforderung.

Zum aktuellen Schuljahr 2015/16 sind nun die ersten 12 Schulen in das Olweus-Programm gestartet. Die entsprechende Anzahl Olweus-Coaches befindet sich in Ausbildung und etabliert schrittweise die einzelnen Programmbausteine. Weitere Schulen werden im nächsten Schuljahr 2016/2017 mit dem Programm beginnen, aktuell läuft das Bewerbungsverfahren. Die ersten Rückmeldungen unserer Startschulen stimmen hoffnungsvoll und zeigen, dass sich die Überzeugungsarbeit gelohnt hat. Besonders die Arbeit in den Supervisionsgruppen wird als extrem positiv erlebt. Diese Form des Peer-Teachings ist zwar ungewohnt an Schulen, jedoch eine effektive Plattform zum ohnehin benötigten Austausch mit Kollegen. Auch die hohe Beteiligung an der ersten Olweus-Schülerbefragung von 87% zeigt, dass das Thema Mobbing auch unter den Schülern als wichtig erlebt wird. Zum tatsächlichen Effekt des Programms können erste Aussagen jedoch nicht vor 2017 getroffen werden.

■ *Vanessa Jantzer*
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Blumenstraße 8
 69115 Heidelberg
 Vanessa.Jantzer@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. univ. Franz Resch
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Blumenstraße 8
 69115 Heidelberg
 Franz.Resch@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Michael Kaess
 Sektion für translationale Psychobiologie in der
 Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Blumenstraße 8
 69115 Heidelberg
 Michael.Kaess@med.uni-heidelberg.de

Literaturangaben unter:



Sexuelle Übergriffe in der medialen Welt

Evelyn Heyer

Sexuelle Übergriffe im Chat, die Konfrontation mit sexuellen Inhalten oder pornografischem Material kann eine emotionale und kognitive Überforderung für Kinder und Jugendliche darstellen. Es ist notwendig, dass die Erwachsenen Medienkompetenz erlangen, um als kompetente Gesprächspartner auf Augenhöhe mitreden zu können und zu verstehen, was die Kinder bewegt.

SEXUELLE ÜBERGRIFFE IM CHAT

Kinder und Jugendliche bewegen sich mit hoher Selbstverständlichkeit in der medialen Welt. Sie chatten schon im Grundschulalter mit ihrem Smartphone, Tablet oder Laptop. Auf Grund ihres Alters besteht eine vorurteilsfrei naive Offenheit den Chatpartnern gegenüber. Der Reiz des Chattens besteht darin, eine andere Rolle spielen zu können, sich außerhalb elterlicher Kontrolle zu bewegen, obwohl man im vertrauten häuslichen Umfeld ist, und trotz direkter Interaktion mit hohem Anonymitätsgrad zu kommunizieren. Das generelle „Du“ im Chat stellt eine Pseudovertrautheit her. Die Dynamik des Missbrauchs im Internet besteht darin, dass es keine natürlichen Kontrollmechanismen, kein „Bauchgefühl“ gibt. Es gibt keinen Abstand zwischen Täter und Opfer und das äußere Erscheinungsbild und Alter des Chatpartners ist nicht bewertbar. Kinder glauben, was man ihnen sagt. Sie gehen davon aus, dass die Altersangaben des Chatpartners stimmen und vermuten nicht, dass dies nicht der Wahrheit entsprechen könnte und sie möglicherweise mit einem Erwachsenen chatten. Eltern warnen häufig ihre Kinder vor möglichen Übergriffen im Chat und propagieren pädagogisch wertvolle Chaträume. Einige dieser Räume setzen aber eine Anmeldung voraus, bei der die Kinder ihre persönlichen Daten angeben müssen. Somit lernen die Kinder, dass es selbstverständlich ist, persönliche Daten im Internet anzugeben und dass dies einen Schutz darstellt, verkennen aber, dass von einer möglichen „Täterseite“ hier auch falsche Angabe gemacht werden könnten, um sich Kindern anzunähern. Diese unklugen „Sicherheitsregeln“ reduzieren somit die Wachsamkeit der Kinder dafür, welche Angaben man im Internet nicht machen sollte.

DIE OPFER

Täter beginnen Kontaktaufnahmen in Chaträumen auf einer vermeintlich altersentsprechenden Ebene, fragen aber relativ rasch auch Rahmenbedingungen ab. Sie wollen wissen, ob die Kinder gerade allein sind, wie alt sie sind, fragen Mädchen nach ihrer Menstruation oder ihrer „Körbchengröße“. Viele Kinder/Jugendliche haben ihren ersten Freund/die erste Freundin im Internet, ohne dieser Person je begegnet zu sein. Sie sind zunehmend offen diesen gegenüber. Werden sie nach einigen Konversationen um ein Foto gebeten, so stellen sie dies bereitwillig zur Verfügung. Hier werden auch Nacktbilder erfragt. Stellen die Kinder ein persönliches Foto zur Verfügung, so sind sie damit erpressbar, im nächsten Schritt intimere Bilder nachschicken zu müssen, damit das erste Bild nicht in den sozialen Netzwerken veröffentlicht wird. Solche Bilder werden dann leicht von den Tätern getauscht oder in kinderpornografischen Netzwerken veröffentlicht. Die Kinder müssen wissen, dass das, was einmal im Netz ist, immer im Netz sein wird. Immer und überall wird es die Möglichkeit geben, auf diese Bilder zurückzugreifen. Auch gibt es die Aufforderung auf Seiten der Täter, sich im Lifechat selbst zu befriedigen. Dies wird dann womöglich aufgezeichnet und ebenfalls auf einschlägigen Seiten veröffentlicht. Kinder berichten auch, dass ihnen pornografische Bilder, Filme oder Comics zugeschickt werden, deren Inhalte sie vollkommen überfordern. Sie können mit niemandem darüber



reden, weil sie eine Ahnung davon haben, dass schon der Kontakt mit dem Chatpartner nicht gestattet worden wäre, denn die Eltern haben ja schon immer davor gewarnt, mit Fremden zu schreiben. Die Kinder sind beschämt und hätten keine Worte für das Gesehene, wenn sie darüber sprächen. Die mangelnde Lebenserfahrung und Neugier der Kinder sind der Nährboden für sexuellen Missbrauch im Internet. Die Folgen für Kinder können sein, dass sie mit Bildern und Inhalten konfrontiert sind, die sie emotional und kognitiv massiv überfordern. Die Konfrontation mit sexueller Belästigung wird von den Kindern als extrem bedrohlich wahrgenommen. Sind sie mit Bildern konfrontiert, die Übergriffe auf andere Kinder zeigen; das führt durch die Identifikation mit den Opfern zu Ängsten und großer Verunsicherung.

DIE TÄTER

Den Tätern ist die Struktur des Mediums Internet dienlich, denn die Kinder stellen ihnen die Bilder freiwillig zur Verfügung und die Strafverfolgung ist auf Grund der Struktur des Internets eher kompliziert. Auch können sie sich leichter mit „Gleichgesinnten“ vernetzen, mit denen sie Bilder und Filme tauschen oder darüber kommunizieren, wie man sich im Netz besser tarnt.

BULLYING UND CYBERBULLYING

Bullying oder Cyberbullying (Mobbing im Internet) ist ein weiteres Feld des Themenbereichs sexueller Übergriffe im Internet. Auch hier hat der meist jugendliche Täter ein Gefühl der Macht und Überlegenheit über das Opfer, das möglicherweise Bilder leichtgläubig zur Verfügung gestellt hat oder in einvernehmliches Fotografieren oder Filmen eingewilligt hat, als der Kontakt noch harmonisch war. Verbreitet ist auch das Filmen von sexueller Belästigung, Berühren, Beschämen, um es dann in den sozialen Netzwerken zu veröffentlichen. Die Täter werden in ihren sozialen Bezugsgruppen affektiv gestärkt durch den Besitz und die Verbreitung der Bilder, die Opfer erleben sich ohnmächtig und gedemütigt. Die professionelle Haltung sollte stets sein, dass der Schutz des Opfers Vorrang hat vor dem Schutz des Täters und gegebenenfalls ein Schulverweis des Täters die Konsequenz sein sollte, statt ein Schulwechsel des Opfers. Eine Haltung der bloßen Entschuldigung reicht nicht aus, denn die Gefahr der Drohung und Fortsetzung der übergriffigen Handlungen bliebe bestehen. Hilfreich kann auch sein, Gefühle der Opfer in die Bezugsgruppe zu transportieren, um dadurch Empathie, Solidarität und Unterstützung hervorzuheben. Auch die jugendlichen Täter benötigen Hilfe und Unterstützung, damit sich das Täterverhalten nicht fortsetzt.

PORNOKONSUM VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Das Medium Internet bietet für Kinder viele Möglichkeiten, an alle Informationen zu allen Themen zu gelangen, die für sie von Interesse sind. So wird auch die Hemmung abgebaut, sich mit pornografischen Inhalten zu beschäftigen, die nicht dem Alter

und Entwicklungsstand der Kinder entsprechen. Der regelmäßige Konsum von pornografischen Inhalten erhöht das Risiko, sexuell aggressive Verhaltensweisen zu entwickeln. Auch verinnerlichen die Kinder, dass dies die „normale“ Sexualität sei. Machen sie als Jugendliche erste sexuelle Erfahrungen, so könne diese überlagert sein von pornografischen Bildern, die sie im Internet gesehen haben, sei es via Chatkontakt oder aus erstem, naiven Interesse an Sexualität. Die verinnerlichte Haltung eines Teils der jugendliche Pornonutzer kann dann sein, dass promiskuitives Verhalten die „Sexualnorm“ darstellt. Auch weiß man, dass bei häufigem jugendlichen Pornokonsum die Attraktivität realer Partner geringer eingeschätzt wird. Neurobiologisch hinterlässt der regelmäßige Pornokonsum Spuren, wenn beispielsweise eine regelmäßige Verknüpfung von Pornografie und Gewalt hergestellt wird. Es gibt männliche Jugendliche, insbesondere sozial isolierte, bei denen der hohe Pornokonsum zu Potenzschwierigkeiten in realen Sexualbeziehungen führt, weil die Reizschwelle und die Konditionierungsprozesse stark erhöht sind und eine geringere Erregung durch natürliche sensorische oder visuelle Reize stattfindet. Auch besteht die Gefahr, gewissermaßen „am Modell zu lernen“ und die pornografischen Inhalte als Norm zu verinnerlichen, da die starken Reize einen Wiederholungszwang auslösen können, der nach Verstärkung in Form von Wiederholung sucht. Körperliche Auswirkungen können eine veränderte Norm der Intimrasur, der Wunsch nach Intimchirurgie oder Brustvergrößerung bei Mädchen sein.

HALTUNG UND PROFESSIONELLER UMGANG

Ein Verbot des Chattens oder des Pornokonsums stellt nicht die Lösung dar, denn Verbote bewirken meist, es heimlich zu tun und nicht darüber zu sprechen. Die Lösung besteht eher darin, als Eltern oder professionell mit Kindern und Jugendlichen arbeitende Menschen Medienkompetenz zu erlangen, um mit den Jugendlichen darüber sprechen zu können, mit welchen Themen sie im Chat oder im Internet konfrontiert sind, welche Ängste und Unsicherheiten dies auslöst, aber auch welche Wünsche und Idealisierungen damit verbunden sind.

■ Evelyn Heyer
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Supervision
Brandenburger Straße 6
34131 Kassel
praxis@evelynheyer.de

Literaturangaben unter:



Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im Alltag einer kinder- und jugendärztlichen Praxis – Zwei Fallberichte

Herbert Grundhewer

Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen haben im Rahmen des Kinderschutzes verschiedene Aufgaben: Sie sollen frühzeitig eine mögliche Gefährdung des Kindes entdecken und geeignete Hilfen einleiten. Unabdingbar dafür ist eine langfristige, vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern, die im Rahmen der Vorstellungen aktiv aufgebaut und gepflegt werden muss. Sie sollen informiert sein über Hilfsmöglichkeiten vor Ort und in der Lage, die Eltern dazu zu beraten bzw. selbst aktiv Hilfen einzuleiten. Dazu ist eine langfristige, persönliche Kooperation mit den Institutionen der Jugendhilfe erforderlich.

Wie diese Ansprüche im Rahmen einer Praxis umgesetzt werden oder auch nicht, mögen die folgenden (anonymisierten) Fallgeschichten zeigen.

FALL 1: AKUTE GEFÄHRDUNG

Max wurde zum ersten Mal im Alter von zwei Wochen wegen großer Unruhe und gelegentlichem Erbrechen vorgestellt. Er war nach unauffälliger Schwangerschaft gesund in der 40. SSW geboren. Max wurde gestillt. Beide Eltern sind Akademiker. Der Kinder- und Jugendarzt untersuchte das Kind, beriet zur Ernährung und zum Umgang mit der Unruhe des neugeborenen Kindes und empfahl die Betreuung durch eine Hebamme.

Kommentar:

Das ist eine alltägliche Situation in einer Kinder- und Jugendarztpraxis. Das Kind war bei der Untersuchung unauffällig. Es wurden Schritte zur Entlastung der jungen Familie mit dieser zusammen überlegt (Hebamme).

Drei Tage später wurde Max erneut vorgestellt. Er weine viel, erbreche im Schwall. Einmal habe seine Lippe geblutet. Das Kind hatte an Gewicht verloren, schrie; die körperliche Untersuchung war ansonsten unauffällig. Der Arzt wies Max in die nahegelegene Kinderklinik ein.

Kommentar:

Die Differenzialdiagnose des Erbrechens im Neugeborenenalter ist lang; neben anatomischen Veränderungen sind Stoffwechselerkrankungen und Infektionen besonders gefährlich. Das und der deutliche Gewichtsverlust begründeten die Einweisung zu diesem Zeitpunkt.

Max erholte sich rasch in der Klinik und wurde zwei Tage später ohne Nachweis einer zugrundeliegenden Erkrankung entlassen. Mit drei Wochen wurde er erneut in der Praxis wegen Erbrechen vorgestellt. Der Arzt notierte den unglücklichen Gesichtsausdruck des Kindes und den Gewichtsstillstand. Am Folgetag wirkte das Kind entspannter. Der Arzt bemerkte eine kleine Erosion unter der Zunge. Die Eltern berichteten, er habe etwas geblutet, als er hastig getrunken habe. Die Hebamme besuchte inzwischen regelmäßig die Familie. Eine Woche später hatte er erfreulich zugenommen. Nachts sei er weiter unruhig. Er erhielt zusätzlich Säuglingsmilch. Dokumentiert wurde erneut der etwas unglücklich und hungrig wirkenden Gesichtsausdruck des Kindes.

Kommentar:

Bei den Untersuchungen standen nicht nur vorgestellte Symptome (Erbrechen, Unruhe) im Fokus, der Arzt bemerkte und dokumentierte auch unscheinbare Nebenbefunde (Gesichtsausdruck, Erosion), die zu dem Zeitpunkt noch keinen Zusammenhang mit den Beschwerden vermuten lassen. Er vereinbarte von sich aus sehr kurzfristige Wiedervorstellungen und stellte sicher, dass die Hebammenbetreuung funktionierte.

Bei der U 3 im Alter von fünf Wochen beschrieben beide Eltern erneut die fortwährende Unruhe von Max und sein häufiges Spucken. Sie berichteten spontan, er habe sich einmal den Kopf beim Wickeln an der Wand gestoßen, eine Untersuchung in der Notsprechstunde der Klinik darauf sei unauffällig gewesen. Bei



der Untersuchung des Jungen fiel der abwesende Gesichtsausdruck auf, er lächelte nicht. Äußerlich fanden sich keine Hinweise für Verletzungen. Der Kopf war zu rasch gewachsen. Einige Tage später ergab eine Schädelsonographie einen etwas weiten Hemisphärenspalt. In der Praxis fand eine interne Fallbesprechung statt, um das weitere Vorgehen abzusprechen.

Kommentar:

Hier wurde schon durch den neuen Aspekt des Kopfwachstums deutlich, dass der Hintergrund der Problematik ernsthafter war als gewöhnlich. Die Eltern berichteten unaufgefordert von dem Anstoßen des Schädels beim Wickeln. Sie kamen regelmäßig zu den Vorstellungen. Auch das ist typisch in Familien, in denen Kinder misshandelt werden: diese sind in Sorge um ihr Kind und suchen nach Hilfe. In diesem Fall kamen immer beide Eltern, sie waren sehr besorgt.

Max wurde kurz darauf im Alter von sieben Wochen auf Veranlassung der Hebamme vorgestellt. Dieser waren bei ihrem letzten Besuch Hämatome an den Oberarmen aufgefallen. Die Eltern konnten sich diese nicht erklären, sie vermuteten als Grund den Gurt des Kindersitzes. Bei der Untersuchung sah der Arzt bei Max streifige Hämatome auf beiden Oberarmen. Sonst keine Verletzungen, auch die Mundschleimhaut war unauffällig. Das Kind wirkte blass, lächelte nicht, es versuchte nicht, mit den Eltern zu interagieren. Der Arzt sprach länger mit den Eltern. Er informierte diese, dass die Hämatome vom zu festen Anfassen kämen. Mit Einwilligung der Eltern wies er das Kind sofort in eine Kinderklinik ein und informierte die dortigen Kollegen.

In der Klinik wurden mehrzeitige subdurale Blutungen bei dem Jungen diagnostiziert. In Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wurden weitere Hilfen eingeleitet. Der Junge lebt inzwischen in einer Pflegefamilie.

Kommentar:

Die Eltern kamen regelmäßig und gaben Hinweise, die sich aber erst im Nachhinein richtig deuten lassen. Bei vielen Eltern steht ein Ambivalenzkonflikt im Vordergrund: einerseits die Sorge um das erwünschte Kind, der Wunsch alles gut zu machen und andererseits der Ärger, dass sich das so geliebte Kind nicht verhält wie erwartet. In dieser Situation wird nach Hilfen gesucht. Das ist die Chance, entlastende Angebote zu machen oder auch eine Gefährdung des Kindes rasch zu erkennen. Ein typisches Signal, dass Eltern in dieser Situation geben ist: „Mein Kind ist schwierig, es schreit ständig.“

Folgendes zum ärztlichen Vorgehen: der Kinder- und Jugendarzt schuf einen vertrauensvollen Rahmen, die Eltern suchten ihn immer wieder auf. Er notierte alle Befunde und Hinweise zur Interaktion, auch wenn sie nicht zu den vorgestellten Beschwerden passten. Er beriet sich kurzfristig mit einer außen stehenden Person (hier dem Kollegen). Wichtig waren die sofortige Einweisung, als Hämatome bemerkt wurden und die Offenlegung des Verdacht gegenüber den Eltern. Auch kleinere Hämatome in diesem frühen Alter sollten immer eingehend abgeklärt werden.

FALL 2: VERNACHLÄSSIGUNG

Dieser Fall stammt aus den 90er Jahren, er wird hier vorgestellt, da er Anlass zu einigen Veränderungen in der Zusammenarbeit der Institutionen in der Region gab.

Sandra wurde ab dem Alter von sechs Monaten hin und wieder in der kinder- und jugendärztlichen Praxis vorgestellt. Anlässe waren Sorgen der Eltern wegen Unruhe und Verstopfung. Das Kind wäre eigentlich bei einem anderen Kinder- und Jugendarzt, Unterlagen wie Gelbes Heft oder Impfbuch wurden nicht vorgelegt. Die Vorstellungen erfolgten sporadisch und unangemeldet während der vollen Sprechstunde. Mehrere im Anschluss ausgemachte Termine verstrichen.

Mit neun Monaten wurde Sandra stationär mit einer Gastroenteritis behandelt. Voraus gingen einige Vorstellungen in der Klinikambulanz im Rahmen von Infekten.

Kommentar:

Wichtige Hinweise hier sind häufige Arztwechsel, kein sicherer Hausarzt und Vorstellungen in der Klinikambulanz, oder auch die gelegentliche Klinikbehandlung. Familien, in denen Kinder misshandelt oder vernachlässigt werden, pflegen oft keinen regelmäßigen, kontinuierlichen Kontakt zu außen stehenden Institutionen, wie etwa einer Kinder- und Jugendarztpraxis. Erst im Nachhinein wurde deutlich, dass dieses Mädchen immer mal wieder in drei verschiedenen Praxen im Bezirk und in der Klinik vorgestellt wurde.

Im Alter von zehn Monaten wurde sie zur zweiten Impfung vorgestellt. Die Eltern beklagten erneut Unruhe und Verstopfung. Der Arzt sah bei der Untersuchung ein kognitiv und motorisch retardiertes Kind, das kaum Kontakt aufnahm. Sandra war untergewichtig. Im Abdomen waren Skyballa tastbar.

Kommentar:

Weitere Hinweise auf eine mögliche schwierige Situation sind die verspäteten Impfungen und die fehlende Teilnahme am Vorsorgeprogramm. Hier fielen bei dieser ersten, umfassenden Untersuchung in der Praxis die generelle Retardierung und Gedeihstörung des Kindes auf.

Der Arzt besprach mit den Eltern den besorgniserregenden Entwicklungsstand und die Gedeihstörung des Kindes und empfahl die weitere Diagnostik in der Praxis und im nahegelegenen SPZ. Im Beisein der Eltern erfolgte die telefonische Anmeldung dort. Der erste Termin sollte einige Tage später stattfinden.

Die vereinbarten Termine in der Praxis und im SPZ wurden von der Familie nicht wahrgenommen. Sie reagierten auch nicht auf eine schriftliche Einladung zu einem Gespräch. Darauf wurde das Jugendamt informiert und die Eltern von diesem Schritt brieflich in Kenntnis gesetzt.

Kommentar:

Wichtig hier angesichts der Vorgeschichte (fehlende Zuverlässigkeit) und des sehr auffallenden Zustandes des Kindes die

aktive Kontaktaufnahme zu der weiter betreuenden Einrichtung durch den Arzt. In diesem Fall erfolgte die Rückmeldung über ausgefallene Termine im SPZ zeitlich verzögert, so dass die Meldung an das Jugendamt im Nachhinein zu spät erfolgte.

Mit 14 Monaten wurde das Kind von den Eltern erneut in der Praxis vorgestellt. Die Familie sei umgezogen und habe deswegen manchen Termin versäumt. Sandra wäre nach Aussagen der Eltern seit dem Umzug der Familie ein „braves Kind“. Die Mutter fühlte sich durch die Meldung ans Jugendamt und die eingeleiteten Schritte ungerechtfertigt beschuldigt. Bei dem Mädchen war weiter Gedeihstörung und globale Retardierung offensichtlich. Die Betreuung im SPZ hatte begonnen. Medizinisch-diagnostische Schritte waren bis dahin nicht erfolgt.

Sie wurde immer mal wieder unregelmäßig in der Praxis wegen Infekten vorgestellt. Impfungen erfolgten zu spät. Der Kinder- und Jugendarzt hielt in diesen Monaten regelmäßigen Kontakt mit dem SPZ und dem eingeschalteten Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (ÖGD).

Kommentar:

Dieser Zeitraum ist gekennzeichnet durch unregelmäßigen Kontakt zur Familie. Hier muss sich der Arzt darauf verlassen, dass die eingeschalteten Institutionen (Jugendamt, SPZ, ÖGD) den Kontakt zur Familie halten und die notwendigen Unterstützungen geben. Das ist oft – wie auch hier – unbefriedigend, wenn nicht klar ist, wer für was die Verantwortung trägt.

Mit 27 Monaten wurde Sandra aus der Familie genommen und lebte von da an in einer Pflegefamilie. Hier fiel die generelle Retardierung auf. Das Kind war Monate lang sehr ängstlich, schrie, zeigte Panikattacken bei Feuer und litt unter Alpträumen.

Kommentar:

Im Nachhinein zeigte sich bei Sandra ein schweres Deprivationssyndrom, an deren Folgen sie bis heute trägt. Dieses Schicksal führte zu einer Reihe von Überlegungen im Bezirk, um das Vorgehen in einer solchen Situation in Zukunft zu verbessern. Insbesondere konnte man auf Seiten des Hilfesystems folgende Punkte kritisieren:

- Die Diagnose der Deprivation erfolgte zu spät.
- Auf verpasste, vereinbarte Termine wurde nicht zeitnah von den Helfern reagiert, so dass Hilfen verzögert eingeleitet wurden.
- Bei der Betreuung im 2. Lebensjahr wurde erst relativ spät die Herausnahme erwogen.

Wir haben daraufhin folgendes verändert:

- Auch bei Bagatellvorstellungen versuchen wir mit Einverständnis der Eltern Informationen vom bisher betreuenden Kinder- und Jugendarzt einzuholen (gegenseitige Information über Kurzbrief).

- Wir vereinbaren bei erheblichen Problemen immer eine Rückmeldung, falls ein Termin bei Überweisung nicht zustande kommt.
- Wir arbeiten sehr viel früher schon (das wäre hier schon mit 10 Monaten) mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bzw. Jugendamt – mit Einverständnis der Eltern – zusammen.
- Mit Hilfe der inzwischen erfolgenden Einladungen zu den Vorsorgeuntersuchungen sollten diese Familien früher auffallen. Bei Vorstellungen der Kinder sollte auch auf die Zahl der Arztwechsel geachtet werden.

FAZIT

Wichtig ist immer wieder, bestehende Strukturen zu überdenken und pragmatische Änderungen vorzunehmen, auch in der Zusammenarbeit zwischen Institutionen. Dabei müssen vor allem Überweisungsabläufe klar sein und durch Rückmeldungen abgesichert werden. Wirksame Hilfen kommen nur zustande, wenn die beteiligten Helfer und die Familie eine gemeinsame Problemsicht erarbeitet haben und die Verantwortlichkeiten der einzelnen für alle klar sind. Nur so können Konflikte zwischen den Institutionen, Unterversorgung oder die Anhäufung von Hilfsangeboten vermieden werden. Kooperation bedeutet die genaue Festlegung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

Zum Weiterlesen:

Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hrsg.):
Kindeswohlgefährdung – Erkennen und Helfen.
11. Aufl. Berlin, 2009.

■ Dr. med. Herbert Grundhewer
Brunsbütteler Damm 265
13591 Berlin
grundhewer@web.de

Fallbeispiel Vorgehen bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Elisabeth Mützel
Nikolaus Weissenrieder

Häufig kommen Sorgeberechtigte mit ihren Kindern wegen Auffälligkeiten im Spielverhalten oder auch Veränderungen am Genitale in die Praxis der niedergelassenen Kinder- und JugendärztInnen, wobei es sich häufig um Rötungen im Scheidenbereich, Juckreiz oder Ausfluss aus der Scheide handelt. Erschwerend kann hinzukommen, dass die Mutter des Kindes über Wochenendbesuche bei dem getrennt lebenden Ehemann/Vater berichtet. Die Veränderungen am Genitale fallen in solchen Fällen meist nach Rückkehr aus dem Wochenende auf, ggf. auch aggressives oder verstörtes Verhalten. Eine intensive Befragung des Kindes sollte nur durchgeführt werden, wenn der Untersucher die erforderliche spezielle Kenntnis in der Gesprächsführung besitzt. Gelingt eine Untersuchung des Kindes, hängt die Befunderhebung und -interpretation möglicher genitaler Veränderungen maßgeblich von der Erfahrung des Untersuchers ab. Gerade der Umgang mit Kindern bedarf einer langjährigen praktischen Erfahrung.

In den meisten Fällen werden keine „auffälligen“ Genitalbefunde erhoben, aber es kann eine sog. „Hands-off-Handlung“ vorliegen, d. h. das Kind zeigt unspezifische Verhaltensauffälligkeiten oder psychosomatische Symptome. Das weitere Vorgehen ist schwierig. Es liegen jedoch von der American Academy of Pediatrics Richtlinien vor, die das Vorgehen zur Beurteilung eines sexuellen Missbrauchs darstellen (AAP 1999, 2007).

Anhand eines Fallbeispiels soll dies und ein mögliches interdisziplinäres Vorgehen beim Verdacht auf sexuelle Gewalt dargestellt werden.

KASUISTIK

Ein 7-jähriges Mädchen wurde vom Vater in eine kindergynäkologische Praxis gebracht. Anamnestisch wurde ein seit 2 Jahren bestehender Ausfluss geschildert.

Bei der körperlichen Untersuchung ist der Entwicklungsstatus unauffällig, es findet sich ein neurologisch und motorisch altersentsprechend entwickeltes Kind. Krankheiten wurden verneint. Die familiäre Anamnese ohne Pathologie.

Das Mädchen war insgesamt sehr weinerlich und verschüchtert, bei einer sehr auffallend erwachsenen und differenzierten Ausdrucksweise. Die gynäkologische Untersuchung erfolgte auf der Liege. Die Untersuchungssituation gestaltete sich von Anfang an schwierig. Das Setting der Untersuchungssituation wurde genau erklärt. Der Umgang sollte spielerisch erfolgen, das Kind über die Untersuchung, so weit es das Alter des Kindes erlaubt, aufgeklärt werden. Die Untersuchung beginnt mit der Erhebung eines Ganzkörperstatus mit Untersuchung vom Kopf in Richtung Genitale. Der Körper des Mädchens wird abwechselnd entkleidet und wieder angezogen. Die Untersuchung gestaltete sich bei ausreichender Interaktion bis zur Inspektion des Genitales zäh aber organisch unauffällig. Bei der Untersuchung des äusseren Genitales durch Traktion und Separation der Schamlippen reagiert das Mädchen plötzlich heftig und verweigert jede weitere Untersuchung. Bei der kurzfristigen Inspektion bestand für den Untersucher der dringende Verdacht auf eine Hymenalverletzung. Dann musste die Untersuchung abgebrochen werden. Ein Kind darf nie zu einer Untersuchung am Genitale gezwungen werden.

Die Untersuchung mit einem Kind erfordert ebenso wie Befunderhebung und -interpretation viel Erfahrung und sollte in schwierigen Situationen nur von erfahrenen Kollegen durchgeführt werden. Die Untersuchung betroffener Kinder und qualifizierte Beurteilung der Genitalbefunde setzt fundierte fachliche Kenntnisse über die physiologische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen voraus (Weissenrieder 2002). Erkrankungen, die mit Verletzungen durch einen Missbrauch verwechselt werden könnten (z. B. Lichen sclerosus et atrophicus), müssen erkannt werden.

Der Vater wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass zeitnah eine nochmalige Untersuchung des Kindes zur Sicherung oder zum Ausschluss der Verdachtsdiagnose erfolgen muss. Insbesondere wurde er darauf hingewiesen, dass diese Untersuchung zum Schutz des Mädchens erfolgen muss, um eine mögliche sexuelle Gewalterfahrung auszuschließen oder zu bestätigen.

In Vorbereitung des Termins wurde durch den Kindergynäkologen der Kontakt zur Rechtsmedizin der LMU München aufgenommen und eine rechtsmedizinische Kollegin beigezogen, um dem Kind die Auswahl der untersuchenden Person (Mann oder Frau) zur Vermeidung einer weiteren Traumatisierung zu ermöglichen. Zunächst erschien der Vater alleine, da das Kind sich weigerte, zu kommen. Nach erneuter ausführlicher Information des Vaters über die Dringlichkeit der Untersuchung und



mögliche Konsequenzen (Einschaltung Jugendamt) wurde das Mädchen nach einer gewissen zeitlichen Verzögerung gebracht.

Das Mädchen war von Anfang an weinerlich, folgte dem Vater nur widerstrebend in die Untersuchungsräume. Trotz Zureden gelang eine Inspektion des Genitales nicht.

Das Mädchen äußerte diffuse Ängste, auch Angst, dass „ihr was in die Scheide gesteckt werde“. Deutlich fiel auch jetzt die recht erwachsene Ausdrucksweise auf.

Wenn ein Kind Verhaltensauffälligkeiten zeigt, kann es ggf. an einen psychologischen Kollegen, der Erfahrung im Umgang mit sexuell missbrauchten Kindern hat, überwiesen werden oder zur diagnostischen und therapeutischen Abklärung in ein Kinderzentrum gebracht werden.

Die geplante körperliche Untersuchung wurde abgebrochen. Der Vater wurde kurzfristig gebeten, im Wartezimmer verbliebene Anziehsachen des Mädchens zu holen und dort kurz zu verweilen. Mit dem Mädchen wurde im angepassten Setting (Spielsituation) eine erweiterte Anamnese durchgeführt. In Abwesenheit des Vaters schilderte das Mädchen jetzt Schläge durch den größeren Bruder beim Spielen. Beim anschließenden Gespräch mit dem Vater berichtete dieser über auffälliges Verhalten des Jungen und einer Betreuung durch das Sozialamt/Jugendamt.

In Absprache mit dem Vater wurde die Untersuchung des Mädchens abgebrochen und ein Termin für eine Narkoseuntersuchung vereinbart. Eine solche sollte nur dann erfolgen, wenn alle anderen Möglichkeiten des spielerischen Umgangs mit dem Kind, um es zu untersuchen, nicht gelingen und ein konkreter Verdacht auf sexuelle Gewalt besteht.

Notwendige Narkoseuntersuchungen erfolgen nicht in der Praxis des Kindergynäkologen, sondern in Kooperation mit einer Kinderklinik vor Ort. Das Mädchen zeigte von Anfang an das bekannte Verhalten, obwohl zunächst nur Kinderärzte und Anästhesistin Kontakt zum Kind hatten. Die Untersuchung in Narkose bestätigte den Verdacht des Kindergynäkologen auf einen sexuellen Übergriff auf das Mädchen: der Hymen war nur noch in Resten vorhanden. Es fand sich ein extrem schmaler Hymenalsaum zwischen 1–2 mm zwischen 3 und 9 Uhr, von 9 bis 11 Uhr war kein Saum und von 1 bis 3 Uhr ebenfalls nur noch ein sehr schmaler Saum vorhanden. Es war bei der Untersuchung ein deutlicher Uringeruch vorhanden, das Kind befand sich in einem schlechten Pflegezustand. Nach der Untersuchung wurde ein Gespräch mit dem Vater über den Befund und das weitere Vorgehen durchgeführt.

WEITERES VORGEHEN:

Ein Termin mit dem Allgemeinen Sozialdienst/Jugendamt wurde über den Kindergynäkologen vereinbart. In einer gemeinsamen Helferkonferenz (Allgemeiner Sozialdienst, Jugendamt, Rechtsmedizin, Kindergynäkologe) einigte man sich, von einer Anzeige zunächst Abstand zu nehmen. Eine Aussage des Mädchens in dem Zustand wäre nicht Erfolg versprechend gewesen. Das Mädchen wurde eine Woche später aus

der Familie in eine Pflegefamilie gegeben mit der Option der Rückführung nach einiger Zeit. Der größere Bruder wurde ebenfalls aus der Familie genommen. Im Rahmen dieser Maßnahmen gestand der Junge die sexuellen Übergriffe auf die Schwester und zugleich Übergriffe auf ihn selbst durch den Stiefgroßvater.

Es ist sicher nicht einfach, im Rahmen einer „normalen“ Sprechstunde einen derartigen „Problemfall“ gut zu lösen. Die Fragen „Wie geht man damit um?“, „Was mache ich als nächstes?“ oder „Habe ich einen auffälligen Befund erhoben?“ u. a. müssen schnell und kompetent gelöst werden. Die American Academy of Pediatrics hat bereits 1999 (2005) Richtlinien für die Beurteilung sexuellen Missbrauchs von Kindern erstellt und legt dar, dass die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs u. a. abhängt von der Bereitschaft des Arztes, einen Missbrauch des Kindes überhaupt in Erwägung zu ziehen (AAP 1999). Fest steht, dass die Verpflichtung, einem Kind zu helfen, erfüllt werden muss und nicht einfach ignoriert werden kann. Das Wohl des Kindes sollte immer im Vordergrund stehen.

■ Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel
Leiterin der Ambulanz am
Institut für Rechtsmedizin der LMU München
Nußbaumstraße 26
80336 München
elisabeth.muetzel@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder
Frauenarzt/Kinder- und Jugendarzt,
Kinder- und Jugendgynäkologe München
Praxiszentrum Saarstrasse
Saarstraße 7
80797 München
Info@Praxiszentrum-Saarstrasse.de

Literaturangaben unter:



Fallbeispiel zum Thema Vernachlässigung aus der Sicht einer niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin

Rose-Renate Nowotzin

Mike ist 7 Jahre alt und kommt in unregelmäßigen Abständen mit seiner Großmutter in die Praxis, immer dann, wenn er wieder Atemnot hat.

DIAGNOSEN

- allergisches Asthma bronchiale mit Verstärkung durch Infekte
- Allergie auf Hausstaubmilbe und Tierhaare (Katzen- und Hundehaare)
- Adipositas

ANAMNESE

Sozialanamnese:

Zur Familie gehören Mike, seine Mutter (alleiniges Sorgerecht), seine Großmutter und der Partner der Großmutter.

Die Erwachsenen sind alle Raucher, auch in der Wohnung.

In der gemeinsamen Wohnung leben noch 3 Katzen und 2 Meerschweinchen.

Die Mutter arbeitet nachts als Kellnerin und schläft tagsüber. Die Großmutter übernimmt die Versorgung von Mike. Sie ist selbst krank mit massiven Rückenbeschwerden und einer depressiven Verstimmung (nimmt Antidepressiva und Schmerzmittel, einschließlich Morphin). Der Partner der Großmutter ist arbeitslos und spielt für Mike keine große Rolle.

Mike geht in die erste Klasse der Grundschule.

Aktivitäten wie Fußballspielen, auf den Spielplatz gehen oder einen Verein besuchen, finden nicht statt, da keiner die Möglichkeit hat, den Jungen dorthin zu begleiten.

Krankheitsgeschichte:

Eine Dauertherapie mit steroidhaltigem Spray während der Infektsaison wird von der Familie nicht durchgeführt. Der Einsatz von Bronchodilatoren erfolgt willkürlich – der Junge bekommt an Spray, was eben gerade zu Hause verfügbar ist, auch Medikamente der Großmutter.

Das Angebot einer Asthmaschulung der Mutter und/oder Großmutter wurde abgelehnt, Beratungen zur Ernährung und Bewegung im Hinblick auf die Adipositas gehen ins Leere.

PROBLEMSTELLUNG

Anlässlich einer schweren Exacerbation des Asthmas, die auch zu einem Klinikaufenthalt führt, fügt die Ärztin die Risikofaktoren zusammen, soweit sie von ihr beobachtet wurden, und trägt sie auf einen Zeitstrahl ein.

Dabei fällt auf,

- dass bereits seit zwei Jahren die fehlende Compliance Probleme macht,
- dass ebenso lange aufgefallen ist, dass die Kleidung des Kindes und das Vorsorgeheft nach Rauch stinken,
- dass seit der U 7a eine Übergewichtsentwicklung dokumentiert ist, die nicht Perzentilen parallel, sondern weiter ansteigend verläuft,
- dass die Mutter seit ca. einem Jahr nicht mehr in der Praxis gesehen wurde, sondern immer nur die Großmutter, die mit ihren eigenen Krankheiten beschäftigt scheint,
- dass die Hinweise darauf, dass die Tiere im Haushalt für Mike gesundheitsschädlich seien, beantwortet werden damit, dass er doch so an ihnen hänge und sonst nichts Lebendiges zum Spielen habe, nur seine Playstation.

HANDLUNGSSCHRITTE

Nach telefonischer Rücksprache mit der Mutter und im Einverständnis mit ihr nimmt die Ärztin Kontakt zur Klassenlehrerin auf und erfährt von dieser

1. dass Mike in der Klasse sozial massive Probleme wegen seines Gewichts und seiner Unsportlichkeit habe,
2. dass es ihm sehr schwer falle, dem Unterricht zu folgen und den Stoff zu verarbeiten,
3. dass es durch die vielen Schulfehlzeiten wegen der Infekte und der Atemnot für Mike sehr schwierig sei, das Versäumte nachzuarbeiten und
4. dass die Schule im Regelbetrieb dies auch nicht auffangen könne.

Daraufhin stellt die Kinderärztin diesen Fall in anonymisierter Form einer „Insoweit erfahrenen Fachkraft“ (InsoFa) vor und berät sich mit ihr.

ERGEBNIS DER BERATUNG MIT DER INSOFA

Gemeinsam kommen sie zu dem Schluss, dass die Entwicklung von Mike – gesundheitlich und erzieherisch – gefährdet erscheint, dass also eine Kindeswohlgefährdung vorliegt im Bereich Vernachlässigung. Die bisherigen Bemühungen der Ärztin zur Schulung der Betreuungspersonen und zur Verbesserung der Compliance im Rahmen der Asthmatherapie haben keinen Erfolg gezeigt.

Zur weiteren notwendigen Unterstützung des Familiensystems wird die Hilfe des Jugendamts benötigt.

Davor bestellt sich die Ärztin die Mutter zum Gespräch in die Praxis und eröffnet ihr, dass sie das Wohl von Mike als gefährdet ansieht und deshalb das Jugendamt für weitere Unterstützung mit einbezogen werden soll. Die Mutter stimmt diesem Vorschlag nicht zu, sodass die Ärztin schriftlich das Jugendamt informiert gegen den Willen, aber mit dem Wissen der Mutter.

Einschaltung des Jugendamtes durch schriftliche Meldung eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung (nach § 8a SGB VIII)

Nach einem Besuch der zuständigen Mitarbeiterin des Jugendamtes bei der Familie kommt es zu einem Treffen an einem runden Tisch im Jugendamt, an dem die Mutter, die Großmutter, die Ärztin, die Lehrerin und eine Familienhelferin teilnehmen und bei dem Folgendes vereinbart wird:

1. Mike erhält in der Schule nachmittags eine zusätzliche Betreuung mit dem Ziel, ihn bei den Hausaufgaben zu fördern und ihn auch mit Spielen und Bewegungsangeboten zu unterstützen.
2. Eine sozialpädagogische Familienhilfe wird eingesetzt, um die Mutter in ihrer erzieherischen Kompetenz zu fördern und zu stärken, damit gewährleistet wird, dass Mike eine positive Entwicklung nehmen kann.
3. Hierbei soll auch die Großmutter mit einbezogen werden, insbesondere für die Zubereitung und die geregelte Einnahme von Mahlzeiten, sowie zur Anleitung und Anregung von bewegungsfördernden Maßnahmen und gemeinsamen Spielen in der Familie, sowie Reduktion des Medienkonsums.
4. Auf eine Verhaltensänderung – Rauchen außerhalb der Wohnung und langfristig Trennung von den Haustieren – soll hingearbeitet werden.
5. Die Familie erhält die Auflage, regelmäßig zu den medizinischen Kontrollen in die Praxis zu kommen und konsequent die verordneten Medikamente zu geben – und ausschließlich diejenigen, die für Mike bestimmt sind. Die Familienhelferin wird mindestens einmal die Familie in die Praxis begleiten, um auch den Umgang mit einem asthmakranken Kind mitzubekommen.

6. Die Mutter entbindet die Hilfesysteme gegenseitig von der Schweigepflicht, so dass transparent und zeitnah miteinander Kontakt gehalten werden kann, wenn dies notwendig wird.

■ *Dr. med. Rose-Renate Nowotzin
Kinder- und Jugendärztin
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62
70174 Stuttgart
r.nowotzin@klinikum-stuttgart.de*



Das Gespräch mit Eltern und Kind bei Verdacht auf Kindswohlgefährdung

Harald Tegtmeyer-Metzdorf

Fallbeispiel: Ein 5 Jahre alter Junge wird beim Pädiater vorgestellt mit einer Ablederung am Penis. Als Erklärung erzählt die Mutter, dass er sich das – wohl – beim Hochziehen des Reißverschlusses der Hose zugezogen habe. Sie selber habe das aber nicht direkt beobachten können. Der Kinder- und Jugendarzt fragt vorsichtig nach, ob auch noch andere Gründe die Verletzung erklären könnten. Die Mutter versteht das zunächst nicht. Er konkretisiert, ob auch Missbrauch in Frage kommen könnte. Sie erwidert, dass sie sich in der Bekanntschaft niemanden vorstellen könne, der dazu fähig sei. Auf den Einwand des Arztes, dass das auch schon einmal der eigene Mann und Vater des Kindes sein könnte, reagiert sie entsetzt und ist in ihrem Vertrauen dem Kinderarzt gegenüber erschüttert. Im weiteren Verlauf wird klar, dass die angegebene Ursache der Verletzung tatsächlich auch dafür verantwortlich war. Die Mutter erzählt bei der nächsten Vorstellung, dass sie nahe daran gewesen sei sich einen anderen Kinderarzt zu suchen.



DIE ROLLE DES KINDER- UND JUGENDARZTES BEI VERDACHT AUF KINDSWOHLGEFÄHRDUNG

Das Fallbeispiel zeigt auf, in welcher Ambivalenz sich der Arzt oder die Ärztin befindet, wenn Auffälligkeiten eine Misshandlung oder einen Missbrauch als denkbar erscheinen lassen, gleichzeitig aber ein Ansprechen einen Tabubruch darstellt (1), der den Verlust des Patienten zur Folge haben kann, wenn der Verdacht unberechtigt sein sollte. Eine zentrale Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes ist es aber, sich als Spezialist für eine bestmögliche gesunde körperliche und seelische Entwicklung des Kindes einzusetzen. In erster Linie sind die Eltern als Erziehungsberechtigte für das Wohl ihres Kindes verantwortlich. Das kann sowohl durch ein schädliches Tun als auch durch Unterlassung von Sorge, Pflege und Betreuung gefährdet sein, das heißt durch Misshandlung, durch Missbrauch oder durch Vernachlässigung. Durchschnittlich kommt jeden Tag ein Kind durch körperliche Gewalt ums Leben (2), weshalb dieses Thema besonders den Jugendämtern auf den Nägeln brennt. Beim Anhalt für eine Kindswohlgefährdung ergibt sich neben dem Austausch mit dem Opfer sowohl für die behandelnden Kinder- und Jugendärzte als auch für die Eltern die Chance, über die Gründe und Abläufe, die dazu geführt haben, ins Gespräch zu kommen und eine weitere Gefährdung abzuwenden.

Daraus resultieren Thema und Inhalt dieses Artikels: Wie lässt sich ein passender Rahmen für ein vertrauensvolles Gespräch mit dem betroffenen Kind, ggf. auch mit den Eltern herstellen, welche Inhalte sind zu berücksichtigen, und welche Ziele sollten im Auge behalten werden?

DAS GESPRÄCH IN HINBLICK AUF DIE GESETZLICHEN GRUNDLAGEN

Je nach Alter des betroffenen Kindes und seines sprachlichen Entwicklungsstandes, des Erinnerungsvermögens und der kognitiven Differenzierung kommt dem einfühlsamen Gespräch mit dem Kind eine mit dessen Alter zunehmende Bedeutung zu. Dieses wird sich im Rahmen von polizeilicher oder staatsanwaltschaftlicher Ermittlung und Beweisaufnahme anders vollziehen und auch andere Absichten verfolgen. Seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) am 01.01.2012 gibt es dagegen für den behandelnden Pädiater keine Anzeige- oder Meldepflicht. Allerdings gibt es die Notwendigkeit, eine drohende zukünftige (weitere) Kindswohlgefährdung abzuwenden, so dass er sich Aufschluss einerseits über Ausmaß, Häufigkeit und Nachhaltigkeit der Schädigung beim Opfer und andererseits über Motive, Belastungsfaktoren, Einsicht, Selbstkritik und Änderungsmotivation und -chancen sowie Ressourcen beim Verursacher verschaffen muss. Schließlich unterliegt er auch einer Dokumentationspflicht, der er in diesem komplexen Ablauf zu genügen hat. Im Gegensatz zu einem Krankenhausarzt oder einer Krankenhausärztin ist der oder die Niedergelassene zunächst allein und eben nicht in ein definiertes Team eingebunden. Deshalb spielt gerade in einem solchen Fall eine gute Vernetzung mit niedrigschwelligen Kontakten, insbesondere mit dem Jugendamt, eine bedeutsame Rolle.

bvkJ.

DAS GESPRÄCH MIT DEM OPFER

Bei dem vermeintlichen Opfer sollte sich der behandelnde Arzt oder die Ärztin, wenn irgend möglich, unverzüglich die Zeit zum Bericht über entsprechende Vorfälle nehmen, insbesondere dann, wenn sich das Kind von sich aus an den Pädiater wendet und davon erzählen will. Ein anderenfalls notwendiger zweiter Anlauf für ein solches Gespräch ist mit der Ungewissheit belastet, ob es erneut den Mut dafür aufbringt oder auch vom Verursacher zwischenzeitlich unter Druck gesetzt wird. Eine zeitnahe Berichterstattung ermöglicht außerdem eine detailliertere und weniger in der Erinnerung deformierte Darstellung. Je jünger das Kind, desto problematischer ist überdies das Erinnern von lange zurückliegenden Ereignissen. Die Möglichkeit zur adäquaten sprachlichen Mitteilung ist naturgemäß abhängig von Alter und Entwicklungsstand des Kindes. Bei behinderten Kindern kann es gänzlich unmöglich sein, verwertbare Aussagen zu erhalten. Teilweise ist es hilfreich, wenn das Opfer die Vorgänge mit dafür geeigneten Puppen nachspielt.

Ein gelöstes Erzählen ist aufgrund von Loyalitätskonflikten und der Abhängigkeit von den Eltern vielfach nicht zu erwarten. Die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse ist unter solchen Bedingungen häufig nicht geübt. Bei einer in paradoxer Weise darunter möglichen Idealisierung der Eltern wird die Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung verdrängt. Nicht selten erzeugen aber auch Einschüchterung oder Drohungen von Täterseite Angst und lassen es verstummt und einsam zurück. Dasselbe ist auch bei außerfamiliären Tätern geläufig. Umso mehr gilt es, das Kind im Bericht zu ermutigen, Verständnis zu zeigen, offene Fragen zu stellen und nicht zu werten. Man sollte nicht mit der Tür ins Haus fallen. Bohrende Fragen, Suggestion, Ungeduld oder Unverständnis hemmen den Gesprächsfluss ebenso wie das Zeigen von emotionaler Betroffenheit. Das Opfer will sich angenommen, verstanden und sicher fühlen. Dazu braucht es eine entspannte Atmosphäre auf ärztlicher Seite. Unterbrechungen durch Anrufe oder Anliegen von der MFA sind tunlichst zu vermeiden. Ärzte allgemein, aber auch Pädiater sind es von ihrem beruflichen Alltag her gewohnt, Schilderungen schon nach kurzer Zeit zu unterbrechen, viele Fragen zu stellen und in kurzer Zeit die für sie wesentlichen Aspekte für ihre therapeutischen Empfehlungen zur eruieren. Im Gespräch mit dem Opfer dagegen ist Erzählen lassen und Zuhören notwendig. Dabei sind die Ärztin oder der Arzt auch nicht in der staatsanwaltschaftlichen Rolle: Es geht nicht in erster Linie um eine wasserdichte Beweisführung gegen den Täter. In der ärztlichen Rolle sollten aber auch keine Zusagen zu einer grundsätzlichen Verschwiegenheit oder zum weiteren Verlauf gemacht werden, da dies nicht in dessen Hand liegt. Transparenz im Vorgehen sollte spürbar sein, falsche Versprechungen sollten gemieden werden.

Beim niedergelassenen Pädiater kann das schnell in Konflikt mit dem Druck durch das volle Wartezimmer führen, gerade während der Infektsaison in der kalten Jahreszeit. Durch eine flexible und schnell versuchte Umbestellung von bald anstehenden längeren Terminen, wie einer Vorsorgeuntersuchung, können die Rahmenbedingungen ggf. entspannt werden. Für

den Arzt oder die Ärztin sind solche Gespräche in der Regel eine Herausforderung, da sie nicht an der Tagesordnung und oft mit Ängsten verbunden sind, den divergierenden Erwartungen in der Situation nicht genügen zu können oder durch Fehler in der Gesprächsführung den erhofften Aufschluss zu verpatzen.

Allgemein erhebt sich aber die Forderung danach, dass der Kinder- und Jugendarzt ausnahmslos und primär der Anwalt des Kindes sein muss. Mit diesem Selbstverständnis darf er deshalb nicht den Kopf in den Sand stecken und notwendige Gespräche umgehen. Einmal in die Situation gekommen, gilt es, sich möglichst entspannt dem Kind zu widmen und das Beste aus der Situation zu machen.

DAS GESPRÄCH MIT DEM TÄTER

In anderer Weise schwierig ist das Gespräch mit den Eltern oder einem Elternteil, wenn eine Täterschaft z. B. durch Andeutungen in der Anamnese, nicht plausible Erklärungen oder ein allzu langes Intervall bis zur Vorstellung des Kindes zu vermuten ist. Wie im eingangs dargestellten Fallbericht belasten nicht selten Erfahrungen von missglückten Gesprächen oder die Sorge vor Fehlinterpretation von Symptomen und unzutreffender Beschuldigung mit drohendem Patientenverlust Einstieg und Verlauf. Weiterhin sollte sich der Pädiater seiner eigenen Affekte bewusst sein mit möglicher Ablehnung und (Vor-)Verurteilung des vermeintlichen Täters oder auch aufkochenden Emotionen, wenn der Pädiater vielleicht früher selber am eigenen Leib von Missbrauch oder Gewalt betroffen gewesen sein sollte.

Unbeholfene Aussagen können kontraproduktiv wirken und die andere Seite verschließen. Durch die Exploration von familiären Belastungen, Erschöpfung und sozialem Druck kann man sich dem Thema von Misshandlung und Missbrauch nähern. Die Frage nach erlebter Anstrengung und dem Umgang mit den Kindern in Konflikten gibt dem Täter eine Möglichkeit, z. B. die eigene Unbeherrschtheit zu thematisieren. Natürlich gilt es auch dabei, auf keinen Fall zu bewerten und zu verurteilen. Die Aufklärung der Eltern über die Aufgaben als Pädiater in solchen Situationen und das Fehlen von einer Anzeigepflicht können wegbereitend für einen offenen Austausch und die gemeinsame Suche nach Lösungen sein. Gesprächsschulung und -praxis im Rahmen von Psychosomatik und Beratung bei chronischen Erkrankungen sind hilfreich, da das die richtige Wortwahl erleichtert und Sicherheit in der Gesprächsführung vermittelt.

GRÜNDE FÜR KINDSWOHLGEFÄHRDUNG

Der ärztlichen Seite sollten mögliche Gründe für Fehlverhalten von Eltern und die psychische Situation des Opfers gewärtig sein. Die Gründe bei den Eltern sind vielfältig: Bei der Misshandlung reichen sie von der Übernahme des selbst so erlebten „Modell“-Verhaltens in der eigenen Herkunftsfamilie und einem damit einhergehenden eingeschränkten Verhaltensre-

pertoire für mögliche Konfliktlösungen über eine geminderte Wahrnehmung von Bedürfnissen auf der Seite der Kinder oder deren Fehlinterpretation, eine geringe verbale Kompetenz, der Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen bis hin zu eigenen, insbesondere externalisierenden Störungen mit herabgesetzter Impulskontrolle. Eine Kombination von Problemen und Defiziten ist dabei eher die Regel denn die Ausnahme, nicht selten wiederum zusammen mit schwierigen sozialen Bedingungen wie Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen, Armut oder Trennung. Wer wenig Erfolgserlebnisse hat, sich kaum etwas leisten kann, selber unter ähnlichen Bedingungen aufgewachsen ist und als Kind vor allem Gewalt als „Lösung“ von Konflikten kennengelernt hat, der wird nur unter glücklichen Bedingungen zu anderen Formen des Umgangs mit Problemen finden.

Bei internalisierenden Störungen wie Depression oder Angststörungen und bei Medikamentenmissbrauch wird Vernachlässigung wahrscheinlicher. Häufig paart sich dieses ebenfalls mit Sozialisationsdefiziten und schwierigen sozialen Bedingungen.

Schließlich geht es bei Missbrauch um eine heterogene Gruppe von Menschen, die nicht selten selber in ihrer Kindheit Missbrauch erleben mussten und nicht über adäquate Muster verfügen, zu Menschen aus ihrer Altersgruppe Nähe und Kontakt aufzubauen. Dabei spielt das Machtgefälle eine besondere Rolle. So wiederholen sich nicht selten und in fataler Weise Geschichten von einer Generation hin zur nächsten. Die Täter sind überwiegend in der näheren Familie zu suchen. In besonderen Fällen gibt es Männer, die sich alleinerziehende Mütter suchen und an deren Töchtern vergehen.

Psychische Erkrankungen mit Depression, Antriebslosigkeit, vielleicht Psychose und Wahnvorstellungen oder auch Unbeherrschtheit bei eigener Erfahrung von Misshandlung und Vernachlässigung müssen also wenn möglich eruiert werden. Das Wissen um die Bedingungen, die zur Kindswohlgefährdung führen können, ermöglicht es dem Arzt oder der Ärztin, sich mit gezielten Fragen dem vermuteten Geschehen zu nähern. Vom Setting her sind Gespräche ohne das betroffene Kind anzustreben, was nicht immer leicht zu organisieren ist. Auch fehlt dem mutmaßlichen Akteur vielleicht das Interesse an einem Austausch darüber. In solchen Fällen kann die Einbeziehung des Jugendamtes notwendig werden, um eine im Raum stehende Gefährdung für weitere Handlungen gegen das Kind abzuwenden. Die wichtigste Voraussetzung für den zukünftigen Schutz ist die Gesprächsbereitschaft von Seiten der Eltern. Wenn diese nicht aufkommt, sollten die hier angeführten Folgen offen besprochen und ggf. eine stationäre Einweisung in eine Kinderklinik vorgenommen werden.

Eltern oder Elternteile, die ihre Kinder misshandeln, missbrauchen oder vernachlässigen, kommen im günstigen Fall hilfesuchend zum Kinderarzt oder -ärztin. Dabei entsteht das Gespräch über das zumeist mit Schuld- oder Schamgefühlen besetzte Verhalten in der Regel nicht offensiv von elterlicher Seite, sondern entwickelt sich auf der entschlossenen Haltung zur Aufklärung von fragwürdigen Ereignissen oder Abläufen her-

aus. Es impliziert aber auch Misstrauen gegen die Aussagen der Eltern oder zumindest eines Elternteiles. In einer normalen Behandlungssituation fragt die Ärztin oder der Arzt nach, um Ergänzungen und Differenzierungen zu den Schilderungen der Eltern zu erhalten, aber er stellt den Wahrheitsgehalt nicht in Frage und unterstellt keine Motivation zur Verschleierung des wahren Sachverhalts. Das kommt ggf. erst dann auf, wenn es unübersehbare Unstimmigkeiten gibt, die befürchten lassen, dass dem Kind Gewalt angetan wurde, dass es missbraucht oder grob vernachlässigt sein könnte. Damit droht dann aber auch die „Stimmung zu kippen“. Bedeutsam sind dann andererseits positiv verlaufene Kontakte im Vorfeld, die eine Basis für Vertrauen schaffen können. Von ärztlicher Seite darf es deshalb zu keiner voreiligen Schuldzuweisung oder moralischen Verurteilung kommen, da dies eine Öffnung von Seiten der Eltern unwahrscheinlich macht und so zu keiner Lösung des Problems führen würde. Das primäre Ziel des Arztes oder der Ärztin muss neben der Aufklärung von vergangenen Fehlhandlungen vor allem die Verhinderung von neuerlichen Taten gegen das Kind sein.

So ergibt sich für den behandelnden Arzt oder die Ärztin ein Spagat von einer möglichst guten Klärung der Vorgänge und Dokumentation von Befunden einerseits und einer bedächtigen Besprechung mit den Eltern andererseits. Wenn sich dabei der Täter oder die Täterin dem Kinderarzt oder der -ärztin anvertraut und von einer Strategie von Leugnung und Vertuschung Abstand nimmt, dann sind die Weichen im Sinne des betroffenen Kindes und des Kinderschutzgesetzes gut gestellt und die vordringlichen Ziele im Gespräch erreicht.

■ *Dipl.-Psych. Dr. med. Harald Tegtmeier-Metzdorf
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie, Psychotherapie
Sprecher des Ausschusses für Psychosomatik und Psychotherapie
im BVKJ
Kemptener Straße 28
88131 Lindau
dr.harald.tegtmeyer@t-online.de*

Literaturangaben unter:



„Remed-online“ – konsiliarischer Online- dienst der Kinderschutz- ambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München

Elisabeth Mützel

Das Telemedizinportal „Remed-online“ stellt ein Angebotsmodul der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München mit Förderung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration dar. Als Kompetenzzentrum für gesamt Bayern soll Ärztinnen und Ärzten sowie den Jugendämtern, die nicht im direkten räumlichen Bezug zur Ambulanz tätig sind, über das Telemedizinportal Gelegenheit gegeben werden, sich mit Fällen oder Fragen zum Thema Kindeswohlgefährdung an die Kinderschutzambulanz zu wenden.



Gewalt gegen Kinder und Jugendliche stellt eine „nicht zufällige, bewusste oder unbewusste, gewaltsame, psychische oder physische Schädigung dar, die in Familien oder Institutionen (beispielsweise Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht und zu Verletzungen, Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tod führt und die das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht“¹.

In bundesdeutschen Dunkelfeldstudien aus den 1990er Jahren wurde das Ausmaß körperlicher Gewalthandlungen gegenüber Kindern und Jugendlichen durch Eltern/Erziehungsberechtigte mit 70–80% angegeben. Das Ausmaß der Kindesvernachlässigung in Deutschland ist dagegen nur schwer bestimmbar. Das Robert Koch-Institut kommt im Rahmen seiner Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42 „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“, zu dem Ergebnis, dass Gewalt gegen Kinder überwiegend in der Familie stattfindet².

Besonders gefährdet sind Kinder im Alter von bis zu drei Jahren, was wohl an der größeren körperlichen Verletzlichkeit und der Abhängigkeit jüngerer Kinder von elterlicher Fürsorge, ferner wohl der Unfähigkeit, sich anderen mitzuteilen, liegt³.

Kenntnis über eine mögliche Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen erlangen Ärzte häufig zufällig im Rahmen einer Untersuchung, die meist zunächst aus anderen medizinischen Gründen heraus erfolgt. Oder Mitarbeiter der Jugendhilfe konsultieren einen Arzt mit der Bitte um Untersuchung eines Kindes zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung, nachdem zuvor z. B. von Privatpersonen direkt oder auch über den Kindergarten bzw. die Schule entsprechende Verdachtsmomente geäußert worden sind.

Um die o. g. Berufsgruppen zu unterstützen und den Kinder- und Jugendschutz aktiv zu übernehmen, wurde in München am Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität im April 2011 eine Kinderschutzambulanz mit Förderung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration eröffnet.

KINDERSCHUTZAMBULANZ

Das Angebot der Kinderschutzambulanz umfasst eine kostenlose Untersuchung von Opfern, Dokumentation von Verletzungen und Sicherung von Spuren. Des Weiteren ist eine telefonische Beratung möglich, die auch anonym erfolgen kann. Da die Struktur der Ambulanz niederschwellig aufgebaut ist, können sich neben Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe auch Sorgeberechtigte und Betroffene aus gesamt Bayern an die Ambulanz wenden. Aufgrund der räumlichen Entfernung ist ein persönlicher Kontakt nicht in allen Fällen möglich, weswegen ein Online-Dienst eingerichtet wurde, „Remed-online“.

„REMEDI-ONLINE“

„Remed-online“ ist ein Telemedizinportal der Kinderschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin, das kostenlos genutzt werden kann. Auf diesem Portal können sich Ärztinnen und Ärzte in Bayern Auskunft über das Erkennen von körperlicher und sexueller Gewalt von Kindern und Jugendlichen einholen, aber auch Auskunft zur Dokumentation, Spurensicherung und arztrechtlichen Aspekten.

Mittlerweile ist es auch für Jugendamtsmitarbeiter möglich, Kontakt über „Remed-online“ mit dem Ambulanzteam der Kinderschutzambulanz aufzunehmen.

STRUKTUR VON „REMEDI-ONLINE“

Um eine Anfrage zu stellen, kann man sich unter www.remed-online.de anmelden (Abbildung 1). Die Anmeldung erfolgt über den Login des BVKJ oder über DocCheck. Für die Jugendämter gibt es persönliche Kennungen.

Zunächst kann die anfragende Person Daten zu sich selbst angeben, die Anfrage kann aber auch anonym erfolgen.

Im Weiteren sollten Daten zum Opfer angegeben werden, wobei sich diese auf wenige für die Beurteilung wichtige Daten beschränken: Alter, Geschlecht, Ethnizität.

Danach können Angaben zum Fall eingegeben werden, wobei noch eine Untergliederung in Anamnese und Untersuchung vorhanden ist (Abbildung 3).

Abb. 1 Startseite von „Remed-online“



Nach der Anmeldung erscheint ein Eingabeformular, über das die Anfrage geschickt werden kann (Abbildung 2).

Abb. 2 Eingabeformular des Anfragenden

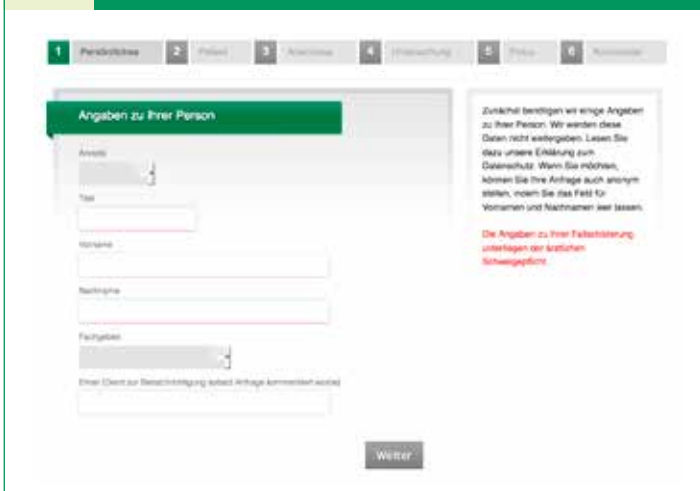
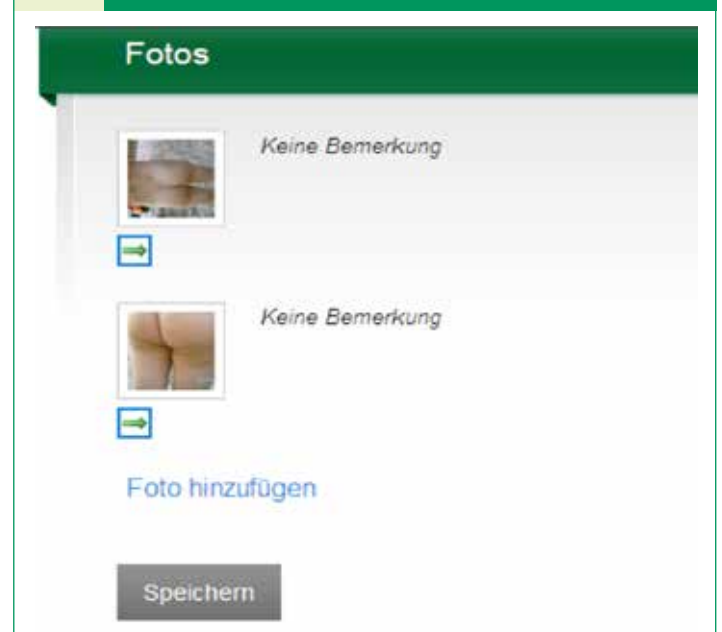


Abb. 3 Felder für Anamnese und Untersuchung (Darstellung eines fiktiven Falles)



Es ist möglich, nach der Beschreibung des Falles Bilder mitzuschicken (Abbildung 4).

Abb. 4 Auf „Remed-online“ übersandte Bilder



Über „Kommentarfelder“ können dann die anfragende Person und die Beraterin/der Berater des Instituts miteinander kommunizieren. Sobald ein Kommentar abgeschickt wurde, erhält die jeweils andere Person über E-Mail die Information, dass eine Nachricht von „Remed-online“ eingegangen ist, loggt sich mit seinem Passwort ein und kann dann seinen „Fall“ bearbeiten.

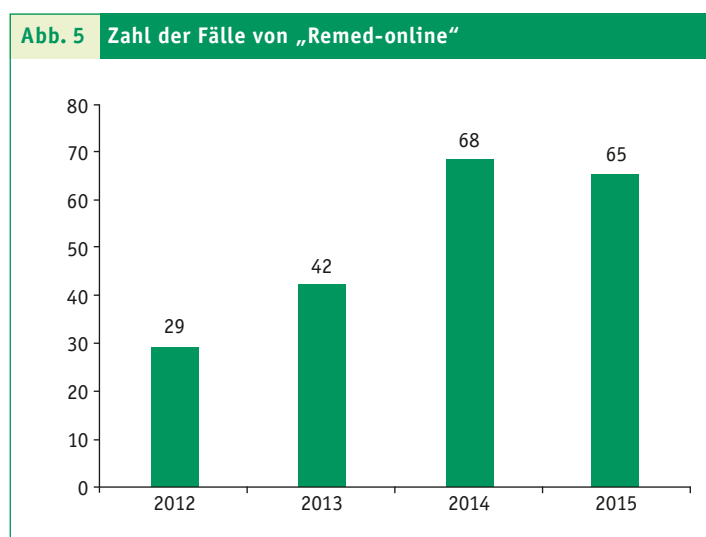
Sollten andere inhaltliche oder auch technische Probleme auftreten, ist es möglich, über ein Kontaktformular diese Fragen an uns zu richten oder auch über E-Mail :

support.remed-online@med.uni-muenchen.de

Das Portal ist damit sehr anwenderfreundlich gestaltet. Bei Problemen ist jederzeit und schnell technische Unterstützung möglich.

ERGEBNISSE

„Remed-online“ wurde erst im Laufe des Jahres 2012 eröffnet. Bereits in der ersten Förderphase, die bis Ende 2013 ging, war der Bedarf an der Nutzung von „Remed-online“ deutlich erkennbar. In der zweiten Förderphase nahm die Inanspruchnahme zunächst deutlich zu, 2015 konnte dann erstmals eine konstante Fallzahl zu 2014 beobachtet werden (Abbildung 5).



Die Auswertung von 2015 ergab, dass sich in 10 von 65 Anfragen erkennbar niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an das Kinderschutzteam wandten und in weiteren 6 konnte dahingehend keine Auswertung erfolgen, weil nicht angegeben war, woher die Kolleginnen und Kollegen kamen. Ein weiterer großer Anteil von Anfragen kam von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, ein kleinerer Teil bislang von den Jugendämtern (diese wurden erst Ende 2013 eingebunden).

ZUSAMMENFASSUNG

Das Telemedizinportal „Remed-online“ der Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität München stellt eine anwenderfreundliche Plattform dar, um Anfragen und Fälle auch für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe für gesamt Bayern zu ermöglichen. Das Angebot dient insbesondere solchen Personen als Zugangsförm zur Kinderschutzambulanz, die nicht im Raum München leben und Rat und Unterstützung bei der Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung suchen. Das Angebot ist kostenlos, die Anfrage kann anonym erfolgen, die Falldarstellung ebenfalls.

Die zunehmende Anzahl der Anfragen zeigt einerseits die Bedeutung dieses Portals, Kolleginnen und Kollegen bei Fragen zur Kindeswohlgefährdung zu unterstützen, andererseits sorgt es aufgrund der interdisziplinären Beurteilung für mehr Sicherheit beim Umgang mit Fällen zur Kindeswohlgefährdung.

■ Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel
Leiterin der Ambulanz am
Institut für Rechtsmedizin der LMU München
Nußbaumstraße 26
80336 München
elisabeth.muetzel@med.uni-muenchen.de

Literaturangaben unter:



Datenlage zu Schutz und Hilfen bei Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch

Andreas Jud

Sowohl national als auch international ist die Erfassung von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Versorgungssystemen vielfach ungenügend. Entsprechend können das Erkennen allfälliger Versorgungslücken und die Verbesserung von Prävention und Intervention nicht evidenzbasiert erfolgen. Somit besteht die Gefahr, dass entsprechende Bemühungen stattdessen von politischen Sensibilitäten oder medialer Aufmerksamkeit mitbestimmt sind. Für eine genauere Abschätzung, wie viele Kinder und Jugendliche in Deutschland von Kindsmisshandlung betroffen sind, ist ein Prozess anzustreben, der über die verschiedenen Versorgungssysteme hinweg in Forschung und Praxis einheitliche(re) Begriffe und Definitionen anstrebt.

Es ist unbestritten, dass für einen besseren Schutz vernachlässigter, sexuell missbrauchter, körperlich und psychisch misshandelter Kinder und Jugendlicher, Kenntnisse zur Epidemiologie notwendig sind. Zwar wurden in verschiedenen Ländern rund um den Globus dutzende Studien zur Prävalenz sexuellen Kindsmisbrauchs in der Bevölkerung – und teilweise auch zu anderen Misshandlungsformen¹ – durchgeführt, hingegen fehlen Studien zur Versorgung der von Misshandlung betroffenen Kinder und Jugendlichen (vgl. Jud & Sedlak, 2015). Somit bleibt für viele Staaten offen, ob für bestimmte Misshandlungsformen, besonders gravierende Fälle oder bestimmte Altersgruppen Versorgungslücken bestehen und ob die Betroffenen adäquaten Schutz und die nötigen Hilfen erhalten. Bei fehlender Erfassung von Daten zur Häufigkeit von Kindsmisshandlung in verschiedenen Versorgungssystemen, können Maßnahmen zu einer besseren Aufdeckung, verstärktem Schutz oder selektiver Prävention bei Hochrisikogruppen nicht evidenzbasiert erfolgen (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008, S. 3). Die Maßnahmen, die trotzdem eingeleitet werden, laufen dadurch Gefahr, maßgeblich durch externe Faktoren wie politische Sensibilitäten oder mediale Aufmerksamkeit bestimmt zu werden (vgl. Jud, 2013).

INTERNATIONALER ÜBERBLICK ZU ERFASSUNG VON KINDSMISSHANDLUNG IN VERSORGUNGSSYSTEMEN

Einige wenige einkommensstarke Staaten wie Australien, die Niederlande, Neuseeland, Saudi Arabien, Südkorea oder die

Vereinigten Staaten verfügen über nationale administrative Datensätze in der Kinder- und Jugendhilfe oder im Gesundheitssektor (Überblick in Krüger & Jud, 2015). Während in kleineren Einheitsstaaten wie den Niederlanden mit landesweit 15 Jugendämtern (Euser et al., 2013) die Daten vergleichsweise einheitlich erfasst werden können, sind föderale Staaten mit regional stark unterschiedlichen Versorgungssystemen diesbezüglich mit größeren Herausforderungen konfrontiert. So sind in den vorhandenen administrativen Datensätzen föderaler Staaten oft nur wenige Variablen über den ganzen Datensatz einheitlich und vollständig vorhanden (vgl. Australian Institute of Health and Welfare, 2009; U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Andere föderal aufgebaute Staaten wie Belgien oder Großbritannien pflegen für die Landesteile verschiedene Datensätze (vgl. Krüger & Jud, 2015). Neben administrativen Datensätzen geben einige wenige in regelmäßigen Abständen wiederholten Studien in hoher forschungsmethodischer Qualität auf nationaler Ebene über Schutz und Hilfen für Misshandlungsbetroffene Auskunft. Sie erfassen die Daten zu Kindsmisshandlung in Versorgungssystemen über eine Befragung der fallzuständigen Fachkräfte und können im Vergleich zu administrativen Datensätzen meist mit einheitlicheren Definitionen operieren (im Überblick Jud et al., 2013; Krüger & Jud, 2015). Kanada (z. B. Trocmé et al., 2010), die Niederlande (z. B. Euser et al., 2013) und die Vereinigten Staaten (z. B. Sedlak et al., 2010) erfassen bereits in mehreren Zyklen Daten zu allen Formen der Kindeswohlgefährdung. In der Schweiz konnte 2010 erstmals die Häufigkeit sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen in mehreren Versorgungssystemen erfasst werden (Maier, Mohler-Kuo, Landolt, Schnyder & Jud, 2013). Für 2016 ist eine erneute Erhebung in verschiedenen Versorgungssystemen geplant, die nun sämtliche Formen von Kindsmisshandlung berücksichtigt.

Sowohl nationale administrative Datensätze als auch Befragungen von Fachkräften weisen darauf hin, dass von Vernachlässigung betroffene Kinder zahlenmäßig klar die größte Gruppe gegenüber anderen Formen der Kindsmisshandlung ausmachen. In den Vereinigten Staaten waren bspw. 2004 gegen zwei Drittel der Fälle in den staatlichen Kinderschutzeinrichtungen aufgrund einer Vernachlässigung im System (vgl. Trocmé, 2008). Den geringsten Anteil in den Versorgungssystemen machen zumeist Kinder und Jugendliche aus, die aufgrund von sexueller Gewalt erfasst wurden. Die Angaben für Kanada waren 2003 bei 3% der Stichprobe (vgl. Trocmé, 2008). Über sämtliche Datensätze aus Versorgungssystemen zeigt sich, dass Mädchen deutlich häufiger von sexueller Gewalt betroffen sind (Jud, Rassenhofer, Witt, Münzer & Fegert, 2016), während beide Geschlechter in vergleichbarem Umfang von Vernachlässigung, psychischer und körperlicher Gewalt betroffen sind. Erfreulich sind die Auswertungen mehrjähriger Erhebungen aus den Vereinigten Staaten, die in den Versorgungssystemen auf eine deutliche Abnahme der erfassten Fälle von sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen sowie körperlicher Misshandlung hinweisen (Jones, Finkelhor & Halter, 2006). Wenig deutet darauf hin, dass der rückläufige Trend auf Veränderungen im Meldeverhalten zurückzuführen ist. Vielmehr zeigen verschiedene Indikatoren an, dass auch

¹ Der Begriff Kindsmisshandlung wird im Folgenden als Überbegriff für Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, körperliche und psychische Misshandlung verwendet.

die Zahl der Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs und körperlicher Misshandlung in der Bevölkerung rückläufig sind. Maßnahmen für eine verbesserte Prävention und Intervention haben hier möglicherweise einen Beitrag geleistet. Bedauerlicherweise zeigt sich in den Daten zum Kinderschutz der Vereinigten Staaten kein rückläufiger Trend für Vernachlässigung (Jones et al., 2006).

DATEN ZU KINDSMISSHANDLUNG IN VERSORGUNGSSYSTEMEN DEUTSCHLANDS

Zwar werden in Deutschland in verschiedenen Versorgungssystemen Daten zu Kindesmisshandlung oder ihren Unterformen erfasst, jedoch nicht durchgängig auf nationaler Ebene zusammengetragen. Hinzu kommt, dass die erfassten Daten aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Operationalisierungen kaum über die verschiedenen Systeme hinweg vergleichbar sind und sich so kein komplettes Bild ergibt, wie vielen und welchen misshandelten Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schutz und Unterstützung zukommt. Die wichtigsten Datensätze werden nachfolgend kurz zusammengefasst (Jud et al., 2016).

In der jährlichen polizeilichen Kriminalstatistik werden bundesweit strafbare Handlungen erfasst, die der Polizei bekannt geworden sind und durch sie endbearbeitet wurden. Die Statistik weist 12.134 Kinder aus, die 2014 von sexuellem Missbrauch betroffen waren (Bundeskriminalamt, 2015). Die Vergleichbarkeit zu anderen Statistiken ist u. a. erschwert, da sich die in der genannten Zahl berücksichtigten §§ 176, 176a, 176b StGB auf Betroffene unter 14 Jahren beziehen. Für weitere in § 225 (Misshandlung von Schutzbefohlenen) erfasste Misshandlungsformen kommt erschwerend hinzu, dass körperliche Misshandlung und Vernachlässigung nicht getrennt ersichtlich sind und teilweise auch in weiteren Paragraphen des StGB erfasst werden können, bspw. in der gefährlichen oder schweren Körperverletzung (§§ 224, 226). Das Niveau der Häufigkeit erfasster strafbarer sexueller Handlungen an Kindern gemäß der polizeilichen Kriminalstatistik ist gegenüber 2002 deutlich gesunken (vgl. Jud et al., 2016). Ob dieser Rückgang jedoch auf verringerte Meldungen oder eine tatsächlich geringere Häufigkeit strafbarer Handlungen zurückzuführen ist, muss vorerhand unbeantwortet bleiben.

Zwar wird bundesweit für die Kinder- und Jugendhilfe bereits seit längerem die Häufigkeit von Leistungen wie Hilfen zur Erziehung oder Inobhutnahmen durch die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst. Die mit dem neuen „Bundes-

kinderschutzgesetz“ am 1. Januar 2012 eingeführten Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII ermöglichen jedoch erstmals einen Blick auf die Häufigkeit der erfassten Formen von Kindesmisshandlung in der Kinder- und Jugendhilfe (Statistisches Bundesamt, 2015): Von den 2014 total 124.213 Gefährdungseinschätzungen entfallen 41.049 Verfahren auf akute oder latente Kindeswohlgefährdung, während in 83.164 Verfahren keine Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde, mitunter aber dennoch ein Hilfebedarf besteht (Tabelle 1). In Einklang mit internationalen Befunden sind innerhalb der akuten Kindeswohlgefährdung die Gefährdungseinschätzungen bei Anzeichen auf Vernachlässigung zahlenmäßig am bedeutendsten, Verfahren bei sexueller Gewalt machen den geringsten Anteil aus (Statistisches Bundesamt, 2015).

Obschon sich international die Datenerfassung zu Kindesmisshandlung in Krankenhäusern als besonders valide und robust erwiesen hat (McKenzie, Scott, Waller & Campbell, 2011), war die Datenlage zu Kindesmisshandlung in deutschen Krankenhäusern vor Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes als statistischer „Blindflug“ zu werten (Fegert, Jud & Plener, 2013). Ursächlich hierfür war vor allem auch die sozialrechtliche Rückforderungspflicht nach § 294 a SGB V, die Personal und Einrichtungen im Gesundheitssystem verpflichtete, den Krankenkassen Angaben über Ursachen und mögliche Verursacher medizinischer Probleme mitzuteilen. Bei (vermuteter) Kindesmisshandlung führte die Regelung wiederholt zu belastenden Folgen für die Betroffenen: Bei Auskunftsverweigerung durch das medizinische Personal, wurden teils die Patientinnen und Patienten selbst angeschrieben oder es wurden gar zur Durchsetzung der Regresse Staatsanwaltschaften eingesetzt – selbst wenn die betroffenen Patientinnen und Patienten nie eine solche Datenweitergabe gewünscht hatten (Fegert et al., 2013). Inzwischen wurde § 294 a durch einen Satz ergänzt, der von der Mitteilungspflicht bei Kindesmisshandlung entbindet und damit die geschilderten Szenarien vermeidet. Zusätzlich wurden die Bedingungen zur Datenerfassung verbessert, indem das Bundesministerium für Gesundheit Anfang 2013 das bisher geltende Dokumentationsverbot der Diagnosegruppe T74 (Missbrauch von Personen) in der regierungsamtlichen Fassung der ICD-10 aufhob. Seither können nun auch die spezifischen Codes für Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, körperliche und psychische Misshandlung in die Statistiken aufgenommen werden. Zwar wurden nun die Voraussetzungen für eine verbesserte Datenerfassung im medizinischen Sektor geschaffen, trotzdem ist wohl erst nach einer Übergangsphase mit reliablen Daten zu rechnen, wurden doch deutschlandweit 2013 bspw. erst 300 Fälle sexuellen Miss-

Tabelle 1: Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII im Jahr 2014

	Verfahren	zusammen ¹	davon nach Art der Kindeswohlgefährdung			
			Vernachlässigung	körperliche Misshandlung	psychische Misshandlung	sexuelle Gewalt
akute Kindeswohlgefährdung	18.630	23.242	11.745	5.284	5.141	1.072
latente Kindeswohlgefährdung	22.419	25.615	14.360	4.369	6.027	832

Anmerkungen: Angepasste Tabelle nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2015

1 Mehrfachnennungen resp. mehrfache Gefährdungseinschätzungen sind möglich

brauchs nach T74.2 erfasst, die Hälfte davon in einem Krankenhaus (Becker, 2014).

Neben den Erfassungslücken und der mangelnden Vergleichbarkeit von Daten zu Kindsmisshandlung aus verschiedenen Versorgungssystemen, sind in Deutschland auch national repräsentative Studien zur Prävalenz der verschiedenen Formen von Kindsmisshandlung Mangelware. Einzig Häuser et al. (Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer, 2011) weisen in einer retrospektiven Befragung Erwachsener zu Gewalterfahrungen in der Kindheit auf die Größenordnung des Phänomens hin. Am häufigsten wurde von schwerer emotionaler Vernachlässigung (6,5%) und schwerer körperlicher Vernachlässigung (10,8%) berichtet. Befragungen Jugendlicher, die das aktuelle Ausmaß an Gewaltbetroffenheit aufzeigen würden, fehlen vollständig. Somit sind auch keine Vergleiche möglich, die den Umfang der Dunkelziffer erleuchten würden. Der zuständige Ausschuss der Vereinten Nationen hält denn auch in den abschließenden Bemerkungen vom 31. Januar 2014 zum gemeinsamen dritten und vierten Rechenschaftsberichts zur Kinderrechtskonvention mit Besorgnis fest, „dass der Vertragsstaat kein umfassendes Datenerhebungssystem für alle vom Übereinkommen abgedeckten Bereiche hat, denn dies ist ein wesentliches Hindernis für die erfolgreiche Planung, Kontrolle und Bewertung von politischen Maßnahmen, Programmen und Projekten für Kinder, insbesondere in den Bereichen Gewalt gegen Kinder [...]“ (UN Committee on the Rights of the Child, 2014).

DATENERFASSUNG DURCH KLINISCHE KINDERSCHUTZGRUPPEN

Am Universitäts-Kinderspital Zürich wurde 1969 die älteste interdisziplinäre Kinderschutzgruppe im deutschsprachigen Raum gegründet (Lips, 2013). Fachkräfte aus Chirurgie, Medizin, Pflege, Psychiatrie, Psychologie und Sozialarbeit bringen ihr Wissen bei der Beurteilung von Fällen ein, die intern oder teilweise auch extern an die Kinderschutzgruppe gemeldet wurden. Auch in Deutschland findet dieses Modell seit Anfang des 21. Jahrhunderts zunehmende Verbreitung (Dawid, Elz & Spöhr, 2010). Entsprechend der medizinischen Ausrichtung der Institution ist an Kinderkliniken der Anteil an Fällen körperlicher Misshandlung erhöht (z. B. Benbenishty et al., 2011; Hampton & Newberger, 1985; Jud, Lips & Landolt, 2010a; Thun-Hohenstein, 2006). Einen Hinweis auf Kindeswohlgefährdung kann den Kinderschutzgruppen auch der häufige Wohnortwechsel von Patientinnen und Patienten geben. Ein Drittel einer Studienstichprobe der Zürcher Kinderschutzgruppe war innerhalb der rund drei Jahre seit Intervention umgezogen oder nicht mehr erreichbar (Jud, Lips & Landolt, 2010b). In dieser europaweit erstmaligen Studie zu den Folgen von Kindsmisshandlung bei Intervention einer klinischen Kinderschutzgruppe zeigte sich zudem ein signifikant erhöhter Anteil an Familien mit geringem sozioökonomischem Status bei körperlicher Misshandlung im Vergleich zu sexuellen Übergriffen. Armutsbetroffenheit war zudem entscheidend für persistierend negative Folgen in der Gruppe der misshandelten Kinder (Jud, Landolt, Tatalias, Lach & Lips, 2012): So verschwand gar der signifikante Zusammenhang zwischen Misshandlungserfah-

rung und erfasster Lebensqualität, wenn gleichzeitig der sozioökonomische Status der Familie und die Anzahl kritischer Lebensereignisse mitberücksichtigt wurden. Folglich scheinen die Umstände im Umfeld eines misshandelten Kindes oder Jugendlichen noch entscheidender für deren weitere Lebensqualität im Kindes- und Jugendalter als die Misshandlungserfahrung selbst. Wenn das Umfeld nicht stabilisiert werden kann, besteht die Gefahr, dass bspw. die Effekte von Psychotherapie verpuffen (z. B. McPherson, Scribano & Stevens, 2012).

FAZIT

Kindsmisshandlung ist nicht nur mit großem Leid für viele Betroffene verbunden. Eine Studie zu den Folgekosten weist für Deutschland anhand der einzigen repräsentativen Prävalenzstudie (Häuser et al., 2011) darauf hin, dass auch die Kosten für die Volkswirtschaft beträchtlich sind (Habetha, Bleich, Weidenhammer & Fegert, 2012): Jährlich sind direkte und indirekte Kosten wie Arbeitsausfälle zwischen 11,1 Mrd. € und 29,8 Mrd. € zu berücksichtigen. Welche Betroffenen mit Schutz und Hilfen erreicht werden können und ob diese adäquat sind, um die Folgen für die Betroffenen zu verringern, kann aufgrund einer ungenügenden Datenlage zur Erfassung von Kindsmisshandlung in deutschen Versorgungssystemen nicht angemessen beantwortet werden. Für eine genauere Abschätzung, wie viele Kinder und Jugendliche in Deutschland von Kindsmisshandlung betroffen sind, ist primär ein Prozess notwendig, der einheitliche(re) Begriffe, Definitionen und Operationalisierungen ihrer Kernelemente in Forschung und Praxis, in verschiedenen Versorgungssystemen anstrebt – ähnlich wie er in den Vereinigten Staaten durch die interdisziplinär erarbeiteten Definitionen der CDC (Leeb et al., 2008) erreicht werden konnte. Dieser Prozess muss auch die Basis einbeziehen, da es Aufgabe der Fachkräfte in den Einrichtungen und Diensten ist, Misshandlung möglichst frühzeitig zu erkennen und zu erfassen, um den Betroffenen die nötige Unterstützung zukommen zu lassen. In Weiterbildungsprojekten kann hier für einheitliche(re) Standards sensibilisiert werden. So bieten bspw. E-Learning-Projekte für stark in den Versorgungsalltag eingebundene Fachkräfte die Möglichkeit, zeitlich und örtlich flexibel Inhalte zu bearbeiten (z. B. <https://missbrauch.elearning-kinderschutz.de/>).

■ Dr. phil. Andreas Jud
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Werftstr. 1
CH-6002 Luzern
andreas.jud@hslu.ch
Universitätsklinikum
Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Literaturangaben unter:



Rechtsmedizin

Sieglinde Ahne
Stefan Pollak

Die Rechtsmedizin wird für die diagnostische Erfassung und Dokumentation von Verletzungen, für deren Interpretation sowie für die Überprüfung der Plausibilität von Geschehensabläufen zu Rate gezogen. Dies kann in zwei Rollen geschehen: zum einen als konsiliarische Beratung von klinischen Behandlungseinrichtungen, zum anderen im Auftrag von Behörden. Im Falle eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens gelten die einschlägigen Bestimmungen der Strafprozessordnung.

ZAHLEN UND FAKTEN

Das Dunkelfeld nicht erfasster Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen ist groß. Die Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik geben das wahre Ausmaß des Problems nur unzureichend wieder: 2014 wurden in Deutschland 4.233 Fälle von Kindesmisshandlung registriert. 57% entfielen auf Knaben und 43% auf Mädchen. 1.849 Opfer gehörten der Altersgruppe der Unter-6-Jährigen an, 2.384 Kinder waren 6–14 Jahre alt.

Am Freiburger Institut für Rechtsmedizin werden Fälle von Kindesmisshandlung ganz überwiegend bei klinischen Untersuchungen gesehen. Nur ein sehr kleiner Anteil wird im Rahmen von gerichtlichen Obduktionen aufgedeckt. Das klinische Untersuchungsgut der Jahre 2013–2015 umfasst 104 Kinder (0–14 J.). 39 Untersuchungen wurden durch die Polizei oder das Jugendamt veranlasst, die übrigen 65 wurden konsiliarisch für Kliniken im Versorgungsbereich des Freiburger Instituts für Rechtsmedizin durchgeführt (Tab. 1 und 2).

Tabelle 1: Auftrag durch Polizei oder Jugendamt

0–12 Monate	1–3 Jahre	4–6 Jahre	7–11 Jahre	12–14 Jahre	männlich	weiblich
8	9	9	6	7	20	19

Tabelle 2: Auftrag durch Kliniken

0–12 Monate	1–3 Jahre	4–6 Jahre	7–11 Jahre	12–14 Jahre	männlich	weiblich
13	16	13	16	7	38	27

Das Untersuchungsgut verteilt sich annähernd gleichmäßig auf die Altersgruppen. Der relativ hohe Anteil von Mädchen bei den behördlich angeordneten Untersuchungen erklärt sich dadurch, dass dieses Kollektiv verhältnismäßig viele Verdachtsfälle von sexuellem Missbrauch enthielt. Im Übrigen war die Zusammensetzung der beiden Hauptgruppen recht ähnlich.

Etwa ¼ aller Untersuchungen wurden unter dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung vorgenommen (78 von 104); bei 9 dieser Kinder wurde ein Shaken Baby Syndrome vermutet. In 15 Fällen bestand der Verdacht auf sexuellen Missbrauch und 2-mal stand eine Vernachlässigung im Raum. In den restlichen 8 Fällen hatten andere Fragestellungen zur gerichtsärztlichen Untersuchung geführt.

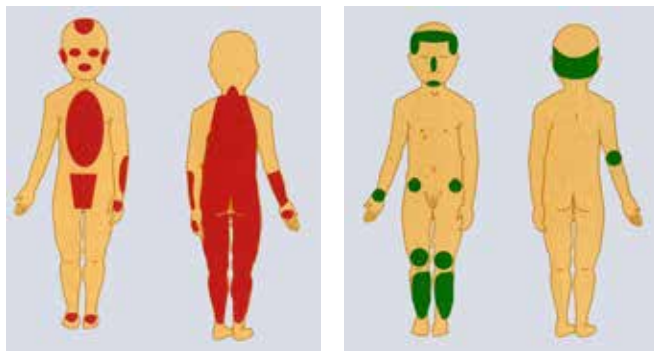
Zum Vergleich wurden auch die Protokolle aller gerichtlichen Obduktionen von Kindern aus den Jahren 2013–2015 ausgewertet. Es gab insgesamt 45 Obduktionen an Kindern (3,6% von insgesamt 1.252 Obduktionen). Davon waren 17 (37,8%) aus natürlicher Ursache verstorben (angeborene Fehlbildungen, Infektionen, SIDS). 21 Kinder (46,7%) waren durch einen Unfall (Verkehrsunfall, andere Unfälle, Ertrinken) zu Tode gekommen. In 5 Fällen blieb die Todesart ungeklärt. Bei 2 Kindern (4,4%) lag ein Tötungsdelikt ohne Anzeichen einer vorherigen Kindesmisshandlung vor, bei 2 Kindern (4,4%) eine tödliche Misshandlung.

WIE ENTSTEHT EIN VERDACHT?

Die nachstehend aufgeführten Punkte sollten Ärzte, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen (Kinderkrankenpfleger/innen, Arzthelfer/innen, Ergo- und Physiotherapeuten/innen, Psychotherapeuten/innen etc.) an eine Kindesmisshandlung denken lassen. So ist es beispielsweise auffällig, wenn ärztliche Hilfe ohne plausiblen Grund erst verzögert in Anspruch genommen wird. Ähnliches gilt für wiederholte Verletzungen in Verbindung mit einem Wechsel des Arztes (so genanntes „doctor-hopping“). Wichtige Hinweise ergeben sich aus der Anamnese und der Untersuchung des Kindes. In Fällen von Misshandlung wird häufig berichtet, dass man nicht wisse, wie die Verletzung entstanden ist. Die Angaben zum Geschehensablauf sind oft unplausibel oder wechselnd. Nicht selten werden Geschwisterkinder oder die Ungeschicklichkeit des Kindes verantwortlich gemacht. Ein behaupteter Unfallmechanismus sollte auch im Hinblick auf den Entwicklungszustand des Kindes hin geprüft werden: So ist es nicht ohne weiteres nachvollziehbar, dass ein Kind mit einer Größe von 85 cm sich am Herd aufrichtet und auf eine Herdplatte greift, die in 120 cm Höhe und 10 cm in die Tiefe versetzt liegt. Das Vorhandensein älterer bzw. nicht adäquat behandelter Verletzungen kann ein weiteres Indiz sein. Auch geformte Verletzungen sind verdächtig auf eine misshandlungsbedingte Entstehung, wenn sie nicht durch einen konkret benannten Unfallmechanismus erklärt werden können.

Besonders wichtig bei der Differenzierung zwischen unfall- und misshandlungsbedingten Verletzungen ist deren Lokalisation (Abb. 1). Selbstverständlich können auch Verletzungen in Regionen, die bei Stürzen typischerweise nicht betroffen sind, durch einen Unfall entstanden sein (z. B. wenn das Kind gestolpert und mit der Brust gegen eine Tischkante gestürzt ist). Ausschlaggebend für die Beurteilung ist in einem solchen Fall die (In-)Kompatibilität von Anamnese und Verletzungsbild.

Abb. 1 Differenzierung zwischen unfall- und misshandlungsbedingten Verletzungen



Nicht akzidentelle Verletzungen

Akzidentelle Verletzungen

(modifiziert nach Herrmann B., Dettmeyer R., Banaschak, S., Thyen U.: Kindesmisshandlung, 2. Aufl., Springer, 2010)

Fallbeispiel 1

Ein 12 Jahre alter Junge wird in der Kinderklinik vorgestellt, da er Hämatome im Gesicht, an den Armen und Beinen hat. Der Junge wird gefragt, wie es zu den Verletzungen gekommen sei. Er gibt an, dass er am Vortag zweimal mit dem Fahrrad gestürzt sei. Die behandelnden Ärzte können sich nicht erklären, wie durch Fahrradstürze solche Hämatome entstanden sein sollen. Bei der rechtsmedizinischen Untersuchung werden zahlreiche Hämatome an Kopf, Rumpf und Gliedmaßen festgestellt und dokumentiert.



In der linken Wangenregion eine handflächengroße Hämatomverfärbung mit 3 linearen, parallelen, schräg verlaufenden, maximal 3 cm langen Hautrötungen, die aus aneinandergereihten, punktförmigen Lederhauteinblutungen zusammengesetzt sind.



Im mittleren Drittel der linken Oberarmrückseite 4 untereinander angeordnete, jeweils fingerkuppen- bis handflächengroße Hämatomverfärbungen.

In der Beurteilung werden die Befunde im Gesicht als verdächtig für einen Schlag mit der flachen Hand, die Hämatome am Oberarm als typisch für so genannte Haltegriffe und zusätzlich vorhandene Hämatome an den Unterarmen als Deckungsverletzungen interpretiert. Bei Fahrradstürzen, wie sie vom Kind berichtet wurden, wären Prellungen und Schürfungen in anderen Körperregionen zu erwarten gewesen.

Fallbeispiel 2

Bei einer Routineuntersuchung eines 2 Jahre alten Mädchens fällt der Kinderärztin ein Hämatom an der linken Wange auf. Die anwesenden Eltern geben als Erklärung im Verlauf des Gesprächs vier Entstehungsmechanismen an (die Verletzung sei auf dem Spielplatz entstanden / es handle sich um einen Insektenstich / die 4 Jahre alte Schwester sei die Verursacherin gewesen / die Mutter habe das Kind beim Schmusen in die Wange gebissen). Da es bereits früher zu Misshandlungsvorfällen gegen die Eltern gekommen war, informiert die Kinderärztin das Jugendamt, von dem das Kind in Obhut genommen wird. Bei der rechtsmedizinischen Untersuchung fanden sich mehrere unterschiedlich große und unterschiedlich alte Hämatome und Schürfungen am Kopf und an den Extremitäten.



Nicht mehr frische Hämatome an der linken Wange

In der abschließenden Beurteilung wurden die Verletzungen als hochgradig misshandlungsverdächtig eingestuft, da sowohl der Ort als auch die Zahl und Verteilung der Hämatome gegen eine Entstehung durch einen Unfall sprachen. Alle von den Eltern berichteten Entstehungsmechanismen waren nicht plausibel.

INTERPRETATION VON VERLETZUNGEN

Bei der Analyse von Verletzungsbefunden muss auf mehrere Dinge geachtet werden. Zunächst einmal kann die Lokalisation der Verletzung auffällig sein, wenn sie durch einen banalen Sturz nicht zu erklären ist. Bei der Untersuchung des Kindes sollte auch an „verborgenen“ Stellen gesucht werden: etwa an der Lippeninnenseite (schlagbedingte Verletzungen über dem Widerlager der Zähne), an den Lippen- und Zungenbändchen

und am harten Gaumen (Verletzungen durch gewaltsames Füttern), hinter den Ohren und an der behaarten Kopfhaut.

Die Farbe eines Hämatoms erlaubt keine genaue Altersbestimmung. Man kann aber davon ausgehen, dass eine Gelbfärbung im Randbereich des Hämatoms nicht vor Ablauf eines Tages auftritt. Demnach ist es verdächtig, wenn ein Kind wenige Stunden nach einem berichteten Sturz aspektmäßig ältere Hämatome aufweist, besonders wenn für diese keine schlüssige Erklärung vorliegt. Unter Umständen können die Hämatome geformt sein und den Gegenstand, mit dem geschlagen wurde, wiedergeben (z. B. doppelstreifige Stockschlagverletzungen). Zu den geformten Hämatomen zählen auch Verletzungen durch Biss eines Menschen. In den meisten Fällen kommt es dabei zu keiner Perforation der Haut, sondern nur zu einem Hämatom, das aus zwei bogigen Anteilen besteht, die einander zu einem so genannten Bissring ergänzen. Die Größe lässt darauf schließen, ob ein Kind mit Milchgebiss oder eine Person mit bleibender Dentition gebissen hat (Faustregel: Abstand der Eckzähne beim Erwachsenen > 3 cm).

Auch für Verbrennungen und Verbrühungen gilt, dass eine fehlende oder inadäquate Anamnese verdächtig ist. Verbrühungen der Gliedmaßen durch Eintauchen in eine heiße Flüssigkeit (meist Badewasser) haben oft eine horizontale Begrenzung (Handschuh- bzw. Sockenform) bei gleicher Intensität und zirkulärer Ausprägung der Hitzeschädigung.

Die Beurteilung von knöchernen Verletzungen fällt naturgemäß in die Zuständigkeit von Radiologen und Traumatologen. Aus epidemiologischer Sicht ist anzumerken, dass Frakturen bei Kindern unter 3 Jahren häufig eine nicht akzidentelle Ursache haben. Demgegenüber sind Brüche bei Kindern über 5 Jahren meist unfallbedingt. Frakturen ohne erklärende Anamnese, eine Mehrzahl von Frakturen unterschiedlichen Alters sind grundsätzlich suspekt, ebenso Rippenfrakturen sowie meta- und epiphysäre Frakturen bei Kindern unter 2 Jahren.

Bei der Abklärung (vermeintlicher) Verletzungsbefunde sind neben einer Verursachung durch Fremdeinwirkung auch andere alternative Entstehungsmöglichkeiten differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen. Bei den Hämatomen sind an erster Stelle Gerinnungsstörungen zu nennen, die schon bei Bagateltraumen zu ausgedehnten Hämatomen führen können. Kongenitale Hautveränderungen wie der so genannte „Mongolenfleck“ werden mitunter als Hämatom verkannt. Infektiöse und hämatologische Erkrankungen können ohne adäquates Trauma zu Hämatomen oder Petechien führen. Selten kann es aufgrund von alternativen Heilmethoden (z. B. Schröpfen) zu verdächtig erscheinenden Rötungen oder Hämatomen kommen. Genetisch bedingte Hautkrankheiten gehen manchmal mit einer besonderen Verletzlichkeit einher (z. B. Epidermolysis bullosa), ebenso medikamentös induzierte oder infektiöse Hauterkrankungen wie das Lyell-Syndrom.

Verletzungen der Brust- und Bauchorgane kommen zwar im Rahmen von Kindesmisshandlungen nur selten vor, sind dann allerdings mit einer hohen Letalität assoziiert, besonders wenn die Vorstellung beim Arzt verspätet erfolgt oder unterbleibt.

Das so genannte Münchhausen-by-proxy-Syndrom kann hier nur kurz erwähnt werden. Es handelt sich um das absichtliche Vortäuschen oder Herbeiführen von Krankheitssymptomen am Kind (meist durch die Mutter).

DOKUMENTATION VON VERLETZUNGSBEFUNDEN

Bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung ist es wichtig, dass die erhobenen Befunde sorgfältig dokumentiert werden. Für die Vorgeschichte bieten sich eigene Anamnesebögen an, die neben der Sozialanamnese auch erfassen, ob andere Institutionen (Jugendamt, Beratungsstelle, Polizei etc.) bereits involviert wurden. Vorlagen für solche Bögen sind im Internet abrufbar, beispielsweise als Anhang zum Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg (www.aerztekammer-bw.de). Zu diesen Bögen gehören auch Körperschemata, in die alle auffälligen Befunde eingezeichnet werden können. Darüber hinaus sollten sämtliche Verletzungen auch fotografisch festgehalten werden. Wichtig ist hierbei die Verwendung eines Maßstabes (Lineal oder Maßband) und die Anfertigung von Übersichtsaufnahmen, damit erkennbar ist, wo die Verletzung liegt. Falls erforderlich, können Details der Verletzung durch Nahaufnahmen wiedergegeben werden.

Die Beschreibung sollte nicht aus einer bloßen Auflistung von Diagnosen bestehen, sondern die genaue Lage, Form, Farbe, Größe und Randbeschaffenheit sowie etwaige musterartige Anordnungen der Einzelverletzungen erwähnen. Bei konsiliarischer Hinzuziehung eines Rechtsmediziners wird dieser die Dokumentation und Beurteilung der Befunde übernehmen.

■ *Dr. Sieglinde Ahne*
Alberstraße 9
79104 Freiburg
sieglinde.ahne@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med. Drs. h.c. Stefan Pollak
Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Rechtsmedizin
Albertstraße 9
79104 Freiburg
stefan.pollak@uniklinik-freiburg.de

Literaturangaben unter:



Die Inobhutnahme (§ 42, SGB VIII): Stark beanspruchtes Leistungsfeld, Herausforderungen und künftige Aufgaben

Stefan Rücker

Der Staat nimmt jährlich zehntausende Kinder und Jugendliche in Obhut, die aufgrund von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch temporär oder dauerhaft nicht in ihren Familien leben können. Hinzu kommen derzeit zehntausende unbegleitete minderjährige Ausländer, die ebenfalls in Obhut genommen werden. Beide Gruppen unterscheiden sich in der Ausgangsproblematik sowie in den Belastungen und Bedürfnissen deutlich. Aktuelle Befunde werfen die Frage auf, ob das Setting der Inobhutnahme seinen Schutzauftrag einlösen kann oder ob die gegenwärtige Praxis an neue Erfordernisse angepasst werden muss.

DYNAMIK, URSACHEN

Seit rund 10 Jahren vollzieht sich ein exponentieller Fallzahlenanstieg im Bereich der Inobhutnahme (§ 42, SGB VIII). Gegenüber dem Jahr 2005 mit 25.664 Fällen wurden 2014 fast doppelt so viele Kinder und Jugendliche in Obhut genommen (48.059 Fälle = eine Fallzahlsteigerung von 87%) (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Ursachen hierfür sind nicht eindeutig, eine differenzierte Empirie liegt bislang nicht vor. Jedoch erscheinen verschiedene Einflussfaktoren plausibel. Beispielsweise könnte der U3-Ausbau die Fallzahlentwicklung mit bewirkt haben. In den Betreuungsplätzen für die Unter-3-Jährigen haben die Betreuerinnen durch Pflegeaufgaben und in Spielsituationen engen Kontakt zu den Kindern. Vernachlässigung der Hygiene, Mängel in der Versorgung und auch körperliche Misshandlungen können hierbei leicht observiert und der Zugang zu den mit Blick auf Kindeswohlgefährdung kritischen Familien kann früh hergestellt werden.

Daneben ist denkbar, dass sich ein realer Anstieg an Kindeswohlgefährdung in den Fallzahlen abbildet. Der Paritätische Gesamtverband (2015) kommt in seinem Armutsbericht zu dem Ergebnis, dass noch nie so viele Familien in Armut gelebt haben bzw. von Armut bedroht sind wie heute. Armutslagen inkludieren ungünstigerweise häufig auch Kindeswohlgefährdende Erziehungsbedingungen (Petermann et al., 2014). Unterstützt wird die These einer Zunahme an Kindeswohlgefährdung durch die Polizeilichen Kriminalstatistiken des Bundeskriminalamts. Diese weisen zwar auf Grundlage der absoluten Fallzahlen für die letzten 2 Dekaden einen lediglich moderaten Anstieg bei den Misshandlungsoffern durch Eltern aus. Werden allerdings demographische Verschiebungen und die damit verbundene Abnahme des Anteils an Minderjährigen in der Gesellschaft mit in die Betrachtung genommen, ergibt sich auf Grundlage der relativen Häufigkeiten eine drastische Zunahme an gewalthaltigen Übergriffen von Eltern gegen Kinder. Im Vergleich zu 1995 hat sich bis 2010 allein bei den Misshandlungsfällen an Unter-6-Jährigen eine Steigerung um rund 175% vollzogen (Tsokos, Kot & Böttner, 2015). Einschränkung muss hier jedoch erwähnt werden, dass die Daten der Hellfeld-Statistik entnommen sind und insofern nur vorsichtig belastet werden dürfen. Wenngleich unbefriedigend, so muss generell offen bleiben, ob die Zahlen Ausdruck eines verbesserten Kinderschutzes sind oder Beleg für einen Anstieg an Kindeswohlgefährdung.

Darüber hinaus hat sicher auch die intensive mediale Berichterstattung zum Thema Kindeswohlgefährdung und Kindstötungen durch Eltern zu dem starken Anstieg an Inobhutnahmen beigetragen. Vor allem das Jahr 2006 bildet mit dem Tod des so genannten kleinen Kevins im Bundesland Bremen einen chronologischen Marker hinsichtlich der Entwicklung einer deutlich sensibilisierten Öffentlichkeit und einer Kultur des Hinsehens in Kinderschutzfragen. Vermutlich auch aus Gründen der Verunsicherung in Jugendämtern und aus Vorsicht werden seither Kinder manchmal unter herabgesetzten Indikationskriterien in Obhut genommen.



Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der Kinder sogar unnötig aufgenommen wird. Korrespondierend mit dieser Vermutung zeigt sich, dass 34% aller Gefährdungseinschätzungen nach § 8a im Resultat weder eine Gefährdungslage noch Unterstützungsbedarf feststellen (Statistisches Bundesamt, 2015). Wenngleich in gewisser Weise nachvollziehbar, so kann es nicht wünschenswert sein, Inobhutnahmen unter Unsicherheit durchzuführen. Unnötige Aufnahmen beinhalten immer die Gefahr erheblicher Belastungen und Traumatisierungen auf Seiten der Kinder, wodurch der Kinderschutz ins Gegenteil verkehrt wird.

Während in Ermangelung empirischer Grundlagen die bislang angeführten Faktoren zur Erklärung der Fallzahlensteigerung lediglich undifferenziert und in ihren Gewichtungen nur vage diskutiert werden können, trägt die Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Ausländer (umA) zumindest scheinbar genau zur Klärung der Fallzahlen bei. Zwischen den Jahren 2009 und 2013 spielte diese Gruppe mit einem jährlichen Anteil von 3.000 bis 6.000 Fällen in die Statistik hinein; im Jahr 2014 weist die Bundesstatistik sogar einen Anteil von 11.642 Fällen aus (Statistisches Bundesamt, 2015). Der Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ermittelt für dasselbe Jahr 10.404 Fälle (BumF, 2015). Diese Unterschiede sind Variationen in der Erfassungslogik geschuldet und könnten sich als unbedeutend erweisen, wenn der Anteil an umA hinzuaddiert wird, die dem Statistischen Bundesamt nicht gemeldet worden sind. Für das Bundesland Bayern ergaben sich bereits 2014 als Folge des massiven Zuzugs von umA in den so genannten Hot Spots Passau und Rosenheim sowie auch in München starke personelle Kapazitätseinschränkungen, so dass auch administrative Fachkräfte in praktische Aufgaben eingebunden wurden. Allein in München wurden 2014 rund 2.600 umA versorgt, die als Folge des erwähnten Personalengpasses dem Statistischen Bundesamt nicht gemeldet worden sind (C. Rapp, persönl. Mitteilung, 25.11.2015). Addiert man die Fallzahlen aus München, Passau und Rosenheim hinzu, wäre die wahre Fallzahl für das Jahr 2014 deutlich höher.

Da umA teils aus Bayern in andere Bundesländer verlegt, und dort statistisch (möglicherweise mehrfach) erfasst wurden, oder zum Teil auch in andere Länder weiterreisten, liegt derzeit kein eindeutiges Zahlenmaterial vor. Das Bundesverwaltungsamt arbeitet aktuell zwar an einer verlässlichen Übersicht zu den Aufnahmezahlen. Jenseits dessen ist aber schon heute klar (Stand Dezember 2015), dass die Fallzahlen im Bereich der Inobhutnahme auch weiterhin neue Höchststände erreichen. Schätzungsweise halten sich momentan 50.000 bis 60.000 umA in Deutschland auf (BumF, 2015). Die anhaltend hohen Aufnahmezahlen sowie internationale geopolitische Verwerfungen stellen die Inobhutnahme und die Jugendhilfe insgesamt vor neue Herausforderungen.

BELASTUNGEN IN OBHUT GENOMMENER KINDER UND JUGENDLICHER

Es ist sinnvoll, bei in Obhut genommenen Kindern und Jugendlichen zwei Gruppen zu unterscheiden: Zum einen die „regulä-

ren Aufnahmen (Kinder und Jugendliche, die ohnehin mit ihren Eltern in Deutschland leben)“, sowie die Gruppe der umA. Wenngleich beide Gruppen gleichermaßen in Einrichtungen der Inobhutnahme betreut werden, unterscheiden sie sich mit Blick auf die Ausgangsbelastungen sowie auf den Versorgungsbedarf erheblich.

Reguläre Aufnahmen finden vorwiegend aufgrund von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch statt. Über die spezifischen Belastungen dieser Gruppe wusste man lange Zeit wenig, inzwischen konnten jedoch einige Studien vorgelegt werden. Während der Unterbringung erlebt demnach mehr als jedes zweite Kind starke negative Affekte wie Trauer, Hilflosigkeit und Angst. Bei knapp der Hälfte der Kinder wird weinerliches, niedergeschlagenes Verhalten mit sozialem Rückzug beobachtet. Zudem lassen sich als Folge auf die Krise über jedes vierte in Obhut genommene Kind Symptome berichten, die einer akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 entsprechen (F43.0) (Rücker et al., 2015). Hinzu kommen in jedem zweiten Fall depressiv-ängstliche Beschwerden und Suizidgedanken; besonders häufig liegen bei in Obhut genommenen Kindern und Jugendlichen überdies interpersonelle Traumatisierungen durch schweren emotionalen Missbrauch, teils extreme körperliche Misshandlung sowie starke körperliche Vernachlässigung vor (Rücker, 2015b).

Neben den Fallzahlen hat sich im Bereich der Inobhutnahme die mittlere Verweildauer gesteigert. Während Inobhutnahmen im Jahr 2005 durchschnittlich 18 Tage dauerten, liegt die Dauer heute bei über 30 Tagen. In der Praxis ziehen sich die Maßnahmen über Monate und gar über Jahre hin. Solch lange Aufenthalte wirken sich ungünstig auf die bindungs- und beziehungsrelevanten Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen aus. Fachkräfte in Inobhutnahme-Einrichtungen arbeiten beispielsweise nach dem Dreischicht-System (Früh-, Spät- und Nachtschicht). Die untergebrachten Kinder und Jugendlichen werden folglich fortlaufend von wechselndem Personal betreut. Hinzu kommt eine hohe Fluktuation an ebenfalls untergebrachten Kindern und Jugendlichen, mit bisweilen erheblich dissozialem Verhalten. Inobhutnahme-Einrichtungen sollten dementsprechend insbesondere für jüngere Kinder kein Lebensort auf Dauer sein, und doch verbringen Kinder oft einen erheblichen Teil ihres bisherigen Lebens in den so genannten vorläufigen Schutzmaßnahmen. Zu allem Überfluss besteht ein Altersgradient, wonach die jüngsten Kinder am längsten in den Einrichtungen bleiben (Rücker, Büttner, Fegert & Petermann, 2015).

UmA bilden eine Gruppe, über deren psychische Belastungen wir in Deutschland bislang kaum etwas wissen. Zwar werden Albträume, Hypervigilanz und emotionale Dysregulation berichtet (Möhler et al., 2015) und für jedes fünfte Flüchtlingskind in Deutschland werden posttraumatische Belastungsstörungen angenommen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015).

Aufgrund der gerade erst eingesetzten starken Dynamik im Bereich der Migration liegen aber geeignete diagnostische Instrumente zur Sicherung solcher Annahmen oder empirische

Erkenntnisse zu psychischen Belastungen von umA noch nicht vor. Studien aus Skandinavien, den Niederlanden, Großbritannien und Belgien zeigen allerdings Prävalenzen zwischen 20% und 80% für PTBS, Depression, Angst und externalisierende Auffälligkeiten bei umA (Witt, Rassenhöfer, Fegert & Plener, 2015).

Jenseits fehlender empirischer Grundlagen stellen sich aber auch ganz praktische Problemlagen bei der Betreuung von umA. Zunächst einmal bestehen nach wie vor unklare Zuständigkeiten bei der medizinischen Versorgung. UmA verfügen selbstverständlich nicht über Krankenversichertenkarten, sondern werden vorerst mit einem Krankenschein ausgestattet, damit sie Ärzten vorgestellt werden können. Diese akzeptieren bisweilen den Krankenschein nicht und verweisen an das Gesundheitsamt. Hierdurch geht wertvolle Zeit verloren, da aufnehmende Inobhutnahme-Einrichtungen innerhalb von 48 Stunden nachweisen müssen, dass bei den umA keine ansteckenden Erkrankungen vorliegen.

Als besonders hürdenreich erweisen sich Untersuchungen der Lunge, da beispielsweise Radiologen in aller Regel derart kurzfristige Termine nicht vergeben können. Solche Unklarheiten in den gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen verzögern häufig die Behandlung teils ernsthaft erkrankt in Deutschland eintreffender umA.

Überdies können Sprachbarrieren und ein Mangel an interkulturellen Kompetenzen im Alltag zu Missverständnissen und Spannungen zwischen Fachkräften und den umA führen. Erfahrungen aus der Praxis verweisen auf Irritationen bei den umA im Bereich der Versorgung mit Nahrungsmitteln. Dies betrifft nicht ausschließlich umA aus muslimisch geprägten Kulturkreisen; auch orthodoxe Christen haben Fastenzeiten und Gewohnheiten, gegen die in den Einrichtungen manchmal ungewollt, aber empfindlich verstoßen wird. Besonders beispielhaft bildet sich das Problem eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten allerdings im Zusammenhang mit dem Risiko einer Retraumatisierung von umA ab. Im konkreten Fall wurde eine umA in der Nähe eines Flughafens untergebracht. Erst später konnte herausgefunden werden, dass das Mädchen in Syrien Eltern und Geschwister durch einen Flugzeugangriff verloren hat (unicef, persönl. Mitteilung, 02.03.2015). Die panischen Reaktionen bei den Starts und Landungen der Flugzeuge wurden nachvollziehbar, wenngleich bis dahin wertvolle Wochen vergingen, die zu unerträglichen emotionalen Belastungen bei dem Mädchen geführt haben dürften.

Wie auch in der Gruppe der regulären Aufnahmen wirkt sich die Aufenthaltsdauer in der Einrichtung eher belastend auf umA aus. Manche umA können aufgrund sprachlicher Hürden und durch die spezifischen und bisweilen komplexen Strukturen des SGB VIII nur schwer verstehen, dass sie nach monatelangem Aufenthalt in der Einrichtung umziehen sollen. Das neue „Zuhause“, das in einer komplett neuen Umwelt den ersten Halt und Orientierung gegeben hat, muss verlassen werden, und auch die ersten Beziehungen brechen ab. Hinsichtlich der generell antizipierbaren emotionalen Belastungen befördert die derzeitige Praxis damit neue Unsicherheiten

und Spannungszustände, die weitere Belastungen evozieren. Es wäre deshalb von großem Wert, für umA möglichst frühzeitig einen längerfristigen Aufenthaltsort mit Lebensperspektive festzulegen.

BEDÜRFNISSE

Folgt man der Auffassung, dass Kinderschutz weit über die körperliche Unversehrtheit hinausgeht, sollten Inobhutnahme-Einrichtungen künftig die teils massiven psychischen Belastungen der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen berücksichtigen. Das hohe Maß an Psychotraumatisierungen legt eine konzeptuelle Weiterentwicklung des Settings mit einer traumasensiblen Ausgestaltung nahe. Ein erstes Projekt mit diesem Schwerpunkt wird aktuell von der eigenen Arbeitsgruppe realisiert: PRO-JU-SAVE ist ein Kriseninterventionsmodul zur raschen Verminderung von Belastungen bei in Obhut genommenen Kindern und Jugendlichen (Rücker, 2015). Dieses Modul richtet sich an Fachkräfte und vermittelt Kompetenzen im Umgang mit Traumatisierungen, bei Verdacht auf Suizidalität sowie im Umgang mit selbstschädigenden Verhaltensweisen. Die ersten Evaluationsergebnisse verweisen, wohl auch durch den hohen Praxisbezug, auf eine gute Akzeptanz bei Fachkräften. Überdies bewerten Kinder und Jugendliche, deren Inobhutnahme nach den Prinzipien von PRO-JU-SAVE ausgestaltet wurde, ihren Aufenthalt in der Einrichtung im Vergleich deutlich zufriedener und entlastender. Die Modul-inhalte werden von den Fachkräften allerdings sprachbasiert genutzt und sind dadurch bedauerlicherweise auf die Gruppe der regulären Aufnahmen begrenzt. Zudem konzentriert sich PRO-JU-SAVE auf interpersonelle Traumatisierungen.

UmA dagegen sind, wie im Beispiel oben gezeigt, überwiegend von „umwelt-induzierten“ Traumatisierungen (Augenzeugen grausamer Geschehnisse) gekennzeichnet. Auch diese Gruppe würde zur Vermeidung von Retraumatisierungen und Chronifizierungen von einer traumasensiblen Inobhutnahme profitieren. Zur belastungsspezifischen Anpassung des Settings Inobhutnahme müsste man jedoch erst einmal etwas über die psychischen Belastungen von umA erfahren. Bei der Vielzahl der Nationalitäten, Kulturen, Sprachen und teils aufgrund von Analphabetismus ist eine standardisierte Diagnostik aktuell jedoch kaum möglich. Zwar könnten standardisierte Verfahren mit Hilfe von Sprachmittlern übersetzt werden. Ein solches Vorgehen wäre allerdings sehr ressourcenintensiv und ginge mit deutlichen Einschränkungen in der Validität einher (Maier & Schnyder, 2007).

Ein erster Schritt jedoch wäre die Entwicklung eines (nonverbalen) Screenings zur Abklärung möglicher Traumatisierungen und psychischer Belastungen. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund sinnvoll, dass Screeningverfahren nicht den strengen Gütekriterien unterliegen, wie standardisierte Instrumente. Zu beachten wären hierbei jedoch ethnozentrische Fragestellungen. Bei der Erforschung, Beschreibung und Behandlung psychotraumatischer Belastungsstörungen folgen wir westlichen Forschungskontexten und nehmen für unsere Erkenntnisse kulturübergreifende Gültigkeit in Anspruch

(Kostoula, 2011). Jedoch ist zu prüfen, ob sich die nach unserem Verständnis traumatisierenden Bedingungen auf Angehörige aus anderen Kulturen in vergleichbarer Weise auswirken (Stingel, 2014). Im Kontext medizinisch-ethnologischer Besonderheiten erscheinen eher kultursensible Screeningverfahren, wie beispielsweise der Refugee Health Screener-15 (Hollifield et al., 2013), als hilfreich.

ANFORDERUNGEN AN DIE PRAXIS

Der deutliche Fallzahlenanstieg in den letzten Jahren, die Aufnahme einer aktuell stark wachsenden Zahl an unbegleiteten minderjährigen Ausländern sowie die hohe Fallkomplexität machen im Bereich der Inobhutnahme eine Erweiterung des Aufgabenprofils erforderlich (Rücker & Büttner, 2015). Studienergebnisse belegen: In Obhut genommene Kinder und Jugendliche weisen vielfach psychotraumatische Belastungen auf, zeigen selbstschädigende Verhaltensweisen sowie Suizidabsichten. In der Regel verfügen Einrichtungen der Inobhutnahme jedoch weder über erkenntnisbildende Instrumente zur Erfassung solcher Belastungen, noch ist in der Regelversorgung eine traumasensible Ausgestaltung der Inobhutnahme vorgesehen. Es ist klar, dass Fachkräfte in der Jugendhilfe nicht stellvertretend klinische Aufgaben übernehmen sollen. Das Übersehen spezifischer Belastungen jedoch kann zu Retraumatisierung und Chronifizierung führen. Aus diesem Grund wird dringend eine konzeptuelle Weiterentwicklung des Praxisfelds Inobhutnahme vorgeschlagen.

Für die spezifische Gruppe der umA lassen sich im Vergleich deutlich mehr gesundheitliche Probleme verzeichnen. Dringend erforderliche Untersuchungen und Behandlungen stoßen im Versorgungssystem jedoch häufig auf „administrative Zugangsbarrieren“ (DGPPN, 2015). Der Gesetzgeber trägt den besonderen Belastungen und Bedürfnissen von umA zumindest partiell auf Grundlage des § 42a (vorläufige Inobhutnahme von ausländischen Kindern und Jugendlichen nach Einreise) Rechnung. Aber auch auf regionaler Ebene sind in den Versorgungsstrukturen verbindliche Absprachen und Zuständigkeiten erforderlich.

Sprachbarrieren erschweren in der Gruppe der umA die Berücksichtigung biographischer Einflüsse bei der Betreuung. Damit ist die Gefahr der Retraumatisierung verbunden. Als Mindeststandard sollten zeitnah Screeningverfahren entwickelt und eingesetzt werden. Daran anknüpfend bildet die belastungsspezifische Betreuung von umA, nicht zuletzt aufgrund der hohen Folgekosten unbehauelter Traumata, eine zentrale, gemeinsame Aufgabe der verschiedenen Versorgungssysteme (Psychiatrie/Psychotherapie, Inobhutnahme als Aufgabe der Jugendhilfe). Hierbei sind unter Umständen und aus der Not heraus fundamentale Innovationen erforderlich. Beispielsweise könnten die aufgrund von Sprachbarrieren eingeschränkten Therapiemöglichkeiten eventuell von mehrsprachigen und migrationserfahrenen „Ko-Therapeuten“ ausgeglichen werden. Studien zur Wirksamkeit von Therapieverfahren für

Flüchtlinge finden teilweise stärkere Effekte, wenn die durchführenden „Ko-Therapeuten“ selbst Fluchterfahrung aufweisen (Gwozdziwycz & Mehl-Madrona, 2013).

Im vorliegenden Beitrag wurde zwar eine defizitorientierte Betrachtung des Praxisfelds Inobhutnahme vorgenommen. Dies soll allerdings keinesfalls die wertvolle Arbeit der Fachkräfte sowie die fundamentale Bedeutung der Inobhutnahme für den Kinderschutz überdecken. Schließlich ermöglichen Inobhutnahmen jährlich zehntausenden Kindern und Jugendlichen den Ausweg aus schwierigsten, belastenden familiären Bedingungen und geben unbegleitet einreisenden Minderjährigen aus dem Ausland ein erstes, sicheres Zuhause. Vielmehr sollte die kaum vorhersehbare Dynamik aufgezeigt und ihre Auswirkungen auf den genuinen Auftrag von Inobhutnahmen diskutiert werden. Die resultierenden Anforderungen führen nahezu notwendigerweise zu einer Überforderung des Settings Inobhutnahme und vermitteln die Dringlichkeit konzeptueller Weiterentwicklungen.

■ *Dr. phil. Stefan Rücker*
Leiter der Forschungsgruppe PETRA
Leitung Forschung und Entwicklung
Ziegelhütte 2
36381 Schlüchtern
s.ruecker@projekt-petra.de

Literaturangaben unter:



Frühe Kindheitstraumata und ihre lebenslangen Folgen

Jörg M. Fegert

Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung sind häufig chronische Belastungen, die oft kombiniert oder nacheinander auftreten und eine Vielzahl von psychischen Belastungen, Störungen und Traumafolgeerkrankungen bis weit ins Erwachsenenalter nach sich ziehen können. Für viele Personen, die in der frühen Kindheit solche Traumata erfahren haben, ist auch die Verarbeitung weiterer Belastungen (im Sinne einer zweiten Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, dem sogenannten „Second Hit“) häufig sehr viel belastender und konsequenzenreicher. Dieser Beitrag soll einen Überblick über die Entstehung von Traumafolgen geben.

DEFINITION

Die WHO definiert ein traumatisches Ereignis (A-Kriterium) als das Erleben einer lebensbedrohlichen oder traumatischen Situation. Dabei kann das Erleben auch bedeuten, dass man, wie Kinder im Rahmen häuslicher Gewalt, Zeuge solcher Situationen wird und subjektiv dabei intensive Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen erlebt. Bei kleineren Kindern zeigt sich desorganisiertes oder erstarrtes Verhalten im Rahmen einer „Alarmreaktion“.

UNTERSCHIEDUNG ZWISCHEN TYP-I-VERSUS TYP-II-TRAUMATA

Die amerikanische Kinder- und Jugendpsychiaterin Lenore Terr, die sich ihr ganzes Leben mit den Folgen von Traumata für Kinder und Jugendliche auseinandergesetzt hat, klassifiziert Traumata in zwei große Gruppen, sogenannte Typ-1-Traumata und Typ-2-Traumata (Terr, 1991). Den Anstoß für ihre Beschäftigung mit Traumatisierung gab ein Erlebnis als junge Assistenzärztin, als Terr mit einer Busentführung konfrontiert war: Als damals diensthabende Ärztin stieg sie zu den betroffenen Kindern in den Bus und begleitete sie auch anschließend klinisch therapeutisch. Dies ist ein klassisches Beispiel für ein Typ-1-Trauma, also ein einzelnes, unerwartetes traumatisches Erlebnis von relativ kurzer Dauer. Andere Beispiele hierfür sind Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen oder wenn man wie z. B. bei einem Schulamoklauf Opfer bzw. Zeuge von Gewalttaten wird. Charakteristisch für diese Traumata ist, dass sie meist im öffentlichen Bewusstsein sind und damit sehr viel einfacher besprechbar sind. Potenziell traumatisierende Großereignisse, wie der Tsunami in Thailand, der Hurrikan Katrina, 9/11 oder der Amoklauf in Winnenden, prägen sich durch die intensive Berichterstattung ins gesellschaftliche Gedächtnis ein. Wenn die Betroffenen z. B. mit einer Ärztin oder einem Arzt darüber sprechen wollen, müssen sie nicht erklären, was ihnen passiert ist, sondern die Namen, die für die Ereignisse stehen, eröffnen sofort jedem Zuhörer einen Verständnishorizont.

Anders ist dies bei sogenannten Typ-2-Traumata. Leonore Terr definiert diese als eine Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse. Dies ist typisch für körperliche Misshandlung in der Kindheit, für häusliche Gewalt, also das Miterleben dauernder, zwischenmenschlicher Gewalterfahrungen und für sexuellen Missbrauch in der Familie. Hierüber wird öffentlich nichts bekannt. Es ist deutlich schwieriger, darüber zu sprechen. Durch die fortgesetzte Beeinträchtigung ist es auch deutlich schwieriger, tatbezogene bzw. anlassbezogene, einzelne Erinnerungen reliabel wiederzugeben.

Während also bei Typ-1-Traumata auch bei einmaligen sexuellen Übergriffen, z. B. während einer Ferienfreizeit oder einer Vergewaltigung, meist klare, sehr lebendige Wiedererinnerungen, z. B. im Kontext der Glaubhaftigkeitsbegutachtungen, formuliert werden können, gibt es bei Typ-2-Traumata eher diffuse Wiedererinnerungen. Die einzelnen Ereignisse konfluieren zu einem üblichen Ablauf. Manchmal fällt es den Betroffenen leichter, untypische Situationen, z. B. in denen ein äußeres Ereignis den Missbrauch verhinderte, oder Situationen die an spezifischen Tagen, wie Weihnachten oder dem Geburtstag stattfanden, besser zu erinnern. Personen, die solche fortgesetzten Typ-2-Traumata erlebt haben, haben psychopathologisch eine starke Dissoziationstendenz. Sie zeigen häufig starke Scham und große Schuldgefühle und komplexe posttraumatische Störungsbilder.

Die psychotherapeutische Behandlung von Typ-1-Traumata ist umschriebener und einfacher. Die Prognose ist hier generell auch besser als bei den schwerer zu behandelnden Typ-2-Trau-



bvkd.

mata. Bei Säuglingen und Kleinkindern können multiple Belastungen durch Vernachlässigung und Misshandlung aufgrund der oft noch nicht vorhandenen Verbalisierungsfähigkeiten auch nicht verbal erinnert werden. Diese Kinder zeigen als Folge ihrer Typ-2-Traumatisierung eher die Entwicklung von massiven Bindungsstörungen und Entwicklungsdefiziten.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Das Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder auch englisch PTSD (ICD10 F43.1) wird bei Kindern gar nicht so häufig gesehen, da unterschiedliche Symptome altersspezifisch ausgeprägt sind. Das DSM-5 versucht, diese Altersspezifität durch die Einführung entsprechender Kriterien gerecht zu werden. Bei der in Entwicklung befindlichen ICD-11 wird die komplexe Traumatisierung und auch die Palette der Anpassungsstörungen stärkere Berücksichtigung finden.

Die zentralen Diagnosekriterien in der ICD10 sind:	
A	Die Betroffenen sind einem kurz oder lang dauerndem Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.
B	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis) sind Situationen, die der Belastung ähneln und mit ihr in Zusammenhang stehen.
C	Umstände, die der Belastung ähneln, oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
D	Entweder erstens oder zweitens: Erstens teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern, oder zweitens anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung). Zwei der folgenden Merkmale: Ein- oder Durchschlafstörung, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit.
	Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf.

WIE LÄSST SICH DIE ENTSTEHUNG VON TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN ERKLÄREN?

Im Prinzip sind die Reaktionen auf potenzielle traumatische Belastungen bei uns allen als biologisches Programm angelegt. Auf eine Bedrohung gibt es grundsätzlich zwei Reak-

tionsmöglichkeiten: Kampf oder Flucht (Fight or Flight) bzw. die ohnmächtige, passive Erstarrung (Freeze). Der Flucht- oder Kampfpuls entspricht einer Übererregung. Physiologisch zeigt sich diese durch Blutdrucksteigerung, erhöhte Pulsrate, Veränderung der Atmung, des Muskeltonus und der Schmerz-wahrnehmung. Angst und Schrecken lösen einen Alarmzustand mit Wachsamkeit, bis hin zur Hypervigilanz aus, d. h. das Adrenalin-system wird aktiviert, was zur Erregung führt. Auch die Veränderungen im noradrenergen System führen zu Impulsivi-tät, affektiver Tönung und Aggressivität.

Besteht keine Möglichkeit zur Kampf- oder Fluchtreaktion, wie dies bei vielen völlig abhängigen kleinen Kindern der Fall ist, ist die „Freeze“-Reaktion zu beobachten. Der Begriff „Frozen Smile“, ausführlich eingeführt von Helfer und Kempe in ihrem Lehrbuch „The battered Child“ (1998), beschreibt den ohnmächtigen, scheinbar gefühllosen Gesichtsausdruck von Säuglingen und Kleinkindern, die sich so aus der Situation herausziehen und sich betäuben. Der Vorgang wird psychopathologisch als Dissoziation beschrieben. Diese führt zu einer Veränderung der Sinnes- und Körperwahrnehmung. Über die Aktivierung des Opioid-Systems kommt es zu Betäubungseffekten und Schmerzreduktion.

Das Gehirn speichert solche extrem belastenden Erfahrungen auf zwei Gedächtnisebenen. Im expliziten Gedächtnis, welches im Hippocampus lokalisiert ist und im impliziten, emotionalen Gedächtnis, in der Amygdala. Wie schon oben kurz erwähnt, funktioniert dieses implizite, emotionale Gedächtnis schon ab der Geburt, vielleicht sogar vorgeburtlich und es funktioniert als entwicklungsgeschichtlich, relativ altes, früh entwickeltes System auch unter hohem Stress. Belastende Ereignisse werden hier primär über Körpererinnerungen (z. B. Erinnerungen an Gerüche, Geräusche etc.), die später als Trigger für Panikreaktionen wirken können, als Emotionen abgespeichert und sind nicht der bewussten, verbalisierbaren Erinnerung zugänglich. Eine Einordnung in Raum und Zeit ist in der Regel nicht möglich.

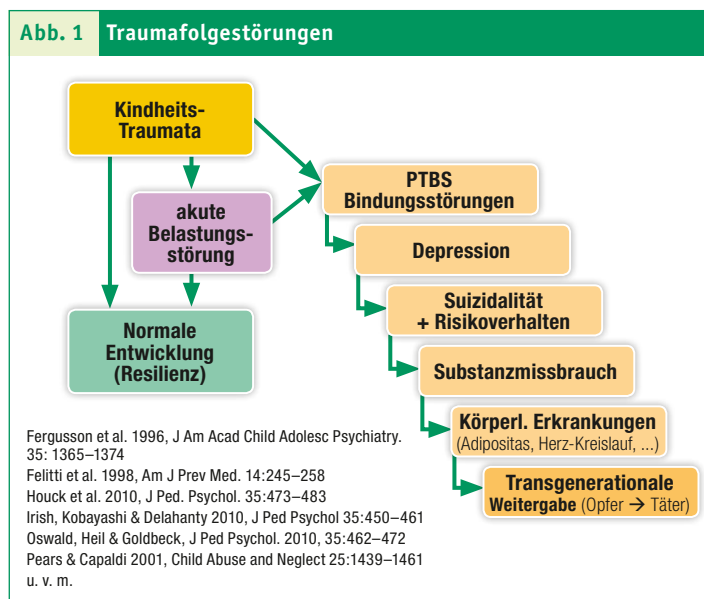
Das explizite Gedächtnis ist erst mit drei Jahren hinreichend entwickelt. Unter Dauerstress sind die Gedächtnisleistungen deutlich schlechter. Das explizite Gedächtnis ermöglicht es uns, über Traumata berichten zu können. Fakten und erlebte Ereignisse können so zu einem Narrativ, zu einer Geschichte über das Erlebte werden und eine Einordnung in Ort und Zeit ist möglich.

Während also in der Amygdala die sogenannten „heißen“, emotionalen Erinnerungs- und Verarbeitungsprozesse ablaufen, wird im „kalten“ Gedächtnis, im Hippocampus, der faktische Hintergrund erinnert, ohne dass er mit Emotionen und physiologischen Phänomenen in der Erinnerung verbunden ist. Der dauerhafte Stress bei kindlichen Belastungen durch Vernachlässigung, fortgesetztem sexuellem Missbrauch und fortgesetzter Kindesmisshandlung führt auch zu hormonellen Veränderungen, insbesondere auf der HPA-Achse.

Im Hippocampus und präfrontalen Cortex wird die HPA-Aktivität inhibiert. Die Amygdala erhöht die Ausschüttung des corticotropen Releasing Hormons (CRH). Dies führt in der

Folge, nach der traumatischen Belastung, zu einer Dysregulation der HPA-Achse mit Hypocortisolismus. Betroffene Menschen sind dadurch anfälliger für Stress und letztendlich auch für Depressionen und Angsterkrankungen. Das noradrenerge System hat insbesondere einen Effekt auf die Angstreaktion durch die Amygdala, bemerkbar durch Hyperarousal, gesteigerten Startelreflex etc. (eine ausführliche Darstellung der Dysregulation sämtlicher Systeme in: Fegert und Plener, im Druck). Die chronische Überflutung des sich entwickelnden Gehirns mit Stress führt bei Kindern häufig zu so genannten „Intrusionen“, denn ihr implizites Gedächtnis ist intakt, während die explizite Verarbeitung und Speicherung im Hippocampus behindert ist. Das wiederholte Erleben solcher potenziell traumatisch belastender Reaktionen im Säuglings- und Kleinkindalter wird als Erinnerung an mentale Gefühlszustände enkodiert, die im späteren Leben immer wieder durch entsprechende „Triggerreize“ unbewusst ausgelöst werden können. Typisch für solche so genannten „Intrusionen“ ist, dass die wiederkehrenden, belastenden Erinnerungen in Bildern, Gedanken, Träumen mit allen sensorischen Details begleitet werden und dadurch ein Gefühl der akuten Bedrohung ausgelöst wird, welches auch durch körperliche Angstsymptome (Herzfrequenz, Atmung, Schweiß etc.) begleitet wird.

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN



Neben dem Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen sich nach traumatischen Belastungen in der Kindheit unterschiedliche psychopathologische Auffälligkeiten aus dem ängstlich depressiven Spektrum, ebenso wie aus dem impulsiv-aggressiven Spektrum. In der weiteren Entwicklung sind Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch nicht selten. Bei Pflege- und Heimkindern wird ärztlicher und psychotherapeutischer Rat oft wegen aggressivem oder delinquentem Verhalten gesucht oder allgemein wegen der Störung der Bindungsfähigkeit mit einem unsicheren Bindungsverhalten bis hin zur Bindungsstörung mit Enthemmung. Bei manchen dieser Kinder ist fast jede Alltagsinteraktion durch kog-

nitive Verzerrungen geprägt. Schnell wird ein nicht feindselig gemeinter Kommentar misstrauisch als ein Angriff oder eine Aggression wahrgenommen. Ganz typisch ist es für diese Kinder, dass sie Probleme mit der Kontrolle von Ärger und Impulsivität haben.

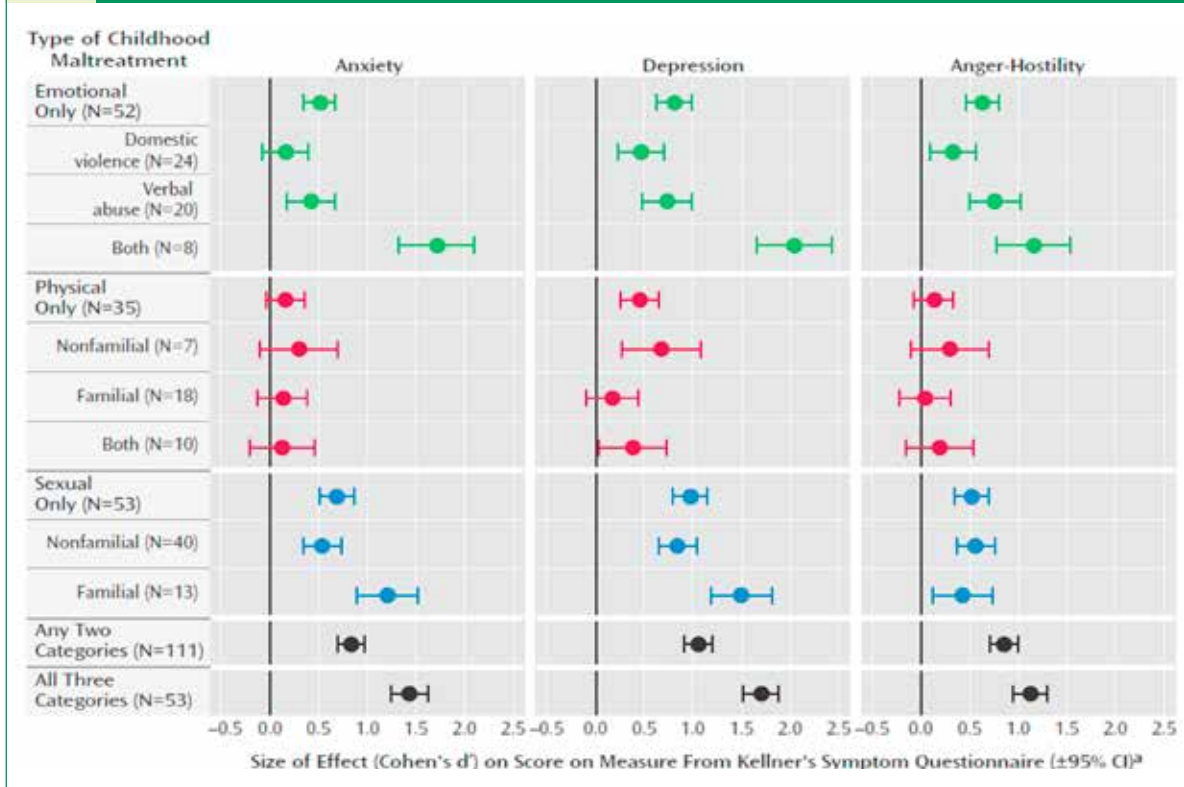
Studien an Erwachsenen mit hoher Teilnehmerzahl haben gezeigt, dass nicht nur psychische Erkrankungen mit Traumata in der Kindheit im Zusammenhang stehen, sondern auch somatische Störungen wie kardiovaskuläre, pulmonale und rheumatische Erkrankungen bei einer solchen Vorgeschichte gehäuft auftreten. Bemerkenswert ist auch die deutlich erhöhte Mortalität. Eine der am besten untersuchten Geburtskohorten ist die Studie an der Neuseeländischen Geburtskohorte (Fergusson et al., 1996 a) und b)), in der über die Entwicklung hinweg psychiatrische Erkrankungen ebenso wie körperliche Erkrankungen dokumentiert wurden. Nach Beendigung der Kindheit wurden die einwilligungsfähigen jungen Erwachsenen nach traumatisierenden Kindheitserlebnissen befragt. In dieser Stichprobe berichteten z. B. 17,3% der Mädchen über sexuellen Missbrauch, 5,6% über sexuellen Missbrauch mit Penetration (3,4% der Jungen mit Penetration, 1,4% waren bis zum 16. Lebensjahr missbraucht worden). Diese missbrauchten Kinder hatten ein 12-faches relatives Risiko, irgendeine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit zu entwickeln. Dies ist ein sehr eindeutiges Ergebnis, was noch dadurch unterstrichen wird, dass die Belastungen nicht retrospektiv erfasst, sondern zeitgerecht dokumentiert worden sind, von Untersuchern, die für die Belastung durch sexuellen Missbrauch oder andere Misshandlungsformen blind waren.

Ähnliche erhöhte Belastungen ergaben sich für Suizidversuche (5-fach erhöht), Alkoholabhängigkeit und anderen Substanzabusus (knapp 3-fach erhöht), Angsterkrankungen und Depressionen (ebenfalls um das 3-Fache erhöht). Bei Taten mit Penetration lagen die relativen Risiken jeweils noch deutlich höher. Teicher (2006) hat einen Überblick über den relativen Effekt unterschiedlicher Misshandlungsformen auf den Dimensionen „Angst“, „Depression“, „Ärger, Feindseligkeit“ gegeben. Deutlich wird, dass die häufigen kombinierten Misshandlungsformen erhebliche Belastungen mit einer signifikanten Erhöhung des Risikos nach sich ziehen.

RELATIVER EFFEKT EINZELNER UND KOMBINierter MISSHANDLUNGSFORMEN AUF DIE ENTWICKLUNG VON SYMPTOMATIK IM BEREICH „ÄNGSTLICHKEIT“, „DEPRESSION“, „WUT“ UND „FEINDESELIGKEIT“

Im Auftrag des BMFSFJ konnten wir nach dem so genannten Missbrauchsskandal 2010 in einem Datensatz der Barmer Ersatzkasse Ergebnisse aus solchen Verlaufsstudien in einer Deutschen Stichprobe simulieren. Die deutsche Traumafolgekostenstudie (Habetha et al., 2012 a) und b)) zeigte, dass die tangiblen Kosten der Traumatisierung in der Kindheit in Form von Gesundheitskosten, Kosten der Kinder- und Jugendhilfe, Ausbildungsförderung, Wertschöpfungsverlust etc. bei 1,6 Mio. Betroffenen 6.708 Euro Traumafolgekosten pro Fall und Jahr nach sich ziehen. In einer moderaten Modellschätzung

Abb. 2 Relativer Effekt



Nach Teicher 2006
AmJPsychiatry

kann man also davon ausgehen, dass die jährlichen Kosten durch Folgen von Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung für die deutsche Gesellschaft bei 11 Mrd. Euro liegen. Jeder Bundesbürger trägt also eine Kostenlast von über 130 Euro jährlich.

GRUNDSÄTZE DER TRAUMATHERAPIE

Primär geht es bei traumabelasteten Patienten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zunächst darum, Sicherheit wiederherzustellen. Insofern ist das erste Gebot, dass der Missbrauch oder die Misshandlung beendet sein muss, um anhaltende Exposition gegenüber Bedrohungsreizen, z. B. durch den Täter, zu verhindern. Es geht in einer solchen Stabilisierungsphase auch in der Therapie zunächst um das Kennenlernen von Methoden der Stressbewältigung, um Ressourcenaktivierung, um die Reduktion von Vermeidungsverhalten im Alltag und vor allem um Psychoedukation, um traumaspezifische Symptome selbst erkennen und diese einordnen zu können. Erst dann ist eine Exposition oder Traumakonfrontation möglich, die eine Erlebnisaktivierung und kognitive Verarbeitung im Sinne eines Traumanarrativs und emotionale Bewältigung ermöglicht. Ziel ist schließlich die Integration der traumatischen Erfahrung in die eigene Biografie, d. h. die Annahme des Traumas.

Therapeutisch stehen in Deutschland (nach der Entscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses, EMDR, im Gegensatz zum Erwachsenenalter, im Kindes- und Jugendalter wegen der nicht hinreichenden Studienlage nicht anzuerkennen) vor

allem Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierte Therapie zur Verfügung.

Gemeinsam ist allen traumaspezifischen Verfahren eine Exposition oder ein Umgang mit den belastenden Traumaerinnerungen. Traumaspezifische therapeutische Interventionen sind die sehr gut untersuchte, traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (vgl. Cohen et al., 2006), das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), die narrative Expositionstherapie, die psychodynamische, imaginative Traumatherapie (PITT) und eine spezifische Form der Körperarbeit, das „Somatic Experiencing“.

Am besten untersucht in zahlreichen, replizierten Studien ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie. Ihre Komponenten sind die Psychoedukation und die Einbeziehung von vertrauenswürdigen Bezugspersonen, also z. B. eines unterstützenden Elternteils, wobei auch die Eltern informiert und in ihren Fertigkeiten gestärkt werden sollen. Wichtig für die Kinder ist das Erlernen von Entspannungstechniken. Weitere Komponenten sind Ausdruck und Modulation von Affekten, kognitive Verarbeitung und Bewältigung, die Voraussetzung für die Bearbeitung des Traumanarrativs, dem zentralen bewältigungswirksamen Element, sind. Angeschlossen werden können In-Vivo-Bewältigung von traumatischen Erinnerungen sowie gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen. Ziel ist die Förderung künftiger Sicherheit in der Entwicklung.

Psychopharmakotherapie spielt bei Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen keine oder nur eine untergeordnete, unterstützende Rolle. Es gibt Untersuchungen im

Erwachsenenalter, die gerade in Bezug auf ängstliche Vermeidung SSRI als wirksame Behandlungsmethode beschreiben. Im Kindes- und Jugendalter waren SSRI verhaltenstherapeutischen Interventionen aber unterlegen. Auch die Kombination konnte in einer NIMH-geförderten Studie keine besseren Ergebnisse mit sich bringen.

Während mittlerweile also zahlreiche bei Kindern einsetzbare, gut untersuchte psychotherapeutische Methoden mit guten Erfolgsaussichten für die Behandlung existieren, muss nach wie vor beklagt werden, dass viele Betroffene keinen Zugang zu einer fachlich fundierten, adäquaten Behandlung haben. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat nach dem Missbrauchsskandal 2010, angeregt durch die damalige Unabhängige Beauftragte sexueller Kindesmissbrauch, Frau Dr. Christine Bergmann, eine Mitgliederbefragung durchgeführt. Zahlreiche teilnehmende Therapeutinnen und Therapeuten gaben an, während ihrer Ausbildung nie etwas über Traumatisierung und Traumatherapie gehört zu haben. Dies führt dazu, dass nicht wenige es sich nicht zutrauen würden, betroffene Patientinnen und Patienten anzunehmen und zu behandeln. Obwohl in Deutschland die Versorgung mit psychotherapeutischen Angeboten in den letzten Jahren immer besser geworden ist und im Vergleich zu vielen Ländern flächendeckend recht gut ist, können Trauma-Betroffene nicht damit rechnen, kompetente Therapieangebote mit hinreichenden Erfolgsaussichten zu erhalten.

FAZIT

Durch die Diskussion der letzten Jahre ist die Sensibilität beim Erkennen von Kindeswohlgefährdungen deutlich gesteigert worden. Nun wird es darum gehen, auch das Vorgehen nach der Wahrnehmung einer Kindeswohlgefährdung zu verbessern. Eine Inobhutnahme (§ 42 KJHG) ist für viele Kinder und Jugendliche, die entsprechend zu ihrem Schutz untergebracht werden, gerade wenn die Inobhutnahmesituation länger andauert, psychisch sehr belastend und kann den bisher erlebten Belastungen weitere hinzufügen (vgl. Petermann et al., 2014; Ziegenhain et al., 2014). Sehr häufig wird nach einer Inobhutnahme, Heimunterbringung oder Platzierung in einer Pflegefamilie der psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlungsbedarf bei den betroffenen Kindern nicht zeitnah festgestellt. Oft dauert es Monate oder Jahre, bis entsprechende Therapien eingeleitet werden weil Pflegeeltern oder Einrichtungen an der ihnen durch die Kinder gestellten Aufgabe zu scheitern drohen. In einem Projekt der World Childhood Foundation hatten wir vor einigen Jahren ein Curriculum für Pflegekinderdienste zur Berücksichtigung traumatischer Belastungen entwickelt.

Im derzeit laufenden BMBF-geförderten Projekt CANMANAGE (<http://canmanage.de>) wird versucht, durch ein gezieltes Traumascreening und Fallmanagement in Kinderschutzfällen eine bessere Versorgung für Kinder und Jugendliche sicherzustellen. Ergebnisse aus diesem Projekt und dem vom BMFSFJ geförderten MIKADO-Kinderprojekt zeigen allerdings, dass nur wenige Kinder bislang eine geeignete Traumatherapie erhalten

(Münzer et al., 2015). Die Darstellung der Traumafolgestörungen und der Therapiemöglichkeiten erfolgt hier auch deshalb, damit Kinderärztinnen und Kinderärzte und alle handelnden Personen in den Heilberufen nicht nur auf die akute Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdung besser achten, sondern sich dann im weiteren Verlauf, falls notwendig, für die Umsetzung entsprechender Therapien engagieren. Eine fachärztlich kinder- und jugendpsychiatrisch, psychotherapeutische Abklärung ist bei schweren vorangegangenen Misshandlungsformen stets angezeigt. Eine vernünftige Diagnostik zum Zeitpunkt der Schutzmaßnahme kann jahrelanges Herantasten an die richtigen Hilfen vermeiden. Diese Kenntnis setzt sich auch zunehmend im Opferentschädigungsrecht durch. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales führten wir im Vorfeld einer anstehenden Reform des Opferentschädigungsrechts eine Analyse der Tätigkeit der Opferambulanzen im Erwachsenen-, Kinder- und Jugendbereich durch. Zunächst muss festgestellt werden, dass der Anteil der Opferambulanzen für Kinder und Jugendliche insgesamt noch zu gering ist, um definitive Aussagen machen zu können. Die Ergebnisse aus dem Erwachsenenbereich mit einer signifikanten Reduktion der traumabezogenen Symptomatik (vgl. Rassenhofer et al., 2016) und die Tendenz der Ergebnisse im Kindesalter machen die Einführung solcher Angebote für Kinder und Jugendliche, die traumatisiert wurden, flächendeckend dringend erforderlich.

■ Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
 Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
 Psychotherapie
 Steinhövelstraße 5
 89075 Ulm
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Literaturangaben unter:



Kultursensibler Kinderschutz

Volker Mall

Ein wichtiges Ziel des Kinderschutzes ist es, dass die Gesellschaft die sich gesetzten Normen und Regeln im Umgang mit Kindern und Jugendlichen umsetzt. Darüber hinaus fordert der Kinderschutz, dass Werte und Normen von Gesellschaften weiterentwickelt werden, um den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Diese gesellschaftlichen Normen und Werte zeigen kulturspezifische Unterschiede und machen eine kultursensible Betrachtung des Kinderschutzes erforderlich. Dies sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein breiter kulturunabhängiger und kulturübergreifender Konsens bezüglich des Schutzes von Kindern besteht. Erwachsene fühlen sich kulturunabhängig dem Schutz der Kinder verpflichtet und nehmen diese Aufgabe mit höchster Priorität wahr. Jede Kultur hat Normen und Werte entwickelt, die ein möglichst optimales Aufwachsen und eine bestmögliche Entwicklung ihrer minderjährigen Mitglieder ermöglichen sollen. Dieser, in jeder Gesellschaft zutiefst verankerte Anspruch, Kinder bestmöglich zu schützen und zu fördern, stellt eine starke Verbindung zwischen Kulturen dar; Kinderschutz wird somit zum kulturübergreifenden und verbindenden Konsens.

Konsequenter Kinderschutz bedeutet aber immer auch Konflikte mit gesellschaftlichen Normen, die von einer erwachsenendominierten Gesellschaft aufgestellt werden. Die Forderung, Normen, Werte und Verhaltensweisen von Erwachsenen zum Wohle von Kindern zu verändern, wird von Eltern und Pädiatern in gleichem Maße gestellt. Auch diese Forderung und der daraus entstehende – Pädiatrie-immanente – Konflikt ist zunächst ein kulturübergreifendes und damit verbindendes Phänomen, da er in jeder Gesellschaft ausgetragen wird. Vor dem Hintergrund, dass die zum Konflikt führenden Normen und Verhaltensweisen teilweise gesellschaftspezifisch und damit kulturabhängig sein können, kann es im Kontext von Migration auch zum interkulturellen Dissens kommen. Die Forderung, Verhaltensweisen für das Wohl des Kindes und damit im Sinne des Kinderschutzes zu verändern, kann auch kulturspezifische Normen und Verhaltensweisen betreffen. Somit ist Kinderschutz kulturkritisch, und dies kulturunabhängig und kulturübergreifend.

EPIDEMIOLOGISCHE ASPEKTE

Studien belegen, dass Kindesmisshandlung und -vernachlässigung ein kulturunabhängiges Phänomen ist und auch ein Migrationshintergrund hier keinen Risikofaktor darstellt. In Jugendämtern bearbeitete Kinderschutzfälle zeigen keine Häufung bei Menschen mit Migrationshintergrund¹. Die Bedeutung eines kultursensiblen Kinderschutzes resultiert nicht aus einer kulturspezifisch erhöhten Rate an Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung, sondern aus dem hohen Anteil unter den Minderjährigen mit Migrationshintergrund und dem starken gesellschaftsabhängigen Kontext.

AUSWIRKUNGEN DES MIGRATIONSHINTERGRUNDES

Prekäre Lebenslagen

Prekäre Lebenslagen treten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gehäuft auf². Diese zu erkennen, stellt vor dem Hintergrund von Kultur- und Sprachbarrieren eine große Herausforderung dar, ist aber für einen praktischen Kinderschutz unerlässlich.

Prekäre Lebenslagen für Kinder und Jugendliche:

- Eltern sind deutlich häufiger arbeitslos
- beengte Wohnverhältnisse
- gesellschaftliche Ausgrenzung
- mehrere Kinder mit geringem Altersabstand

Frühverheiratung und frühe Mutterschaft

Sehr junge Mütter und Teenagereltern haben überdurchschnittlich häufig einen Migrationshintergrund. In dieser Gruppe liegt eine deutlich reduzierte Feinfühligkeit und reduziertes Einfühlungsvermögen in Säuglinge und Kleinkinder vor. Strafen als Erziehungsstil werden häufiger eingesetzt und Erziehungskompetenzen und Pflegequalitäten sind insgesamt geringer ausgeprägt.

Disziplinierung von Kindern durch ihre Eltern

Die Einschätzung von Gewaltanwendung gegenüber Kindern und Jugendlichen durch ihre Eltern als Misshandlung oder als legitimes Erziehungsmittel ist kulturabhängig. Das WorldSAFE-Projekt (World studies of abuse in the family environment) gibt an, dass weltweit durchschnittlich 16% der Kinder innerhalb des letzten Jahres mit erheblicher körperlicher Gewalt, teilweise mit Misshandlungsansätzen, diszipliniert wurden³. Obwohl Gerichtsverfahren, zuletzt in Indien, Italien, Fidschi, Kenia, Namibia, Nepal, Südafrika und Sambia, auf Grund von körperlicher Gewalt gegenüber Kindern zunehmend im Sinne der Kinderrechte entschieden wurden, sind nach Angaben von Unicef weltweit nur 2% der Kinder zu Hause vor körperlicher Gewalt geschützt. Die Rolle des Pädiaters ist grundsätzlich darin zu sehen, darauf hinzuweisen, dass körperliche Gewalt als Erziehungsmittel in Deutschland nicht erlaubt ist. Es besteht international Konsens darüber, dass körperliche Züch-

tigung als Erziehungsmittel ein hohes Risiko für Gewalteskalationen und damit Kindesmisshandlung birgt. Die Reduktion und Verhinderung dieses Risikofaktors ist somit eine aktive Kinderschutzmaßnahme.

Häusliche Gewalt

Aufnahmezahlen in Frauenhäusern weisen auf einen erhöhten Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund als Opfer häuslicher Gewalt hin⁴. Dass diese Zahlen auf eine erhöhte Aufklärungsrate häuslicher Gewalt bei Familien mit Migrationshintergrund zurückzuführen sind, darf als unwahrscheinlich gelten. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer hier noch höher liegt als in Familien ohne Migrationshintergrund. Das Risiko für Kinder und Jugendliche, ebenfalls Opfer von Gewalt in diesem Kontext zu werden, ist deutlich erhöht.

Ressourcen und Schutzfaktoren durch Migrationshintergrund

Zahlreiche Faktoren, Resilienzfaktoren, sind bei Familien mit Migrationshintergrund gehäuft zu finden. Hierzu gehört ein günstigeres Stillverhalten, familiäre Unterstützung, „kontrollierende Fürsorge“, Stolz und Anerkennung bei der Geburt eines Kindes, geringerer Tabak- und Alkoholkonsum bei Mädchen und sichere emotionale Bindungen. Dies kann vor allem in sozialen Notlagen zum Tragen kommen und helfen, diese besser zu verkraften und zu überwinden.

Genitalbeschneidungen

Für die weibliche Genitalbeschneidung empfiehlt die WHO seit 1991 den Begriff der weiblichen Genitalverstümmelung zu benutzen (Female Genital Mutilation). Damit soll unterstrichen werden, dass die Praxis eine Verletzung der Rechte von Mädchen und Frauen darstellt, ebenso wie die nationalen und internationalen Abschaffungsbestrebungen. Nach bundesdeutschem Recht erfüllt die Verstümmelung weiblicher Genitalien den Straftatbestand der Gefährlichen Körperverletzung. Akute Komplikationen – Blutverlust und Infektionen – sind vor allem auch durch die unzureichenden technischen und hygienischen Bedingungen verursacht. Zu den zahlreichen und häufig chronischen Komplikationen zählen Menstruationsbeschwerden, erhöhte Rate von Unterleibsbeschwerden, genitale Ulcera, Infektionen des Genitaltraktes, Beeinträchtigungen der Sexualität und Geburtskomplikationen. Kinder- und Jugendärzte können eine wichtige Rolle bei der Vorbeugung der Mutilation bei Mädchen und jungen Frauen aus entsprechenden Herkunftsländern einnehmen. Hierzu gehören die Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen und der Hinweis, dass es sich um einen Straftatbestand handelt.

Die zuvor nur geduldete rituelle, medizinisch nicht indizierte Beschneidung des männlichen Genitals wurde in der Bundesrepublik Deutschland 2012 legalisiert. Bis zum 6. Lebensmonat kann sie auch durch eine von einer Religionsgemeinschaft vorgesehene Person durchgeführt werden, wenn diese dafür besonders ausgebildet ist und für die Durchführung der

Beschneidung einer Ärztin oder einem Arzt vergleichbar befähigt ist. Nicht zuletzt berief sich die Gesetzesinitiative auf eine Stellungnahme der American Academy of Pediatrics von 2012⁵, die einen medizinischen Nutzen der Beschneidung postuliert. Dieser wird in einer vom BVKJ und der DAKJ unterstützten Gegendarstellung massiv in Frage gestellt⁶.

Flucht und Kinderschutz

Erzwungene Migration stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Dies sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass zunächst jede Flucht vor Naturkatastrophen, kriegerischer oder struktureller Gewalt einen präventiven Charakter hat, da sie der Minimierung gesundheitlicher Risiken gilt. Unter diesem Aspekt stellt sie eine Form praktizierten Kinderschutzes dar. Darüber hinaus jedoch ist erzwungene Migration mit einer Reihe von kinderschutzrelevanten Risikofaktoren assoziiert. Während der Flucht liegt eine hohe Exposition gegenüber traumatisierenden Ereignissen vor, mit einem erhöhten Risiko der Kindesmisshandlung durch Dritte sowie innerhalb der Familie selbst. Es besteht das Risiko, dass sich die Gewalttoleranzschwelle innerhalb der Familie nach traumatisierenden Ereignissen verschiebt. Die Resilienz gegenüber Belastungsfaktoren nimmt ab und es kann zu einer Beeinträchtigung der Erziehungskompetenz von Eltern durch posttraumatische Belastungen kommen.

ANFORDERUNGEN AN EINEN MIGRATIONSENSIBLEN KINDERSCHUTZ

Um die Resilienz- und Risikofaktoren bezüglich eines gesunden und beschützten Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund adäquat einschätzen zu können, bedarf es eines kultur- und migrationssensiblen Kinderschutzes. In Großbritannien wurde 1989 der Children Act ins Leben gerufen, der als ein Vorreiter des kultursensiblen Kinderschutzes angesehen werden kann und die Herkunft des Kindes bei Kinderschutzfragen erstmals bewusst berücksichtigt. Die Initiative „Every Child Matters“ stellt den kultursensiblen Umgang mit Kinderschutzfragen dann in den Mittelpunkt. Festgehalten wird, dass der Anspruch auf Kinderschutz bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in gleichem Maß besteht. Darüber hinaus sind die Auswirkungen von rassistischer Verfolgung und Diskriminierung zu berücksichtigen. Bei der Gefährdungsbeurteilung sind kulturelle Hintergründe, religiöse Überzeugungen und die Art und Weise, wie das Leben innerhalb der Familie und der Community organisiert ist zu eruieren, um Resilienz- und Risikofaktoren adäquat zu erfassen.

Kinderschutz in der Pädiatrie ist kein von der Grundversorgung abgekoppelter Prozess, vielmehr stellt er einen integralen Bestandteil jeglicher pädiatrischer Versorgungsstruktur dar. Hieraus resultiert, dass ein effektiver kultursensibler Kinderschutz auf kultursensible Strukturen in der Pädiatrie zurückgreifen muss. Die Umsetzung einer migrationsfreundlichen

Versorgung stellt eine große Herausforderung für pädiatrische Strukturen dar; zahlreiche positive Beispiele belegen die praktische Umsetzbarkeit. Pädiatrische Schwerpunktpraxen in Regionen mit erhöhtem Migrantanteil arbeiten eng vernetzt mit Dolmetschern, Sozialarbeitern und Communities zusammen und sichern hier nicht nur die kinderärztliche Primärversorgung, sondern tragen auch wesentlich zur psychosozialen Betreuung der Patienten bei. Gemessen am Anteil der Gesamtbevölkerung sind Kinder und Jugendliche in Sozialpädiatrischen Zentren eher unterrepräsentiert und die Notwendigkeit, sich auf die Anforderungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund einzustellen, ist besonders groß.

■ Prof. Dr. med. Volker Mall
Ärztlicher Direktor
Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie
kbo Kinderzentrum München gGmbH
Heiglhofstraße 63
81377 München
volker.mall@kbo.de

Literaturangaben unter:



Organisatorische Strukturen – migrationssensibler Kinderschutz:

1. Etablierung eines Schwerpunkt-Teams interkulturelle Pädiatrie
2. Abbau von Sprachbarrieren (Dolmetscherdienst, mehrsprachige Homepage, mehrsprachige Informationsmaterialien)
3. Personalentwicklung
 - Weiterbildung von Mitarbeitern in transkultureller Medizin (kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation, Umgang mit ethnokultureller Vielfalt)
 - gezielte Mitarbeitersuche mit transkulturellem Hintergrund
4. Berücksichtigung migrationspezifischer Faktoren in Diagnostik und Therapieplanung
5. Etablierung von Partnerschaften mit
 - i. Betroffenen auf lokaler Ebene („Communities“)
 - ii. Öffentlichem Gesundheitsdienst

SCHLUSSFOLGERUNG

Vor dem Hintergrund, dass es ein immanentes Bestreben aller Kulturen und Gesellschaften darstellt, die bestmöglichen Entwicklungschancen für ihre jüngsten und schutzbedürftigsten Mitglieder zu ermöglichen, stellt Kinderschutz ein kulturverbindendes Anliegen dar. Um Eltern mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund bei dem Ziel, ihrem Kind bestmögliche Gesundheits- und Entwicklungsperspektiven zukommen zu lassen, zu unterstützen, bedarf es einer tiefen Kenntnis kultureller Hintergründe. Nur so kann dem in Großbritannien treffend formulierten Anspruch „Every Child Matters“ ausreichend Rechnung getragen werden.



Vernetzung

Jörg M. Fegert

Seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes am 1. Januar 2012 ist die strukturelle Vernetzung und die interdisziplinäre Kooperation im Kinderschutz auch gesetzlich geregelt.

Die Bedeutung von Vernetzung und Zusammenarbeit war jedoch schon sehr viel früher im Rahmen von Netzwerkanalysen im Umgang mit sexuell missbrauchten Kindern (z. B. Fegert et al., 2001) und durch die Erfahrungen aus den Modellprojekten im Kontext der Frühen Hilfen (vgl. Ziegenhain et al., 2010) hervorgehoben worden. Das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG) regelt neben einer generellen Positionierung zum Kinderschutz als gesellschaftliche Herausforderung und neben dem Einsatz von Familien, Hebammen und Kinderkrankenschwestern vor allem Netzwerkstrukturen bei den Frühen Hilfen und im Kinderschutz sowie den Informationsfluss zwischen Berufsheimnisträgern und der Jugendhilfe. Diese beiden letzten Regelungen sind für die Vernetzung besonders relevant. § 3 KKG soll vor Ort verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz schaffen. Als medizinische Kooperationspartner werden hier genannt: Angehörige von Heilberufen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter und die sozialpädiatrischen Zentren. Vernetzen sollen diese sich mit Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe, der Behindertenhilfe für Kinder nach SGB XII mit den Sozialämtern, den gemeinsamen Servicestellen, Schulen, Polizei und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, interdisziplinären Frühförderstellen, Schwangerschafts- und Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung, zum Schutz vor Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten und Familiengerichten. Die Palette der explizit genannten Vernetzungspartner und Akteure im Kinderschutz ist also sehr breit. Die Bundesregierung setzte bei dieser Norm auf Freiwilligkeit der handelnden Personen im Gesundheitswesen, denn Kooperation und Vernetzung ist hier nicht speziell geregelt und auch nicht als Vernetzungsleistung finanziert.

§ 3 KKG Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

(1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der

Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

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

(3) Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, soll die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Die Beteiligten sollen die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

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

Konkret geregelt wurde im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) neben der Vernetzung auch die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung. Berufsheimnisträger, die in unmittelbarem Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, wie Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und Angehörige anderer Heilberufe sollen bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung „mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und soweit erforderlich bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht infrage gestellt ist“. Die so genannten „Berufsheimnisträger“, die direkt mit Kindern in ihrer Arbeit zu tun haben, erhielten in § 4 Abs. 2 KKG einen Rechts-

anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ z. B. in pseudonymisierter Form für eine Gefährdungseinschätzung. § 4 Abs. 3 KKG enthält die eigentliche Befugnisnorm, welche aus Mitteilung an das Jugendamt bei einer entsprechenden Gefährdung keinen unzulässigen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht macht.

Wenn es also nicht gelingt, die Eltern zur Annahme von Hilfen zu bewegen und wenn die so genannten „Berufsgeheimnisträger“ das Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich halten „um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren“.

§ 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden

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

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

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

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

EVALUATION DES BUNDESKINDERSCHUTZGESETZES ZUM THEMA VERNETZUNG

Am 16. Dezember 2015 hat das Bundeskabinett den Bericht zur Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes beschlossen (www.bmfsfj.de). In Bezug auf den Regelungsbereich „strukturelle Vernetzung“ (Seite 47 des Berichts) besteht nach Einschätzung der Bundesregierung kein weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung: „Die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe konnte durch die mit dem Bundeskinderschutz verankerten Regelungen bereits deutlich verbessert werden. Weitere Verbesserungen sind insbesondere durch die Regelungen des am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, durch die medizinische Leitlinie zum Kinderschutz und durch Modellprojekte in den Ländern zur Einrichtung interdisziplinärer Qualitätszirkel zu erwarten. Daran anknüpfend sind die Voraussetzungen für engere Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern. Weiterentwicklungsbedarfe beziehen sich im Wesentlichen auf Fragen der Umsetzung, z. B. ist eine Ausweitung von Netzwerkstrukturen auch für die Belange älterer Kinder und Jugendliche zu fördern und die Anzahl von Familienhebammen und vergleichbar qualifizierter Gesundheitsfachkräften zu steigern“.

Die Evaluation der Bundesregierung stützt sich dabei auch auf eine Jugendamtserhebung des Deutschen Jugendinstituts aus 2014, bei der deutlich wurde, dass nahezu alle Jugendämter in Netzwerken (teilweise mit getrennten Netzwerken für die Frühen Hilfen und für den sonstigen Kinderschutz) mit Institutionen und Professionen aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen kooperieren. Beispielhaft werden als Kooperationspartner genannt (Seite 35 des Berichts) „Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Hebammen, Familiengerichte und Sozialämter“. Besonders häufig seien Personen und Institutionen des Gesundheitswesens in den Netzwerken mit Schwerpunkt „Frühe Hilfen“ vertreten. Davon die Gesundheitsämter mit zu über 80%, Kinderärztinnen und Kinderärzte zu 66%, niedergelassene Hebammen zu 64%, Geburtskliniken zu 62%, Kinderkliniken zu 49% (Quelle: NZFH Kommunalerhebung 2013).

Allerdings werden Institutionen und Fachpersonen, die sich z. B. mit psychisch kranken Erwachsenen beschäftigen, wie Kliniken

für Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, nur in 23% der Netzwerke und psychiatrische und psychotherapeutische Praxen nur in 16% der Netzwerke eingebunden. Besonders häufig in Netzwerken vertreten sind diejenigen Partner, die zur Teilnahme gesetzlich verpflichtet sind, wie z.B. die Schwangerschaftsberatungsstellen, oder deren Teilnahme am Netzwerk budgetiert ist, wie z.B. die Familienhebammen.

Die Qualität der Kooperation mit den gesetzlich verpflichteten Partnern wird von den befragten Jugendämtern besonders gut bewertet. Gerade die Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen wird dennoch als verbesserungsbedürftig eingeschätzt. „Auf Schwierigkeiten bei der Netzwerkarbeit in Bezug auf zeitliche, aber auch personelle Ressourcen, wird insbesondere im Hinblick auf die Berufsgruppen aus dem medizinischen Bereich hingewiesen“ (Evaluationsbericht Seite 43). Die Erhebung des BMFSFJ bei BVKJ-Mitgliedern erbrachte in Bezug auf die neu eingeführte Befugnisnorm und den Beratungsanspruch durch eine insoweit erfahrene Fachkraft, dass 60% der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, welche diese Fragen beantwortet haben, den Anspruch gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe auf Beratung zum Umgang mit einem Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung kennen. Dabei waren deutliche Unterschiede nach Bundesländern festzustellen. Der Bekanntheitsgrad der Regelungen ist auch abhängig von der fachlichen Spezialisierung in Institutionen. So war der Bekanntheitsgrad in sozialpädiatrischen Zentren deutlich höher als z. B. generell in Kinderkliniken.

DIE AN DER VERNETZUNG BETEILIGTEN PROFESSIONEN UND INSTITUTIONEN

Generell kann man bei der Vernetzung im Kinderschutz drei große Bereiche und eine große Gruppe sonstiger wichtiger Akteure beschreiben. In der Jugendhilfe sind es zunächst die Jugendämter, die in diesem Zusammenhang auch hoheitliche Aufgaben haben. Ihr Vorgehen ist schon länger in § 8 a SGB VIII in Bezug auf den Kinderschutz geregelt. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bei freien und öffentlichen Trägern der Jugendhilfe, wie z. B. Kitas, Erziehungsberatungsstellen, Familienbildungsstellen und Mutter-Kind-Einrichtungen, zählen ebenfalls zum Feld der Vernetzungspartner in der Jugendhilfe. Hinzu kommen Inobhutnahmeeinrichtungen, welche in Krisensituationen nach § 42 KJHG zum Schutz betroffener Kinder und Jugendlicher eine Inobhutnahme realisieren können, sowie Heime und Pflegefamilien.

Vernetzungspartner und Akteure im Bereich justizieller rechtlicher Fragen sind die Familiengerichte, ggf. Rechtsanwälte und ggf. die Staatsanwaltschaften und die Polizei, falls es zu einer Strafanzeige kommt. Im Gesundheitswesen wiederum sind Vernetzungspartner der öffentliche Gesundheitsdienst mit z. B. Gesundheitsämtern, kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten in unterschiedlichen Fachrichtungen wie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, Allgemeinmedizinerin-

nen und Allgemeinmediziner etc. Spezifische Einrichtungen wie psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren sind hier ebenfalls zu nennen, wie auch die interdisziplinären Einrichtungen der Frühförderung. Hinzu kommen im System sonstige Vernetzungspartner wie bei Kindern im Schulalter die Schule, möglicherweise Vereine und Verbände.

Es ist schwierig, wenn nicht unmöglich, die Vernetzung aus Sicht aller möglichen beteiligten Personen darzustellen. Charakteristisch sind vielerorts Netzwerke rund um die Geburt, die berechtigterweise Geburtskliniken, niedergelassene Gynäkologen und Kinder- und Jugendärzte, Kinderkliniken, Hebammen und Familienhebammen im Wesentlichen einschließen. Netzwerke im Kinderschutz, die sich um Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch in allen Altersstufen kümmern, benötigen mit einer anderen Gewichtung die Teilnahme von Frühfördereinrichtungen, von sozialpädiatrischen Zentren und kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen, Ambulanzen und Kliniken, ebenso wie die breite Palette von Kooperationspartnern in der Pädiatrie und bei der Jugendhilfe. Als besondere Schwierigkeit in der Vernetzung hat sich bislang der Einbezug der Behandler psychisch kranker Mütter und Eltern erwiesen. Hier bestehen auf kommunaler und regionaler Ebene auch häufig Netzwerke der psychiatrischen Versorgung mit Kontakten der „stationär arbeitenden und niedergelassenen psychosozialen Versorger“ meist mit der Sozialhilfe, aber die Netzwerke haben untereinander zu wenig Austausch. Auf die Bedeutung einer Vernetzung in diesem Bereich weist eine soeben vom NZFH verabschiedete Broschüre des NZFH hin, die von zahlreichen Fachverbänden und Institutionen mitgezeichnet wurde (www.fruehehilfen.de/kinder-von-eltern-mit-psychischen-Erkrankungen).

Im Folgenden kommen einzelne Vernetzungspartner unterschiedliche Autorinnen und Autoren, wie z. B. die Präsidentin des Familiengerichtstags, Frau Dr. Götz, und andere Autoren in dieser Broschüre zu Wort. Denn gelingende Vernetzung ist stets auch der Versuch einer Verständigung über Fachgrenzen und Fachterminologien hinweg und die Integration unterschiedlicher Sichtweisen hinsichtlich der Aufgabenstellung eines besseren Kinderschutzes.

■ Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
 Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
 Psychotherapie
 Steinhövelstraße 5
 89075 Ulm
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Literaturangaben unter:



Kinderschutz braucht starke Netze! – Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Kinderschutzarbeit

Isabella Gold

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz findet in einem sensiblen Spannungsfeld von Prävention und Intervention statt. Im Einzelfall ist dies oft mit anspruchsvollen Abwägungsprozessen verbunden. Vorrangig geht es darum, Eltern dafür zu gewinnen, notwendige Unterstützung rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Ist dies nicht möglich, sind aber Maßnahmen zum Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen erforderlich, ist konsequentes Handeln, wenn es sein muss auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten, geboten. Die erforderliche Handlungssicherheit wird am nachhaltigsten durch verbindliche interdisziplinäre Kooperationsstrukturen vor Ort geschaffen.

1. EINLEITUNG

Starke und verantwortungsvolle Eltern sind die beste Gewähr für die Sicherstellung einer positiven und gesunden Entwicklung ihrer Kinder. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass Fälle von Vernachlässigung und Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen oft Folge familiärer Belastungs- und Überforderungssituationen sind. Entscheidend ist, Eltern frühzeitig in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken und ihnen vor allem in belastenden Lebenssituationen zielgerichtete Unterstützung zu geben. Sich gegenseitig wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit ist elementare Voraussetzung dafür, dass Eltern notwendige Hilfen auch als etwas Selbstverständliches in Anspruch nehmen können. Die Entscheidungen und Abwägungsprozesse im Einzelfall sind für alle Beteiligten alles andere als einfach. Umso wichtiger sind im Vorfeld fallunabhängige, klar kommunizierte verbindliche Kooperations- und Verfahrensabsprachen. Unsicherheiten bestehen oft bei der Einschätzung von Gefährdungslagen, insbesondere wann im konkreten Einzelfall die Schwelle zur Kindeswohlgefährdung überschritten ist und damit Maßnahmen zur Sicherstellung des Kindeswohls, ggf. auch gegen den Willen der Eltern, erforderlich sind. Die nötige Handlungssicherheit in diesem Bereich wird v. a. durch strukturell angelegte interdisziplinäre Kooperation geschaffen.

2. RECHTLICHER HANDLUNGSRAHMEN FÜR INTERDISZIPLINÄRE KOOPERATION

Die verfassungsrechtlich verankerten Handlungsleitlinien spiegeln sich in den verschiedenen einfachgesetzlichen Regelungen wider. Kindeswohlgefährdung ist dabei Richtschnur und Interventionsschwelle für Maßnahmen auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten. Die folgenden Ausführungen verdeutlichen dies für den datenschutzrechtlichen Rahmen sowie für bestehende Handlungserfordernisse.

Verfassungsrechtlich verankerte Handlungsleitlinien

- „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ (Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz – GG). Daraus folgt die prioritäre Aufgabe, Eltern dabei zu unterstützen, dieser Verantwortung ausreichend gerecht werden zu können. Staat und staatliche Gemeinschaft sind aber auch verpflichtet, zum Schutz des Kindes einzuschreiten, wenn die Eltern sein Wohl gefährden bzw. nicht in der Lage sind, dieses sicherzustellen (staatliches Wächteramt).
- Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts „gehört nicht zur Ausübung des Wächteramtes, gegen den Willen der Eltern für eine bestmögliche Förderung der Fähigkeiten des Kindes zu sorgen“. ¹ Ist z. B. aus ärztlicher Sicht ein unterstützendes Angebot (z. B. Erziehungsberatung) für die weitere Entwicklung des Kindes zwar förderlich, ohne Inanspruchnahme des Kindeswohl aber nicht gefährdet, geht es ausschließlich darum, um die Inanspruchnahme dieses Angebotes zu werben.
- Kindeswohlgefährdung als Interventionsschwelle für Maßnahmen auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten: Ist zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung eine Maßnahme notwendig (insb. zum Schutz der Grundrechte des Kindes auf Leben, körperliche Unversehrtheit, Freiheit) und wollen Eltern dabei nicht (ausreichend) mitwirken, ist konsequentes Handeln auch gegen den Willen der Eltern erforderlich. „Sollten das Elternrecht und das Recht des Kindes auf ‚Schutz vor den Eltern‘ unversöhnlich aufeinander treffen, setzt sich der Schutz des Kindes vor seinen Eltern in der verfassungsgerichtlichen Prüfung durch“. ²

Herausforderung:

Kindeswohlgefährdung ist gesetzlich nicht festgelegt (sog. wertausfüllungsbedürftiger Rechtsbegriff). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu familiengerichtlichen Eingriffen gemäß § 1666 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) liegt sie vor, wenn eine „gegenwärtige oder zumindest unmittelbar bevorstehende Gefahr für die Kindesentwicklung abzusehen ist, die bei ihrer Fortdauer eine erhebliche Schädigung des

Abb. 1 Unterstützungsbedarf, aber noch keine Kindeswohlgefährdung (auch keine gewichtigen Anhaltspunkte hierfür)

Werben um Inanspruchnahme von Hilfen (Frühe Hilfen, Hilfen zur Erziehung).

Datenweitergabe nur mit Einwilligung!

Inanspruchnahme freiwillig, kein Handeln gegen den Willen der Eltern.

Abb. 2 Kindeswohlgefährdung bzw. Verdacht darauf (gewichtige Anhaltspunkte)

Konsequentes Vorgehen, ggf. auch gegen Willen der Eltern! (§§ 1666, 1666a BGB, § 8a SGB VIII)

Gefährdung

Erweiterte Handlungsmöglichkeiten bzgl. Datenweitergabe (insb. § 34 StGB) bis hin zu Handlungspflichten (s.a. § 13 StGB)

Bsp.: Zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung ist Inanspruchnahme e. Hilfe zur Erziehung (HzE) erforderlich:

- ➔ Idealfall: Eltern beantragen HzE
- ➔ Wenn Eltern Kooperation verweigern und keine Unterstützung wollen ➔ **roter Bereich**: insb. **Antrag** Jugendamt auf **Anordnung durch Familiengericht**/ggf. **Inobhutnahmemaßnahme** durch Jugendamt.

körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“. Auslöser für die Wahrnehmung des Schutzauftrages durch das Jugendamt nach § 8a Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) sind gewichtige, d.h. „ernst zu nehmende konkrete Hinweise auf eine Gefährdung bzw. auf eine Dynamik, die eine solche auslösen kann“. Die fachliche Einschätzung von Gefährdungslagen an der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung (noch gelber oder schon roter Bereich?) ist im Einzelfall oft äußerst anspruchsvoll. Zur Stärkung der Handlungssicherheit empfehlen sich v. a. ein interdisziplinärer Austausch sowie gemeinsame Qualifizierungsmaßnahmen. So können Sichtweisen und Sprache der verschiedenen Professionen (insb. Jugendhilfe, Gesundheitsbereich, Justiz) besser verstanden und aufeinander abgestimmt werden. Neue Erkenntnisgewinne in Bezug auf kindeswohlrelevante Entwicklungsrisiken sind auch für die Rechtsprechung relevant und in Entscheidungen einzubeziehen.

Konkret: Datenschutzrechtlicher Rahmen

Für die verschiedenen Hilfesysteme bestehen z. T. spezifische Regelungen. Die Ausführungen beschränken sich auf zentrale Vorschriften, die für alle gelten. Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 1, 2 GG) beinhaltet das Recht,

selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden. § 203 Strafgesetzbuch (StGB) stellt die unbefugte Weitergabe von Geheimnissen, die im Rahmen der Berufsausübung erlangt wurden, unter Strafe. Hierfür gelten aber auch Ausnahmen.⁴

Ausnahmen von der Schweigepflicht insbesondere:

- ➔ Weitergabe mit Einwilligung (Schweigepflichts-entbindung)
Mit Einwilligung der Betroffenen ist eine Weitergabe personenbezogener Daten nicht unbefugt und damit zulässig. Ist aus ärztlicher Sicht Unterstützungsbedarf vorhanden und wird eine Datenweitergabe z.B. an das Jugendamt für sinnvoll erachtet, um Hilfen zu ermöglichen, ist das Gespräch mit den Personensorgeberechtigten darüber zu führen und um ihr Einverständnis hierfür zu werben. Dies ist auch aus fachlicher Sicht der beste Ansatz, denn nachhaltige Wirkung entfalten Hilfen v. a. dann, wenn sie aus eigener Überzeugung angenommen werden.
- ➔ Erweiterte Befugnisse, wenn zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich
Die Schweigepflicht darf (und muss im Einzelfall) gebrochen werden, wenn die Weitergabe der Daten an andere Stellen (insb. Jugendamt, ggf. Polizei) zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich ist. Ist das Kindeswohl gefährdet, ist der Schweigepflichtige v. a. aufgrund des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) befugt, sein Wissen notfalls auch gegen den Willen des Patienten bzw. der Personensorgeberechtigten weiterzugeben, wenn die Gefahr nicht anders beseitigt werden kann. Bei der notwendigen Rechtsgüterabwägung überwiegt regelmäßig das Kindeswohl (v. a. Gesundheit, Leib, Leben). Die Datenweitergabe sollte möglichst mit Wissen der Betroffenen erfolgen. Die Befugnis zur Datenweitergabe speziell an das Jugendamt zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung ist seit 2012 ausdrücklich auch in § 4 Abs. 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) geregelt.

§ 34 StGB (Rechtfertigender Notstand)

U. a. zusätzliche Befugnis zur Datenweitergabe; vereinfachtes Prüfungsschema

Kommen Berufsheimnisträger i.S.v. § 203 StGB zur subj. Auffassung, dass

- ✓ eine **ernsthafte Gefahr** für das Kind bzw. den Jugendlichen besteht,
 - ✓ die **eigenen fachlichen Mittel zur Abwehr** der Gefahr **nicht ausreichen** und
 - ✓ **nur durch Einbindung einer anderen Stelle** (v.a. Jugendamt, Polizei) das **Kindeswohl gesichert** werden kann (freiwillige Inanspruchnahme benötigter weitergehender Hilfe auch nicht durch Werben zu erreichen bzw. akuter Handlungsbedarf insb. bei Gefährdung von Leib oder Leben des Kindes/ Jugendlichen).
- ➔ **Interessenabwägung: Im Zweifel Vorrang Sicherung Kindeswohl!**
- ➔ **Weitergabe der Daten auch ohne Einwilligung zulässig** (möglichst mit Wissen der Betroffenen) und im **Einzelfall in der Regel sogar geboten!**
- ➔ Bzgl. Datenübermittlung an **Jugendamt** ist zu betonen, dass dieses **gesetzliche Aufgabe** hat, Vorliegen von **Gefährdungssituationen abzuklären** und darauf **adäquat zu reagieren** (hat dabei ebenfalls Datenschutz zu beachten).

Handlungspflichten zur Sicherstellung des Kindeswohls

Wenn nach der subjektiven Überzeugung der in § 4 KKG genannten Berufsgruppen ein Tätigwerden zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung erforderlich ist, darf nicht nur, sondern muss auch entsprechend gehandelt werden, wenn es sein muss auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten. Eine solche Handlungspflicht ergibt sich für Ärztinnen und Ärzte gegenüber ihren minderjährigen Patientinnen und Patienten in der Regel bereits durch die aus dem Behandlungsvertrag oder tatsächlicher Gewährübernahme begründete Beschützergarantenstellung und einer daraus folgenden Garantenpflicht zur Schadensabwendung (bei Schadenseintritt besteht ansonsten auch die Gefahr des Vorwurfs strafrechtlich relevanten Unterlassens gemäß § 13 StGB). Die bestehende Handlungspflicht bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der Gemeinsame Bundesausschuss für den ärztlichen Bereich mit Beschluss vom 21. Februar 2008 ausdrücklich betont.



Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind Auslöser für die Wahrnehmung des Schutzauftrages durch das Jugendamt (s. o.). Soweit möglich und hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird, sollen die Personensorgeberechtigten von der Notwendigkeit der Einbindung möglichst auch überzeugt bzw. zumindest darüber aufgeklärt werden. Im Idealfall erfolgt die Vereinbarung eines gemeinsamen Gespräches mit dem Jugendamt. Die Einbindung des Jugendamtes ist nicht mit einer Strafanzeige zu verwechseln. Dieses hat vielmehr die gesetzliche Aufgabe, das Vorliegen der Gefährdungssituation abzuklären und darauf adäquat und angemessen zur etwaig erforderlichen Gefahrenabwendung zu reagieren (ggf. Einbeziehung des Familiengerichts erforderlich).

Zur Schaffung von Handlungsklarheit wurde in Bayern die im Gesundheitsbereich bestehende Handlungspflicht in o. g. Fällen bereits 2008 gesetzlich in Art. 14 Abs. 3 und 6 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) konkretisiert (Pflicht zur Einbindung des Jugendamtes). Die teilweise geäußerte Befürchtung, ausdrücklich geregelte Mitteilungspflichten könnten Eltern davon abhalten, ihr Kind ärztlich

untersuchen zu lassen, hat sich in Bayern nicht bestätigt. Im Frühjahr 2014 erfolgte eine Abfrage der Jugendämter zur Wirkung des Gesetzes und zur Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbereich. 70 von 96 Jugendämtern haben an der Befragung teilgenommen, dabei wurden insgesamt 781 Fälle aufgrund von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung mitgeteilt. In 471 der mitgeteilten Fälle bestand Handlungsbedarf für die Jugendämter. Davon waren 205 Kinderschutzfälle dem Jugendamt zuvor noch nicht bekannt! Hier bestätigt sich, wie wichtig klar kommunizierte und geregelte Handlungserfordernisse zur Sicherstellung eines effektiven Kinderschutzes sind. Bayern hat deshalb i. R. d. Evaluation zum Bundeskinderschutzgesetz gefordert, die Handlungspflicht bei der in § 4 Abs. 3 KKG beschriebenen Fallgestaltung auch bundesweit gesetzlich klarzustellen und insgesamt angeregt, § 4 KKG in Bezug auf seine Praktikabilität zu überprüfen. § 4 Abs. 3 KKG normiert trotz der dort beschriebenen konkreten Gefährdungssituation nur eine „Befugnis“ zur Information des Jugendamtes – aber keine ausdrückliche Verpflichtung hierzu, weshalb bereits erhebliche Handlungs- und Rechtsunsicherheiten in der bayerischen Praxis aufgetreten sind, die vor allem für die betroffenen Kinder und Jugendlichen verheerende Folgen haben können, aber auch für diejenigen, die es unterlassen, Hilfe zu leisten (§ 13 StGB).⁵

Was passiert bei Irrtum?

Entscheidend ist der Kenntnishorizont zum Entscheidungszeitpunkt (ex-ante-Beurteilung) und nicht die wissende Sicht im Nachhinein. Die Anforderungen an die Prognose für eine Kindeswohlgefährdung sind dabei „umso geringer, je gewichtiger die Anhaltspunkte und insofern die Risiken für das betroffene Kind bzw. den Jugendlichen sind.“⁶ Wurden z. B. Daten ohne Einwilligung der Eltern an das Jugendamt weitergegeben und stellt sich im Nachhinein entgegen der subjektiven Einschätzung heraus, dass eine Gefährdung tatsächlich nicht vorlag, besteht kein strafrechtlich relevanter Vorwurf (sog. Erlaubnistatbestandsirrtum) und auch etwaige zivilrechtliche Ansprüche dürften im Regelfall scheitern. In diesem Zusammenhang ist besonders wichtig, auf eine qualifizierte fachliche Einschätzung und Stellungnahme gegenüber anderen Stellen unter Wahrung von Neutralität und Unvoreingenommenheit zu achten und erkennbare Alternativmöglichkeiten mit einzubeziehen.⁷ So hat z. B. das Kammergericht Berlin festgestellt, dass die „Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Information des Landeskriminalamtes und des Jugendamtes entsprechend § 34 StGB gerechtfertigt“ erfolgt, wenn „Ärzte bei einer Behandlung von Kindern nach ärztlichem Standard zu dem ernst zu nehmenden Verdacht einer Kindesmisshandlung“ kommen. Die Misshandlung müsse dabei nicht erwiesen sein, da es nicht Aufgabe der Ärzte sei, einen Verdacht auszuermitteln. Ausreichend war in dem Einzelfall, dass die festgestellten Verletzungen typischerweise durch eine Kindesmisshandlung hervorgerufen werden können und ein begründeter Verdacht hierfür vorgelegen habe.⁸ In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall lag die Diagnose eines Schütteltraumas bei einem Säugling (5 Monate) vor. Aus Sicht der Ärzte bestand der begründete Verdacht, dass die Schädigung durch

die Eltern erfolgt war und insoweit Wiederholungsgefahr bestand. Die Erklärung der Eltern zur Verletzungsursache war für sie nicht plausibel, deshalb bezogen sie Landeskriminalamt und Jugendamt zur weiteren Abklärung ein. Im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren konnte der Verdacht auf Kindesmisshandlung nicht bestätigt werden. Die Eltern machten zivilrechtliche Schadensersatzansprüche gegenüber den behandelnden Ärzten geltend, die Klage wurde vom Landgericht Berlin abgewiesen, die Entscheidung vom Kammergericht Berlin bestätigt. Aus der ex-ante-Perspektive habe ein ernst zu nehmender Verdacht bestanden, dessen Verschweigen nicht zu verantworten gewesen wäre.

Was tun bei Unsicherheiten?

Bei Unsicherheiten in der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen und dem weiteren Vorgehen besteht v. a. der Anspruch gegenüber dem Jugendamt auf anonymisierte und pseudonymisierte Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (vgl. § 4 Abs. 2 KKG), d. h. die Erörterung der Fragen erfolgt ohne konkrete Namensnennung und ohne weiteren Bezug auf den Patienten und seine Familie. Um auch Erreichbarkeiten außerhalb üblicher Dienstzeiten sicherzustellen, sollten fallunabhängig Verfahrens- und Kooperationsabsprachen mit dem Jugendamt getroffen werden. Wichtige Hilfestellung beim Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und den richtigen Umgang damit geben in Bayern zudem die vom StMAS finanzierte Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München sowie der Leitfaden des StMAS „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“, der gemeinsam mit Experten aus der Praxis für die Praxis erarbeitet wurde (www.aerzteleitfaden.bayern.de). Hier sind u. a. konkrete Fallbeispiele zur Bestimmung der Schwelle, ab der von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung auszugehen ist, einschließlich Empfehlungen zum Fallmanagement für Klinik und Arztpraxis enthalten.

Qualifizierte Dokumentation

Da im Einzelfall die fachliche Einschätzung von Gefährdungslagen oft nicht einfach ist, ist eine qualifizierte Dokumentation der eigenen Entscheidungsgrundlagen – gerade auch zur Absicherung der eigenen Entscheidung – äußerst wichtig. Hierbei ist auch bei Verdacht auf Kindesmisshandlung auf sachliche und vorurteilsfreie Formulierungen zu achten, im Vordergrund sollten Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Untersuchungsergebnisse etc. stehen.

WESENTLICHE ERFOLGSFAKTOREN FÜR INTERDISZIPLINÄRE KOOPERATION

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Fachdisziplinen ist v. a. dann erfolgreich, wenn die beteiligten Kooperationspartner ihre jeweiligen Aufgaben kennen, vorurteilsfrei aufeinander zugehen, Sprache und Sichtweisen des anderen verstehen und im Rahmen gemeinsam festgelegter interdisziplinärer Standards und Kooperationsabsprachen agieren. Um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, sind interdisziplinäre

Netzwerkstrukturen einschließlich Kooperationsvereinbarungen sehr zu empfehlen. Deren Koordination und Steuerung sollte beim Jugendamt unter Einbindung der relevanten regionalen Kooperationspartner (insb. aus dem Gesundheitsbereich, Schule, Polizei, Justiz) liegen und bereits vorhandene Strukturen berücksichtigen (z. B. bestehende Qualitätszirkel im ärztlichen Bereich). Qualifizierungsbedarfe können dabei gemeinsam eruiert und soweit möglich mit Ressourcen aus dem eigenen Netzwerk gedeckt werden (z. B. Schulung zur Gesprächsführung). Um v. a. bei der Frage der Einschätzung von Gefährdungslagen die Handlungssicherheit im konkreten Fall zu erhöhen, empfehlen sich interdisziplinäre Gremien, bei denen Fälle in anonymisierter und pseudonymisierter Form aufgearbeitet und die Sichtweisen der unterschiedlichen Berufsgruppen rund um die Thematik Kindeswohlgefährdungen erörtert werden können (wichtig sind dabei für alle verständliche und klare Formulierungen zur Gefährdungseinschätzung). Relevante Erkenntnisse und Kooperationsabsprachen sollten festgehalten und transparent veröffentlicht werden, um sie für alle (potenziellen) Kooperationspartner im Netzwerk nutzbar zu machen. Im Einzelnen siehe auch www.aerzteleitfaden.bayern.de.

FAZIT

Interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet voneinander lernen und miteinander zum Wohle junger Menschen und ihrer Familien handeln. Besonders hervorzuheben ist hier das vorbildliche Engagement der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendärzte. Seit langem bestehen vielfach gute Kooperationen insbesondere mit der Kinder- und Jugendhilfe.

Enormes Potenzial, Kindeswohlgefährdungen zu verhindern, liegt im Bereich des Präventiven Kinderschutzes. Eine besondere Herausforderung ist, die Entstigmatisierung der Inanspruchnahme von Leistungen weiter zu forcieren (dies gilt für psychisch erkrankte Eltern in doppelter Hinsicht). Einher geht damit auch die Notwendigkeit, sensible Gespräche mit Eltern auch über schwierige Themen zu führen. Insgesamt ist es Aufgabe der gesamten Gesellschaft und auch der Medien, die Angebote v. a. auch der Kinder- und Jugendhilfe in ein besseres Licht zu rücken und deutlich zu machen, dass es angesichts steigender Anforderungen an Eltern, dem Druck aus dem Arbeitsalltag, familiärer und sozialer Konfliktslagen etc. bei gleichzeitigem Rückgang familiärer Netze kein Versagen, sondern vielmehr verantwortungsvolle Elternschaft darstellt, wenn professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Im Bereich Früher Hilfen hat sich hier in den letzten Jahren dank des großen Engagements der Akteure vor Ort aber auch durch aufeinander abgestimmte Initiativen von Bund, Ländern und Kommunen sehr viel Positives entwickelt. Gemeinsam mit dem Bundesfamilienministerium sind Strukturen und Angebote bundesweit gestärkt worden. Zur systematischen Vernetzung Früher Hilfen hat sich das Konzept der in Bayern bereits seit 2009 flächendeckend etablierten interdisziplinären KoKi-Netzwerke frühe Kindheit, die von den Jugendämtern koordiniert werden, bewährt (Förderprogramm des StMAS, www.koki.bayern.de). Das bayerische Koki-Konzept wurde deshalb auch als bundesweiter Standard in § 3 KKG übernommen.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Optimierung des Kinderschutzes ist als fortlaufender gemeinsamer Prozess aller Verantwortlichen auf allen Ebenen zu sehen. Dabei müssen auch die Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Zusammenarbeit immer wieder neu überprüft werden. Eine wichtige Voraussetzung, strukturelle Zusammenarbeit vor Ort weiter voran zu bringen, sind ausreichende personelle Ressourcen. Dies gilt insbesondere auch für die Gesundheitsberufe und entspricht dem gemeinsamen prioritären Ziel von Jugendhilfe und Gesundheitsbereich, der Sicherstellung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen. Auch die Etablierung von regionalen Kinderschutzgruppen im medizinischen Bereich (z.B. an Kinderkliniken), wie bereits vereinzelt vorhanden bzw. in der Entwicklung, sowie von überregionalen Anlaufstellen mit besonderer Expertise zum Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche entsprechend der bayerischen Kinderschutzambulanz würden einen enormen Schritt zur weiteren Optimierung des Kinderschutzes in Deutschland darstellen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit heißt letztlich, Verantwortung nicht lediglich abzugeben, sondern zum Wohl der jungen Menschen gemeinsam zu tragen und gemeinsam auszuhalten. Hierzu gehört auch, dass, wenn sich im Nachhinein ein ernst zu nehmender Verdacht auf Kindesmisshandlung nicht bestätigen sollte, demjenigen, der die für die Abklärung zuständige Stelle eingebunden hat, die erforderliche „Rückendeckung“ gegeben wird. Sehr zu begrüßen sind in diesem Zusammenhang richterliche Entscheidungen, die den vorrangigen Schutz von Kindern und Jugendlichen in solchen Fällen auch klar hervorheben, wie in dem zitierten Fall.

Abschließend ist festzustellen, dass gelingende und sich gegenseitig wertschätzende Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort steht und fällt. Auch wenn sie mit Anstrengungen verbunden ist, am Ende lohnt sie sich für alle und trägt maßgeblich zu einem gesunden und guten Aufwachsen junger Menschen bei!

■ **Isabella Gold**
Leiterin des Referates „Jugendhilfe, Jugendpolitik“ im Bayerischen
Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration
(StMAS)
Winzererstraße 9
80797 München
Isabella.Gold@stmas.bayern.de

Literaturangaben unter:



Kinderschutz aus Sicht des Jugendamtes – was braucht das Jugendamt von den Pädiatern

Wulfhild Reich
Nadine Neudörfer
Barbara Kiefl

Mit Bezugnahme auf die zentralen rechtlichen und fachlichen Grundlagen werden Mindeststandards im Kinderschutz und die grundsätzliche Haltung eines Jugendamtes beschrieben sowie der Frage nachgegangen wird, wann der Einbezug des Familiengerichts notwendig ist. Erforderliche Schritte der Kinder- und Jugendärzte zum Schutz von Kindern werden erläutert. Ein Musterbrief für eine Meldung an das Jugendamt sowie ein idealtypischer Handlungsablauf sollen Orientierung für die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt bieten. Abschließend wird der wichtige Part der Pädiater in der Kooperation im Einzelfall, aber auch in der Mitwirkung in örtlichen Netzwerken thematisiert, damit die anspruchsvolle Aufgabe des Kinderschutzes in einer Verantwortungsgemeinschaft gelingen kann.

DEFINITION VON KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Eine zentrale rechtliche Orientierung für die Jugendämter stellt die Definition des Bundesgerichtshofs von 1956 dar. Kindeswohlgefährdung wird hier rechtlich definiert als „eine gegenwärtige in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei weiterer Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt“ (BGH FamRZ 1956). Diese Definition des Bundesgerichtshofes hat bis heute Gültigkeit. Die Entsprechung für die Kinder- und Jugendhilfe findet sich im § 8a Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfegesetz). Bei Bekanntwerden von „gewichtigen Anhaltspunkten“¹ für die Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen werden dem Jugendamt klare Aufgaben zugewiesen. Beide Beschreibungen machen deutlich, dass die Gefährdungslage differenziert eingeschätzt werden muss. Dies ist umso schwieriger, da die Fälle, mit denen das Jugendamt konfrontiert ist, nur selten eindeutig sind.

Jede Kindesherausnahme ist ein schwerer Eingriff für Eltern und Kind und deshalb sorgfältig zu prüfen. Kann die Gefährdung durch Auflagen abgewendet werden? Sind die Eltern zur Zusammenarbeit zu motivieren? Wurden alle Risikoanzeichen wahrgenommen? Komplexe Fragen wie diese müssen Verantwortliche mit Blick auf die Zukunft lösen. Was bedeutet die

festgestellte Gefährdung für die kindliche Entwicklung? Wie ist die Veränderungsbereitschaft der Eltern? Wie steht es um ihre Erziehungsfähigkeit? Im Rahmen dieser Abwägungen und Einschätzungen ist es nicht die stattgefundene Misshandlung oder die vergangene Vernachlässigung, die eine Maßnahme rechtfertigt, sondern die begründete Vermutung, dass die Misshandlung oder die Vernachlässigung weiterhin anhält.

Die zentralen Begriffe im Kinderschutz „körperliches, geistiges oder seelisches Wohl des Kindes“ sind juristisch unbestimmt. Aufgabe der Jugendhilfe und auch der Gesundheitshilfe ist es, diese Begriffe fachlich und inhaltlich zu definieren. Dabei kann es zu unterschiedlichen Ansichten oder Einschätzungen zwischen den beteiligten Kooperationspartnern (Jugendamt, Polizei, Ärzte, Schule und Kindertagesstätte) darüber kommen, wann und in welcher Form das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen gefährdet ist.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

In den Jahren zwischen 2005 und 2012 gab es fünf Gesetzgebungsverfahren, die Bedeutung für die Ausgestaltung des Kinderschutzes haben. Sie beziehen sich auf Änderungen im SGB VIII, im BGB, im Gerichtsverfahrensgesetz sowie auf das Gesetz zur Änderung des Vormundschafts- und Betreuungsrechts.

Ausgangspunkt für diese gesetzgeberischen Initiativen waren u. a. spektakuläre, dramatische Kinderschutzfälle mit hoher medialer Aufmerksamkeit, wie etwa der Fall „Kevin“ oder „Lea-Sophie“. Mit dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen, dem „Bundeskinderschutzgesetz“ (BkiSchG, gültig seit Januar 2012) wurde die Prävention und Intervention im Kinderschutz weiterentwickelt. Neu ist der Einbezug aller Professionen, die mit Kindern zu tun haben. Das Kernstück des BkiSchG ist das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG). Es betont die Verantwortungsgemeinschaft derer, die mit Kindern und Jugendlichen in ihrer Arbeit zu tun haben, und weist den einzelnen Berufsgeheimnisträgern (Ärzte, Lehrer, Sozialarbeiter, Hebammen, Psychologen usw.) eigenständige Aufgaben zu. Zugleich haben diese Berufsgruppen gegenüber dem örtlichen Jugendamt einen Anspruch auf Fachberatung durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft (Insoweit erfahrene Fachkraft – IeF oder InsoFa). Die Fachberatung erfolgt auf der Grundlage einer anonymisierten Falldarstellung mit dem Ziel, zu einer Gefährdungseinschätzung aufgrund gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu kommen.

MINDESTSTANDARDS IM KINDERSCHUTZ

Im Kinderschutz geht es um die Kernelemente: Wahrnehmen, Deuten, Beurteilen, Handeln. Diese Prozessschritte sind nicht alleine zu bearbeiten, sondern setzen einen Austausch und Kooperation zwischen den Fachkräften und Systemen voraus, die mit einer Familie im Kontakt sind.

Eine professionelle Kinderschutzarbeit aller beteiligten Berufsgruppen benötigt Instrumente, Verfahren und verbind-

liche Qualifizierungen, die entwickelt und regelmäßig angepasst werden. Dabei sind Voraussetzungen für gelingende Vernetzungsarbeit auf örtlicher Ebene zu schaffen, um sich den neuen Herausforderungen zu stellen.

Exemplarisch werden hier die Verfahren, Instrumente und die Haltung des Jugendamtes Stuttgart beschrieben:

VERFAHREN

In den Beratungszentren² des Jugendamtes Stuttgart hat Kinderschutz Vorrang vor allen anderen Aufgaben. Abklärungen im Kinderschutz werden in der Regel im Tandem bearbeitet (Hausbesuche, prozesshafte Fallreflexion, Vertretung). Das gesamte Kinderschutzverfahren nach § 8a SGB VIII ist in einer Dienstanweisung geregelt. Ab Kenntnisnahme einer eventuellen Kindeswohlgefährdung sind die Abläufe, die Arbeitsschritte zur Gefährdungseinschätzung und die Vorgaben zur Dokumentation verbindlich geregelt. Ebenso ist die Notwendigkeit der Einbeziehung der Leitungsebene regelhaft beschrieben.

Instrumente

Seit 2003 setzt das Jugendamt den sogenannten Kinderschutzbogen (KSB) als Diagnoseinstrument zur Gefährdungseinschätzung ein. Dieses Instrument wurde 2007 vom Deutschen Jugendinstitut (dji) erfolgreich validiert und evaluiert und erfüllt internationale Standards. Der KSB fokussiert auf verschiedene Gefährdungslagen: körperliche und emotionale Vernachlässigung, körperliche und psychische Misshandlung sowie das Erleben von häuslicher Gewalt auf der Ebene der Sorgeberechtigten. Bezogen auf das Thema sexualisierte Gewalt an Minderjährigen bedarf es neben dem Einsatz des Diagnosebogens einer Fachberatung durch sogenannte Hilfeprozessmanager, die nachfolgend beschrieben wird.

Hilfeprozessmanager (HPM) stehen allen Arbeitsfeldern des Jugendamtes, wie etwa den städtischen Tageseinrichtungen für Kinder, der Schulkindbetreuung, Wohngruppen, Heimen und den Beratungszentren zur Verfügung. Sie sind als „Insoweit erfahrene Fachkräfte nach § 8a SGB VIII“ tätig und spezialisiert auf die Fachberatung zum Thema sexualisierte Gewalt (Verdacht eines sexuellen Missbrauchs innerhalb der Familie oder Offenlegung eines Missbrauchs). Sie beraten aber auch über das Vorgehen, wenn es um sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen geht.

Haltung

Bei der Wahrnehmung des Kinderschutzes ist es wichtig, dass Eltern aktiv (kommunikativ und partizipativ) mit einbezogen werden. Das bezieht sich auch auf Situationen, in denen Entscheidungen gegen den Willen und/oder die elterliche Wahrnehmung und Einschätzung getroffen werden. Hier gilt der Grundsatz, vielleicht gegen den Willen der Eltern aber immer mit Wissen der Eltern tätig zu werden. Eltern sind die Erstverantwortlichen, wenn es um den Schutzauftrag geht.

Kinderschutz ist ein kommunikativer und dialogischer Prozess mit allen Beteiligten. Dieser Grundsatz gilt sowohl für die Einzelfallarbeit in der Familie als auch für die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen und Kooperationspartner.

Die konkrete Verbesserung des Alltags, der konkrete Schutz des Kindes und die konkrete Unterstützung der Eltern in ihrem Erziehungs- und Beziehungsalltag sind das Ziel. Dabei gilt es mit einer klaren Haltung verlässlich, ausdauernd, konstant und offen zu arbeiten. Der Schutz des Kindes muss sichergestellt sein.

Nicht das Erkennen von Risikofaktoren allein bildet den hauptsächlichen Fokus, sondern die länger dauernde Annahme der Unterstützung von Hilfeangeboten, die einen Veränderungsprozess des familiären Systems ermöglichen.

- Kinderschutz geht uns alle an.
- Kinderschutz ist nicht delegierbar.
- In der Arbeit mit Eltern und den Kooperationspartnern ist es oft mühsam, Vertrauen aufzubauen und äußerst leicht, es zu verlieren.

Diesen Leitgedanken liegt die Haltung zugrunde, dass Kinderschutzarbeit erst wirksam sein kann, wenn sie berücksichtigt, dass

- jedem Kind das Gefühl vermittelt wird, so wichtig zu sein, dass gut auf es aufgepasst wird;
- allen Eltern das Gefühl gegeben wird, in ihrer Verantwortung so geschätzt zu werden, dass selbst in großen Schwierigkeiten jemand für sie da ist;
- Fachkräfte sich der Gefahr von Fehleinschätzungen in ihren Abwägungen bewusst sind;
- Institutionen und Organisationen, die mit Kindern und Eltern zu tun haben, den Schutz von Kindern als gemeinsame Aufgaben begreifen und diese abgestimmt gestalten.

Fremdunterbringungen, Inobhutnahme und Anrufung des Familiengerichts nach § 8a SGB VIII

Das Jugendamt bietet überwiegend niederschwellige Hilfe- und Unterstützungsangebote an. Die Sozialpädagogische Familienhilfe ist hierfür ein wichtiges Beispiel. Zu den weiteren Angeboten der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe gehören jedoch auch die Vermittlung von Plätzen in Wohngruppen und Pflegefamilien.

Der Weg hin zu einer Unterbringung außerhalb des Elternhauses wird mit den Eltern, Kindern und Jugendlichen Schritt um Schritt gemeinsam gegangen. Es ist empirisch belegt, dass Unterbringungen gegen den Willen der Eltern und ihrer Kinder meist dauerhaft nicht erfolgreich bzw. wirksam sind. Häufige Gründe für die Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen sind die starke Überforderung der Eltern oder eines Elternteils, Beziehungsprobleme zwischen den Eltern, Vernachlässigung oder Anzeichen von Misshandlungen.

In akuten Krisensituationen ist das Ziel, die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen sofort abzuwenden. Sind die Eltern nicht gesprächsbereit und nehmen die Vorschläge des Jugendamtes nicht an, kann zum Schutz des Kindes eine sofortige Inobhutnahme erforderlich sein. Das Jugendamt bringt die Kinder dann in Bereitschaftspflegefamilien oder Inobhutnahmeeinrichtungen unter, wenn sich keine andere z. B. familiäre Lösung abzeichnet.

Die Situation wird zeitnah mit den Eltern geklärt und das weitere Vorgehen geprüft. Sollte keine einvernehmliche Lösung erarbeitet werden können, muss das Jugendamt an das Familiengericht herantreten. Dieses entscheidet über den Verbleib des Kindes oder Jugendlichen und über weitere gerichtliche Maßnahmen. Dazu gehören insbesondere

- Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
- Gebote für die Einhaltung der Schulpflicht,
- Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge, z. B. Ersetzung der Unterschrift für den Antrag auf Hilfen zur Erziehung,
- teilweiser oder vollständiger Entzug der elterlichen Sorge.

WAS BRAUCHT DAS JUGENDAMT VON DEN KINDER- UND JUGENDÄRZTEN?

Wenn in der Kinder- und Jugendarztpraxis oder in der Kinderklinik Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (körperliche oder seelische Misshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch) wahrgenommen werden, so ist es für das Jugendamt wichtig und hilfreich, wenn die medizinische Seite ihre Beobachtungen oder Befunde sichert und präzise dokumentiert. Noch im Praxis- oder Klinikkontext sollte eine Bewertung erfolgen, ob die Beobachtungen und/oder Befunde so gravierend sind, dass das Wohl des Kindes gefährdet ist.

Dabei ist es notwendig, die Befunde und Beobachtungen mit den Jugendlichen und den Sorgeberechtigten direkt anzusprechen. Eine eigene Intervention in der Praxis oder Klinik in Form von Beratung oder Hinwirken auf Inanspruchnahme von Hilfeangeboten sollte folgen. Dies erfordert die Kenntnis der örtlichen Hilfesysteme und des örtlich zuständigen Jugendamts.

Bleibt die eingeschätzte Gefährdung weiter bestehen oder werden angebotene und besprochene Hilfen nicht in Anspruch genommen, kann eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“ (IeF oder InsoFa) zur anonymen Beratung hinzugezogen werden. Nach dieser Beratung kann eine schriftliche Meldung bzw. Mitteilung an das zuständige Jugendamt (vgl. § 4 KKG) erfolgen. Aus dieser sollten die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls klar hervorgehen. Eine Absprache zwischen behandelndem Kinderarzt und Jugendamt, inwieweit das bisherige Vertrauensverhältnis zwischen der betroffenen Familie und dem medizinischen Personal für Hilfen auch weiter genutzt werden, kann für den weiteren Prozess hilfreich sein.

Musterbrief für eine schriftliche Meldung an das Jugendamt (vgl. Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2013)

An die
Sozial- und Jugendbehörde
der Stadt/des Landkreises

Mitteilung einer Kindeswohlgefährdung gemäß § 4 Abs. 3 Satz 2 KKG

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie werden hiermit nach § 4 Abs. 3 Satz 2 KKG über „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des nachbenannten Kindes/der nachbenannten Kinder informiert“.

Name des Kindes/der Kinder:

Geburtstag:

Erziehungsberechtigte/r:

Adresse:

Vorstellungsgrund in der Praxis/Klinik:

Vorläufige Diagnose/n:

Begründung:

Die Erziehungsberechtigten wurden informiert / nicht informiert.

Mit freundlichen Grüßen
Ärztin/Arzt

KOOPERATION ZWISCHEN JUGEND- UND GESUNDHEITSHILFE IN STUTTGART / NETZWERKE

§ 3 KKG verpflichtet die Jugendämter, verbindliche lokale Netzwerkstrukturen im Kinderschutz aufzubauen, um die Vernetzung in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz sicherzustellen. Dabei soll auf vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden.

In Stuttgart gibt es wegen der Zielrichtung der Aufgaben und Zielgruppen, der Stärkung des Präventionsgedankens und der Größe der Stadt zwei Netzwerkstrukturen: Das Netzwerk Frühe Förderung von Familien und das Netzwerk Kinderschutz. In beiden Strukturen wirken Kinder- und Jugendärzte und Klinikärzte sowie weitere Vertreter der Gesundheitshilfe mit (siehe Netzwerk-Konzepte des Jugendamtes Stuttgart).

Hier soll nur exemplarisch auf die Qualitätszirkel Frühe Hilfen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eingegangen werden. Diese Zirkel dienen der Weiterqualifizierung, Fortbildung und dem kollegialen Erfahrungsaustausch der teilnehmenden niedergelassenen Pädiater, anderen Ärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter der Jugendhilfe. Die Zusammenarbeit im Einzelfall wird verbessert, indem dort anonymisierte Fälle zu den Frühen Hilfen und zu Fragen des Kinderschutzes vorgestellt und mit dem Erfahrungs- und Fachwissen der Anwesenden beraten werden.

Der Gemeinderat hat vor kurzem der Konzeption des Jugendrates zugestimmt, die eine enge Kooperation von Jugendhilfe im Rahmen der Frühen Förderung mit allen Stuttgarter Geburtskliniken vorsieht. So können die Geburtskliniken einen wichtigen Zugang zum präventiven, niedrigschwelligen Familienunterstützungsangebot unter dem Motto „Guter Start für Familien – von der Geburtsklinik in den Familienalltag“ ermöglichen.

Das Kinderschutzteam im Olgahospital hat die Aufgabe, bei der Erkennung und Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung multiprofessionell (Sozialpädagogen, Kinder- und Jugendärzte und Familien-Kinder-Gesundheits- und Krankenpfleger) zusammenzuwirken und die Fallsteuerung zu übernehmen. Das Kinderschutzteam sorgt dafür, dass ein Schutzkonzept erarbeitet wird, das bei Entlassung des Kindes aus der Klinik bereits steht, so dass kein Kind in eine unsichere oder gefährdende Situation entlassen wird.

Nach den Standards des Jugendamtes erfolgen im Tandem Gespräche mit den einzelnen Fachkollegen der Klinik, den Kindern und Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten. Dabei wird eine ausführliche Sozialanamnese erhoben mit besonderem Blick auf die Risikofaktoren und Ressourcen der Familie. In einer Gesamtbewertung aller vorliegenden Informationen und Faktoren trifft das Kinderschutzteam eine Gefährdungseinschätzung

Beim Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung erfolgt durch das Kinderschutzteam eine Fallübergabe an das zuständige Jugendamt. Dies geschieht in der Regel in Absprache mit den sorgeberechtigten Eltern.

Mit allen Beteiligten wird ein Schutzkonzept für die Zeit nach der Entlassung erarbeitet und es werden Hilfen angeboten. Dazu werden, wenn möglich, die Mitarbeiter des Jugendamtes und eventuelle Helfer anderer Träger bereits schon in der Klinik mit Kindern bzw. Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten an einem runden Tisch zur Planung des weiteren Vorgehens zusammengebracht.

Alle Professionen im Zentrum für Kinder-, Jugend- und Frauenmedizin werden durch das Kinderschutzteam in der Wahrnehmung von Anzeichen für Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern geschult. Die Mitarbeiter/Innen der Klinik haben gem. § 4 KKG die Möglichkeit, sich bei Unsicherheiten im Umgang mit Vernachlässigung und/oder Misshandlung vom Kinderschutzteam, welches die Rolle der insoweit erfahrenen Fachkraft (IeF oder InsoFa) wahrnimmt, anonym und kollegial beraten zu lassen.

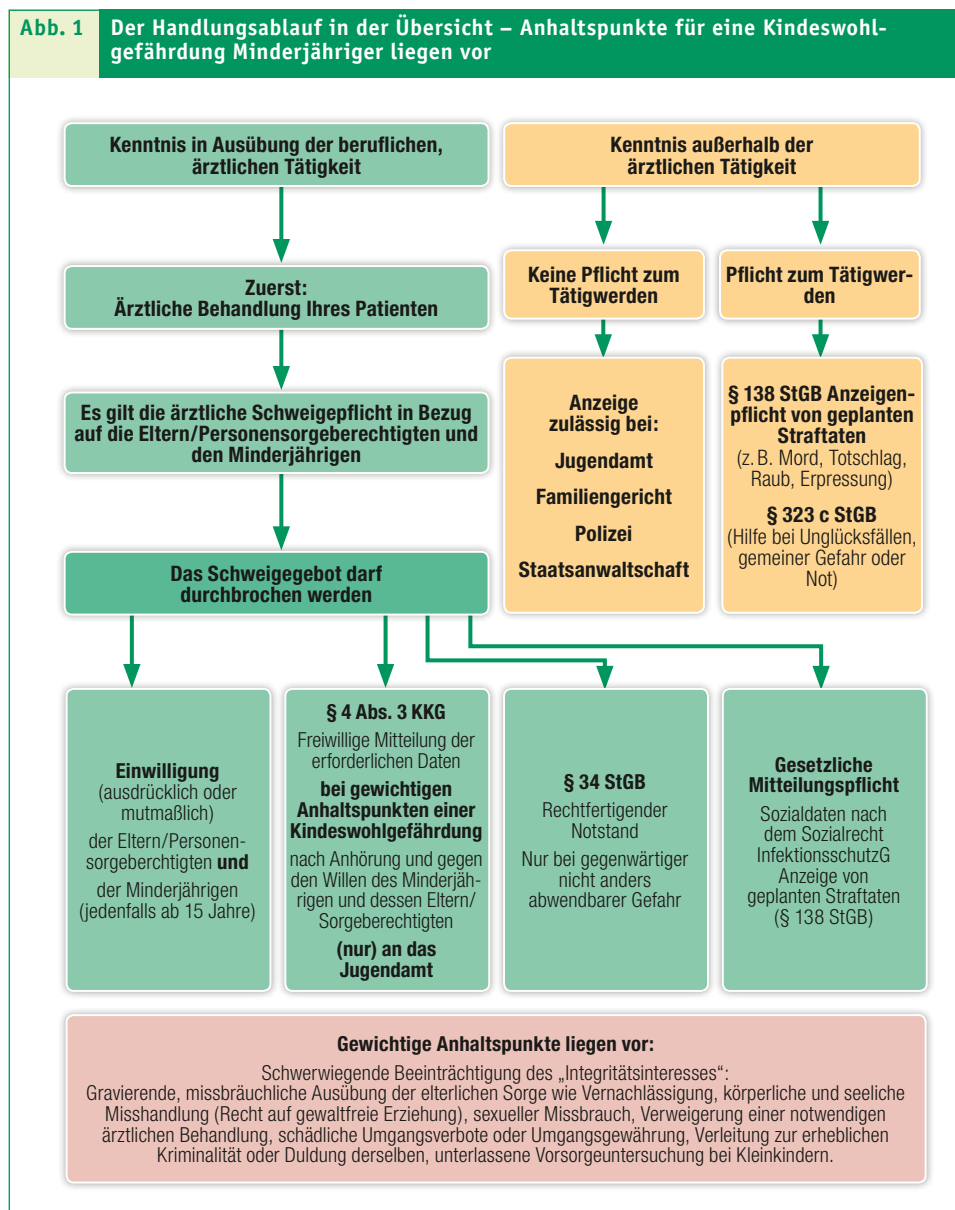
FAZIT

Der Gesetzgeber hat mit dem Bundeskinderschutzgesetz die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe gestärkt. Eine Kultur des Hinschauens und der Einbezug der beteiligten Netzwerkpartner baut darauf auf.

Kooperation gelingt nicht alleine durch schriftliche Vereinbarungen, sie ist vielmehr vom Wissen um die unterschiedlichen Aufgaben und das persönliche Kennen der Netzwerkpartner

geprägt. Kinder- und Jugendärzte haben per se aufgrund ihres Berufs die Aufgabe, die Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen zu begleiten. Damit verbunden ist die Chance, Anzeichen von Kindeswohlgefährdung frühzeitig wahrnehmen zu können. Das Jugendamt ist darauf angewiesen, von Kinder- und Jugendärzten informiert und einbezogen zu werden, um als Partner im Kinderschutz der Familie Hilfen und Unterstützung anbieten zu können.

Auch die gemeinsame Reflexion von schwierigen Fallverläufen ist ein wesentlicher Faktor für eine gelingende Kooperation, um aus Fehlern zu lernen und notwendige Veränderungen anzugehen und umzusetzen. Dennoch müssen Fachkräfte und Netzwerkpartner gemeinsam aushalten, dass es bei allen gelebten Standards keine Garantien für einen absoluten Schutz von Kindern gibt.



■ *Wulfhild Reich*
Jugendamt Stuttgart
Qualität und Qualifizierung
Wilhelmstraße 3
70182 Stuttgart
Wulfhild.Reich@stuttgart.de

Nadine Neudörfer
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62
70174 Stuttgart
N.Neudoerfer@klinikum-stuttgart.de

Barbara Kiefl
Jugendamt Stuttgart
Abteilungsleitung Familie und Jugend 2
Wilhelmstraße 3
70182 Stuttgart
Barbara.Kiefl@stuttgart.de

Literaturangaben und Fußnoten unter:



Die Rolle niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz: Zwischen Netzwerkarbeit und Abwendung von Kindeswohlgefährdung

Jörg Backes
Gudula Kaufhold
Mechthild Paul
Heidrun Thaiss

Das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) ist seit 2012 in Kraft und hat Grundlagen für umfassende Verbesserungen im Kinderschutz in Deutschland geschaffen. Dabei stärkt es Prävention und Intervention gleichermaßen:

- *Zur Förderung der Prävention enthält es u. a. Regelungen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder sowie zur Zusammenarbeit der hierfür relevanten Akteure.*
- *Die Verbesserungen in der Intervention beziehen sich insbesondere auf die Qualifizierung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung.*

Zu beiden Aspekten hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)^a im Rahmen der Evaluation und Dokumentation der Bundesinitiative Frühe Hilfen Daten erhoben. Diese wurden teilweise bereits im Zwischenbericht zur Bundesinitiative veröffentlicht und werden nachfolgend vorgestellt und diskutiert.¹ Dabei fokussieren die Daten in erster Linie auf die Tätigkeit von niedergelassenen (Kinder- und Jugend-)Ärztinnen und Ärzten.

Hochgestellte Buchstaben verweisen auf Anmerkungen der Autoren, die, dem QR-Code am Ende des Beitrags folgend, eingesehen werden können.

ZUSAMMENARBEIT DER RELEVANTEN AKTEURE IN DEN FRÜHEN HILFEN

Von 2007 bis 2010 hat der Bund ein Aktionsprogramm zu Frühen Hilfen ins Leben gerufen, um durch einen professions- und systemübergreifenden Ansatz Familien in Problemlagen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt – am besten schon ab der Schwangerschaft – bedarfsgerechte Unterstützung anzubieten. Die Ergebnisse der im Rahmen dieses Programms durchgeführten Modellprojekte sowie Erfahrungen aus Ländern und Kommunen bildeten die Grundlage für die Ausgestaltung des Bundeskinderschutzgesetzes.² Im Gesetz wurde eine zeitlich befristete Bundesinitiative zur Vorbereitung eines auf Dauer angelegten Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung für Familien (vgl. § 3 Abs. 4 KKG) verankert.^b Mit der gesetzlichen Verankerung haben die Frühen Hilfen einen bedeutenden Entwicklungsschub erhalten.^c

Als zentrales Instrument zur Verbesserung des Kinderschutzes und insbesondere zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland schreibt das Gesetz flächendeckende und verbindliche (kommunale) Netzwerkstrukturen vor. Diese sollen vor allem dazu dienen, dass sich die Netzwerkpartner gegenseitig über ihre Angebote informieren und strukturelle Fragen klären. Dabei werden zahlreiche Akteure und Institutionen als relevant für die Netzwerke Frühe Hilfen angesehen. Dazu gehören insbesondere: die öffentliche und freie Jugendhilfe, Gesundheitsämter, Schwangerschaftsberatungsstellen, Einrichtungen der Familienbildung und der Frühförderung sowie Krankenhäuser und Angehörige von Heilberufen wie z. B. (niedergelassene) Ärztinnen und Ärzte (vgl. § 3 Abs. 1 und 2 KKG). Die angestrebte Vernetzung mit den Akteuren des Gesundheitswesens in den Frühen Hilfen ist allerdings bislang noch nicht flächendeckend systematisch umgesetzt. Dies zeigen die Daten der ersten Welle der Kommunalbefragung zum Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen.¹

Demnach gab es im Jahr 2013 in 92,5% der befragten Jugendamtsbezirke eine Netzwerkstruktur mit Zuständigkeit für Kinderschutz und/oder Frühe Hilfen. In vier von fünf dieser Netzwerke sind vor allem öffentlich finanzierte Institutionen wie Gesundheitsamt, Beratungsstellen und der Allgemeine Soziale Dienst als Partner beteiligt und prägen die Netzwerke Frühe Hilfen. Zentrale Akteure aus dem Gesundheitswesen, wie Kinderärztinnen und -ärzte (66,1%), niedergelassene Hebammen (64,7%), Geburtskliniken (62,2%) und Kinderkliniken (49,2%) sind seltener in den lokalen Netzwerken anzutreffen. Besonders kritisch ist die geringe Beteiligung derjenigen Gesundheitsdienste zu bewerten, die in der Behandlung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen von Eltern tätig sind. Sozialpsychiatrische Dienste sind lediglich in jedem dritten Netzwerk vertreten, nur in 23,4% der Netzwerke finden sich Abteilungen bzw. Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und – psychotherapie und in nur 16,8% der Netzwerke beteiligen sich psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen. Hier spielen strukturelle Aspekte eine große Rolle: So haben beispielsweise niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – anders als die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe oder Schwanger-

schaftsberatungsstellen – keinen Auftrag, sich an sozial-räumlichen Netzwerken aktiv zu beteiligen. Dazu kommt, dass ihre Mitarbeit größtenteils nicht vergütet wird. Zudem ist auch zu hinterfragen, ob sämtliche Ärztinnen und Ärzte vor Ort einzubinden sind oder ob eine Brückenfunktion in die Netzwerke ausreicht. Denn in den meisten Netzwerken geht es in erster Linie um strukturelle Fragen zur Umsetzung von Konzepten Früher Hilfen in den Kommunen und weniger um die Einzelfallebene. Vielmehr bedarf es eines Multiplikatorensystems, welches die Vernetzung und die Weitergabe von Informationen sicherstellt.

Über solche Modelle sollen vor allem Geburtskliniken und niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte systematischer in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden werden. Denn in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und in der ersten Zeit mit dem Säugling nehmen fast alle Familien Leistungen des Gesundheitswesens regelhaft in Anspruch, beispielsweise im Rahmen der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe und der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Dies gilt auch für Familien, die finanziell stark belastet sind, die eingeschränkte Bildungsmöglichkeiten haben oder über geringe familiäre bzw. soziale Unterstützung verfügen und somit Zielgruppe der Frühen Hilfen sind. Die Angebote und Leistungen des Gesundheitsbereichs werden von den Eltern zumeist nicht als stigmatisierend empfunden, wodurch die Akteure im Gesundheitswesen in der Regel ein hohes Vertrauen genießen (gatekeeper-Funktion). Hier besteht die Möglichkeit, neben medizinischen Risiken und Problemen auch psychosoziale Belastungen frühzeitig wahrzunehmen und Familien in entsprechende Unterstützungsangebote des kommunalen Netzwerkes Frühe Hilfen (z. B. Familienhebammen, niedrigschwellige Elternkurse oder Ehrenamtsprojekte) sowie ggf. in erzieherische Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe überzuleiten.³

Damit das Wissen über solche Angebote präsent ist, aber vor allem die familienbezogene Kooperation und Weiterleitung gut gelingen kann, wurden im Rahmen des Aktionsprogramms und der Bundesinitiative Frühe Hilfen vom NZFH gemeinsam mit Ländern und Kommunen eine Reihe von strukturellen Vernetzungsansätzen erfolgreich entwickelt und erprobt. Dazu zählen: Lotsensysteme von der Geburtsklinik zu kommunalen Angeboten der Frühen Hilfen, interprofessionelle Qualitätszirkel als Vernetzungsplattform von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Arbeitsinstrumente wie ein Beobachtungsbogen zur Erkennung psychosozialer Belastungen von Familien im Rahmen pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen.⁴ Die flächendeckende Disseminierung dieser Modelle wird derzeit angestrebt.

Darüber hinaus sind im neu verabschiedeten Präventionsgesetz in § 24d SGB V (Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe) sowie in § 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) ebenfalls Schnittstellen zwischen niedergelassener Ärzteschaft und den Netzwerken Frühe Hilfen beschrieben, an denen Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kinder gegeben werden sollen.

BEITRAG ZUR QUALIFIZIERUNG DES SCHUTZ-AUFTRAGS BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Ein (weiterer) Schwerpunkt des Bundeskinderschutzgesetzes liegt in der Qualifizierung des Schutzauftrags der öffentlichen Jugendhilfe (vgl. Art. 2 Nummer 4 und 5 BKiSchG), die mit Einführung des § 8a in das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – bereits 2005 eine umfassende Verfahrensregelung in Fällen von Kindeswohlgefährdung erhalten hat. Für Berufsgruppen, die professionell im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, wie z. B. Ärztinnen und Ärzte, Lehrerinnen und Lehrer sowie Hebammen, regelt das BKiSchG bei Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls die Übermittlung von Informationen an das Jugendamt (vgl. Art. 1 § 4), aber auch die Pflicht, die eigene Gefährdungseinschätzung weiter zu qualifizieren. Berufsgeheimnisträger haben dabei einen Anspruch auf Beratung durch eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“ gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe (vgl. § 4 Absatz 2 KKG).

Im Zuge der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes wurden zudem die statistischen Erfassungspflichten in der Kinder- und Jugendhilfe überarbeitet und u. a. um eine Erhebung zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a Absatz 1 SGB VIII erweitert. Durch diese neue Erhebung kann der Teil der Kindeswohlgefährdungen, der bei Jugendämtern angezeigt und dort als solche erkannt bzw. bestätigt wird, nun präziser erfasst werden, insbesondere die Art der Gefährdung und die Herkunft der Gefährdungsmeldung.

Im Verlauf des Jahres 2014 befassten sich die Jugendämter in Deutschland in insgesamt 124.213 Fällen mit so genannten gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. In einem Drittel dieser Fälle wurde der Anfangsverdacht einer Kindeswohlgefährdung nach Prüfung durch das Jugendamt bestätigt. In zwei Dritteln der Fälle konnte der Träger der öffentlichen Jugendhilfe keine Kindeswohlgefährdung im Sinne der Tatbestandsvoraussetzungen des deutschen Kinderschutzrechts⁵ feststellen, jedoch in jedem zweiten dieser Fälle ohne Kindeswohlgefährdung (33%) einen Hilfebedarf bei den Eltern. Ein gleich großer Anteil an Verfahren (34%) lässt sich als sog. „Falsch-Positiv-Meldungen“⁶ betrachten, weil das zuständige Jugendamt nach Prüfung der Sachlage weder eine Gefährdung des betroffenen Kindes, noch einen Bedarf der Eltern auf Hilfen zur Erziehung ausmachen konnte.

Bereits in den Auswertungen der ersten beiden Erhebungsjahre 2012 und 2013 deutete sich an, dass das Gesundheitswesen als Initiator des sog. „8a-Verfahrens“ eine besondere Rolle spielt, weil es mehr als alle anderen Berufsgruppen die sehr jungen Kinder im Blick hat. Diese Einschätzung wird durch aktuelle Daten aus den Jugendämtern bestätigt:

In insgesamt 8.726 Fällen informierten Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und andere Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich im Erhebungsjahr 2014 die Jugendämter über einen Gefährdungsverdacht. Allein 3.764 dieser Verdachtsfälle (38%) bezogen sich auf Kinder unter 3 Jahren. In jedem zweiten bis dritten Fall (42%) wurde der Gefährdungsverdacht nach Prüfung des Jugendamtes bestätigt. In den durch das Gesund-

heitswesen bekannt gemachten und vom Allgemeinen Sozialen Dienst bestätigten Gefährdungsfällen, die sich auf unter dreijährige Kinder beziehen, spielen Formen der Vernachlässigung, evtl. auch in Kombination mit anderen Gefährdungsformen – Mehrfachnennungen sind hier im Rahmen der KJH-Statistik möglich – in knapp 72% der insgesamt 1.411 Verfahren die größte Rolle. Demgegenüber ist, vielleicht anders als gemeinhin erwartet, physische Gewalt „nur“ in 27% der vom Gesundheitswesen angezeigten Kindeswohlgefährdungen dokumentiert. Jede zehnte Gefährdung beinhaltet Formen psychischer Misshandlung, in 1% der Fälle ist das betroffene Kleinkind Opfer sexueller Gewalt. Darüber hinaus zeigen sich Kombinationen aus verschiedenen Gefährdungsformen. Ein Befund, der sich als „multiple Gefährdung“ auch international widerspiegelt.⁶

Insbesondere für das Erkennen von Gefährdungslagen und/oder spezifischen Hilfebedarfen bei Neugeborenen und Säuglingen bis zum ersten Lebensjahr hat das Gesundheitswesen

eine hohe Bedeutung (vgl. Abb. 1): Jede fünfte Gefährdungseinschätzung für einen Säugling erfolgte in diesem Zeitraum auf Initiative eines Akteurs aus dem Gesundheitswesen.⁷

Aber nicht nur hinsichtlich des Erkennens von Gefährdungslagen kommt den Akteuren des Gesundheitswesens eine besondere Bedeutung zu, sondern auch beim Identifizieren von Hilfebedarfen in Familien. Mikrodatenauswertungen der Erhebungsjahre 2012 und 2013 zeigen, dass rund 27% der vom Gesundheitswesen initiierten Verfahren mit der Feststellung abgeschlossen wurden, dass zwar keine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt, die betroffenen Kinder und ihre Familien aber einen Hilfe- oder Unterstützungsbedarf haben. In mehr als der Hälfte der Fälle, die auf Hinweis des Gesundheitswesens geprüft wurden, waren Kinder betroffen, die – bzw. deren Familien – zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung noch keine Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen haben. D.h. zum Beispiel für das Erhebungsjahr 2012, dass die Jugendämter in 2.855 Verfahren gem. § 8a SGB VIII mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren bzw. deren Familien zu tun hatten, die neu im System der Jugendhilfe waren und deren Gefährdung oder Hilfebedarf vom Gesundheitswesen erstmalig bekannt gemacht worden ist.⁸

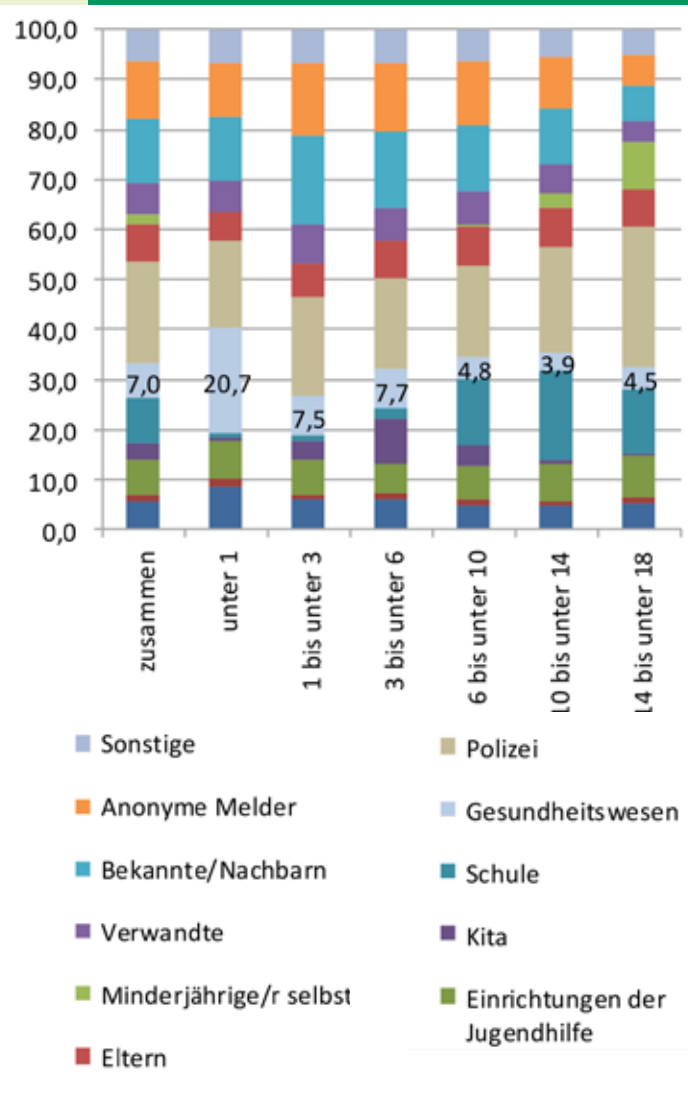
AUSBLICK

Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz forciert an verschiedenen Stellen die fachliche Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen legte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen daher einen Schwerpunkt auf die Untersuchung der Kooperationsbeziehungen zwischen diesen beiden Sozialleistungssystemen, primär im Bereich der Frühen Hilfen und der strukturellen Vernetzung auf örtlicher Ebene, aber auch im Übergang zu Maßnahmen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung.

Die bundesweite Befragung zu den Netzwerken Frühe Hilfen zeigt, dass die zahlreichen Akteure und Institutionen des Gesundheitsbereichs in der Anfangsphase der Bundesinitiative Frühe Hilfen unterschiedlich stark in die kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden sind. Dabei hebt sich insbesondere das Engagement der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, der Hebammen und der Geburtskliniken ab. Bund, Länder und Kommunen möchten durch die Förderung von Angeboten und Maßnahmen, die speziell auf den Gesundheitsbereich zugeschnitten sind (beispielsweise Qualitätszirkel Frühe Hilfen, Lotsensysteme in Geburtskliniken, Einschätzungshilfen für Ärztinnen und Ärzte) weiterhin die genannten Akteursgruppen in ihrem Engagement unterstützen. Darüber hinaus sollen aber vor allem die Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitsbereich erreicht werden, die bislang in den Netzwerken noch deutlich unterrepräsentiert sind.

Ein Teil der Aktivitäten des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zum institutionellen Kinderschutz lässt sich über die amtliche Statistik zu den Gefährdungseinschätzungen in Jugendämtern abbilden. Nicht erfasst sind dabei jene Fälle, in

Abb. 1 Verteilung der Initiatoren der Gefährdungseinschätzung^e nach Altersgruppen (Deutschland 2014; Angaben in Prozent)



Quelle: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII, 2014; eigene Berechnungen

denen Fachkräfte im Gesundheitssektor im Zuge von Beratungen^{9,10} nach § 4 KKG eine (drohende) Gefährdung abwenden konnten, bevor das Jugendamt eingeschaltet werden musste. Trotz einer in den letzten Jahren zu beobachtenden Verbesserung hinsichtlich der Datenlage zu Kindeswohlgefährdungen besteht deshalb nach wie vor Weiterentwicklungsbedarf im Rahmen der amtlichen Statistik. Mit Blick auf eine internationale Anschlussfähigkeit wäre es dringend notwendig, nicht nur die Tätigkeit des Jugendamtes bei Gefährdungsverdacht, sondern ebenso die Aktivitäten der anderen Akteure in der Verantwortungsgemeinschaft sowie vor allem die hiervon betroffenen Kinder und Jugendlichen statistisch zu erfassen.¹¹

Sowohl der anstehende Bericht 2015 zur Bundesinitiative Frühe Hilfen wie auch weitere Forschungs- und Erfahrungsberichte des NZFH zum Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen werden die weitere Entwicklung hinsichtlich der strukturellen Vernetzung auf örtlicher Ebene wie auch die Schnittstelle zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung bezogen auf den Gesundheitsbereich dokumentieren. Auf dieser Datengrundlage können geeignete Indikatoren zur Wahrnehmung von Belastungen einerseits und zur Identifizierung einer Kindeswohlgefährdung andererseits entwickelt werden. Diese unterstützen, dass die Weiterleitung aus dem Gesundheitswesen in die Unterstützungssysteme der Frühen Hilfen bzw. zu spezifischer Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe noch besser gelingen kann.

■ *Jörg Backes*
Wissenschaftlicher Referent
Nationales Zentrum Frühe Hilfen
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161
50825 Köln
joerg.backes@nzfh.de

Gudula Kaufhold
Wissenschaftliche Referentin
Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V./
Technische Universität Dortmund
Vogelpothsweg 78
44227 Dortmund
gkaufhold@fk12.tu-dortmund.de

Mechthild Paul
Leitung Nationales Zentrum Frühe Hilfen
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161
50825 Köln
mechthild.paul@nzfh.de

Dr. med. Heidrun Thaiss
Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161
50825 Köln
leitung@bzga.de

Literaturangaben und Anmerkungen unter:



Frühe Hilfen und Prävention von Gewalt – wie geht das zusammen?

Ute Thyen

Die Verortung von Frühen Hilfen und Interventionen des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung im weiten Feld des Kinderschutzes gelingen nur, wenn die Aufgaben klar beschrieben und in ihrer unterschiedlichen Zielsetzung verständlich sind. Andererseits braucht das Hilfesystem eine hohe Flexibilität und Orientierung an den Bedürfnissen der Familien und damit meist interprofessionelle Kooperation, manchmal aber auch transdisziplinäre Arbeit, damit die Zahl der Helferinnen in einer Familie überschaubar bleibt. In einer Familie mit hohen Belastungen gibt es auf jeder Ebene der Prävention Anknüpfungspunkte: Die Beratung hinsichtlich gesunder Ernährung und Stillen fällt in den Bereich der Gesundheitsförderung, die Erinnerung an Impftermine fällt in den Bereich der primären Prävention, die Vermittlung von sozialpsychiatrischen Diensten für eine Mutter mit einer Suchterkrankung in den Bereich der sekundären Prävention und gleichzeitig kann es darum gehen, ein wieder in die Familie zurückgeführtes Kind vor erneuter Vernachlässigung zu schützen, der es früher ausgesetzt war. Es darf keine Debatten geben, welche von diesen Maßnahmen wichtiger ist, sondern es muss geklärt werden, wer welche Aufgaben übernehmen kann und wie die Helferinnen an den Schnittstellen zusammenwirken.

Zwei Vorbemerkungen zur Klärung der Titelfrage seien erlaubt:

1. Vieles wird besser, aber es gibt Raum für weitere Verbesserungen. Sowohl der Kinderschutz, konkret auch der Schutz vor Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, wie auch die Frühintervention haben auch in Deutschland eine lange Tradition und sind in den verschiedenen Hilfesystemen fest verankert. Dies hat dazu geführt, dass die Zahl tödlicher und schwerer Misshandlungen und Vernachlässigung kontinuierlich zurückgegangen ist und die Aufdeckungsrate durch vermehrte frühzeitige Hilfesuche und Bereitschaft, entsprechende Taten zur Anzeige zu bringen, erheblich angestiegen ist. Kinderschutz ist ein sich bewegendes Ziel und es gilt immer, noch mehr zu erreichen, was Kindern ein gesundes Aufwachsen ermöglicht. Dieses Ziel kann niemals voll-

ständig erreicht werden, aber die Gesellschaft ist deutlich weiter als noch in den fünfziger Jahren, wo Kinder schwer körperlich bestraft wurden, Kinder und Jugendliche in großer Zahl ohne wesentliche Strafverfolgung der Täter sexuell misshandelt wurden oder Säuglinge durch Schütteltraumen starben, die nie diagnostiziert wurden. Diese Vorbemerkung erscheint wichtig, wenn es darum geht, sich mit immer neuen Kräften darum zu bemühen, dass sich die Entwicklungschancen weiter verbessern und vor allem auch die seelische Gesundheit gefördert wird.

2. Helfen ist nicht ohne Risiko. Gleich auf welcher Ebene des Handelns – vorbeugend oder intervenierend – kann Hilfe auch misslingen, nichts bewirken oder sogar schaden. Immer handelt es sich um einen Eingriff, eine Veränderung in ein System von vorhandenen Beziehungen und Strukturen – das ist ja auch beabsichtigt, keine Nebenwirkung. Durch den Eingriff kann das System zu Schaden kommen, destabilisiert werden. Unsere Hilfsangebote können ein Strohfeuer sein, weil keine nachhaltige Personalpolitik, auskömmliche Finanzierung, gelingende Kommunikation vorhanden ist. Den betroffenen Kindern oder Eltern kann dies schaden, weil dies Enttäuschungen verursacht, weil sich die Erfahrung wiederholt, dass Hilfsangebote nicht wirklich verlässlich sind. Es kann auch sein, dass die Hilfen nicht professionell genug sind, oder einfach falsche Entscheidungen getroffen werden, oder das Ergebnis der Hilfen schlechter ist als der Zustand zuvor. Aber nicht nur den Kindern und Familien kann geschadet werden, auch wir als Helfer können Schaden nehmen – durch Scham und Schuld, ein Angebot zu früh oder zu spät gemacht zu haben, zu wenig oder zu viel Hilfe angeboten zu haben. Eine vertrauensvolle Beziehung kann zerbrochen sein oder wir erschrecken über eigene Emotionen und trauen uns nicht, darüber zu sprechen. Helfen ist ein Wagnis, in der Arztpraxis wie im wirklichen Leben.

DIE BEGRIFFE „KINDERSCHUTZ“ UND „KINDESWOHLGEFÄHRDUNG“

Benutzt man einen engeren Begriff des Kinderschutzes, z. T. wird auch der Begriff des „intervenierenden Kinderschutzes“ oder einer „drohenden Kindeswohlgefährdung“ verwendet, ist elterliches Handeln gemeint, bei dem eine negative Abweichung von einer noch ausreichenden Versorgung, Förderung und Zuwendung zum Kind festgestellt werden kann. Was jeweils als noch ausreichend definiert wird, unterliegt dem gesellschaftlich-kulturellen Diskurs, den ökonomischen Rahmenbedingungen einer Gesellschaft, der Präsenz und Bedeutung von Kindern im Zusammenleben und den politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Variationsbreite dessen, was als Kindeswohlgefährdung angesehen wird und was nicht, ist außerordentlich groß. Im Bereich der Jugendhilfe und der Familiengerichte muss es sich um eine gravierende Beeinträchtigung handeln, damit Hilfe, die von der Familie primär nicht gewünscht war, gegen deren Willen installiert werden kann, bis hin zur ultima ratio, einer Fremdunterbringung des

Kindes. Insofern ist es ratsam, mit dem Begriff „Kindeswohlgefährdung“ sparsam umzugehen, weil er nach § 8a in den Jugendämtern eine Kaskade von Maßnahmen und Prüfungen auslöst. Leider hat sich der Begriff quasi umgangssprachlich eingebürgert, d.h. bei Sachverhalten, die zweifelsohne die Gesundheit eines Kindes beeinträchtigen, z.B. Rauchen in der Wohnung oder im Auto, aber im Sinne der Jugendhilfe keine Maßnahme zum Schutz des Kindes auslösen können gemäß § 8a SGB VIII. Vielleicht ist es weiser, hier Begriffe zu verwenden, die auch gut im Gespräch mit den Eltern verwendet werden können, z.B. „Sie schaden der Gesundheit Ihres Kindes. Wie kann ich Ihnen helfen, daran etwas zu ändern?“

Das Erkennen von spezifischem Hilfebedarf spielt sich am Übergang von primärer zu sekundärer Prävention ab – bei bereits erkennbarer drohender oder akuter Kindeswohlgefährdung ist es sicher nicht indiziert, erst einmal oder federführend die Angebote der Frühen Hilfen nutzen zu wollen. Da es in jeder Familie natürlich immer auch Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Unterstützung gibt, kann es sinnvoll sein, neben Schutzmaßnahmen durch das Jugendamt auch eine Fachkraft der Frühen Hilfen in der Familie zu beschäftigen.

FRÜHE HILFEN – WANN FING ALLES AN?

Das NZFH wurde 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Familien und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ eingerichtet, um den Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland zu fördern. Es wurde 2012 zur Koordinierungsstelle des Bundes für die Bundesinitiative Frühe Hilfen mit Sitz in Köln. Träger ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München. Das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft. Im Artikel 1 ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) verankert, in dem wiederum die „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ (§ 3 Abs. 4 KKG) enthalten ist. Frühe Hilfen sind im Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) – als Aufgaben und Leistungen definiert. In § 16 Abs. 3 SGB VIII heißt es, dass Müttern und Vätern sowie schwangeren Frauen und werdenden Vätern Beratung und Hilfe in Fragen der Partnerschaft und des Aufbaus elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zusteht.

Das Konzept der Frühen Hilfen greift ferner die Leitidee der pädagogischen Frühförderung vom Deutschen Bildungsrat von 1973 auf, in dem zunächst Frühe Hilfen für sozial deprivierte Kinder konzipiert wurden. Aufgrund von Einigungsschwierigkeiten der Länder in der föderalen Bundesrepublik wurde schließlich auf einen allgemeinen Zugang verzichtet und pädagogische Frühförderung als Leistung für Kinder mit drohenden oder bereits eingetretenen geistigen oder körperlichen Behinderungen konzipiert. Ziel war die Früherkennung, Behandlung und Förderung dieser Kinder, die Arbeit sollte familien- und wohnortnah, in der Regel ambulant und aufsuchend erfolgen. Die Finanzierung erfolgte zunächst über das Bundessozial-

hilfegesetz, es folgte eine zunehmende Orientierung am Behinderungsbegriff, insbesondere nach Berücksichtigung der Frühförderung im SGB IX (Teilhabe von Menschen mit Behinderung). Die Fachkräfte der Frühförderung haben einen Schwerpunkt im pädagogischen Bereich, arbeiten interdisziplinär und verfolgen einen ressourcenorientierten Ansatz im Sinne des Empowerments, allerdings haben sich in den Ländern unterschiedliche Konzepte weiterentwickelt. Obwohl in der ursprünglichen Konzeption „von Risiken bedrohte Kinder“ eingeschlossen werden sollten, ist der Ansatz einer sehr frühen, wirklich präventiv angelegten Förderung in der Fläche an einem Behindertenbegriff gescheitert, der die zuständigen kommunalen Ämter bis heute in ihrer Bewilligungspraxis bestimmt. Die pädagogische Frühförderung setzt damit in der Regel erst im Bereich der tertiären Prävention ein – dort allerdings mit hoher Kompetenz und viel Erfahrung, die von den Fachkräften der Frühen Hilfen stärker abgefragt werden sollte.

Im Jahr 2009 hat der Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen eine Begriffsbestimmung für die Frühen Hilfen formuliert und diese in 2014 durch die Entwicklung eines Leitbildes weiter vertieft und damit das Arbeitsfeld der Frühen Hilfen präzisiert. Beides ist in einer Veröffentlichung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen nachzulesen. www.fruehehilfen.de

Problemstellungen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis:

Es geht es nach wie vor um den medizinischen Kinderschutz, d.h. Hämatome und Knochenbrüche zu erkennen, bei nicht organischer Gedeihstörung an Vernachlässigung zu denken und bei plötzlichen Verhaltensstörungen an sexuelle Übergriffe. Zunehmend geht auch darum, frühzeitig die Eltern-Kind-Bindung zu fördern und die Entwicklung des Kindes durch gelingende soziale Beziehungserfahrungen zu fördern. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung entstehen aus dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehungen. Eine Verbesserung der Qualität dieser Beziehung setzt bei der Förderung elterlicher Kompetenzen an. In diesem Sinne handelt es sich bei den Frühen Hilfen, die sich diesem Ziel verschrieben haben, um ein Instrument der primären Prävention. Ob es bei bereits hohen Risiken noch gelingt, unter massivem Stress und drohender Meldung einer Kindeswohlgefährdung, eine Förderung der elterlichen Kompetenzen, der Selbstregulation des Kindes und der Interaktion zu erreichen, erscheint fraglich. Insofern sollte beim Erkennen von Hilfebedarf oder bei einem Unterstützungswunsch der Eltern eine sehr genaue Prüfung erfolgen, worin genau die Schwierigkeiten liegen. Dabei hilft ein Risikobogen bestenfalls initial, um zu erkennen, um welche Bereiche es sich handeln könnte. Es muss dann in jedem Fall ein vertiefendes Gespräch mit genauer biographischer Anamnese bezüglich der Eltern, des erweiterten Familiensystems und spezifischer gesundheitlicher Einschränkungen, wie psychische, aber auch chronische körperlichen Erkrankungen, Suchterkrankungen, Gewalterfahrung und aktuelle Partnergewalt, erfolgen. Die soziale Situation schließt explizite Fragen nach Armut, Not und Schulden, Strafverfolgung oder ungeklärtem Aufenthaltsstatus ein. Je nach Ergebnis des Gesprächs muss mit den Betroffenen gemeinsam versucht werden, mög-

lichst gezielt passgerechte Hilfen zu vermitteln, mit denen bei den von den Betroffenen prioritär genannten Problemen unterstützt werden kann. Ein wichtiges Instrument in der Praxis ist auch die direkte Verhaltensbeobachtung der Interaktion und der Beziehung zwischen Eltern und Kindern.

Basiskompetenzen: Feinfühligkeit und Kooperation:

Über beide Basiskompetenzen verfügen Kinder- und Jugendärzte durch ihre Ausbildung und Praxiserfahrung zumindest in einem gewissen Maß. Um diese Befähigungen aber regelmäßig zum Einsatz zu bringen, müssen feinfühliges Beobachten der Eltern-Kind-Interaktion bewusster wahrgenommen und wertgeschätzt werden, dokumentierbar sein, d. h. operationalisiert werden und vor allem muss klar werden, welche Konsequenzen welchen Beobachtungen folgen. Im Rahmen des Projektes Guter Start in die Familie (GuStaF) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein gewonnene Erfahrungen und Konzepte sind in einen Lehrfilm eingeflossen, der authentisch Best-Practice-Beispiele von gelingender feinfühligem Kontaktaufnahme und Vermittlung von Hilfen zeigt. Der gut 90-minütige Film ist in systematisch gegliederte Kapitel und 45 Minuten vertiefendes Bonusmaterial unterteilt. Darüber hinaus ist zum Film eine umfangreiche Begleitbroschüre erschienen. Der Film kann über die BZgA bestellt werden und ist für das gemeinsame Lernen im Praxisteam und den Kooperationskreisen und Qualitätszirkeln sehr gut geeignet.

KOOPERATION IN NETZWERKEN

Der Königsweg der Kooperation besteht darin, die Eltern in aller Regel als erste und wichtigste Partner anzusehen. Es kann ein Bündnis mit ihnen entstehen, das es erlaubt, auch weitere Betreuungssysteme wie Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen hinzuzuziehen. Sätze wie „Ich helfe Ihnen gerne, aber ich bin nicht sicher, ob ich das alleine kann“ können helfen, eine solche Brücke zu bauen. Diese Handlungsmöglichkeiten reichen bei einem engagierten Hinsehen, Feinfühligkeit in der Erkennung von Eltern-Kind-Beziehungsstörungen und kompetenter Gesprächsführung mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern aus, um Kinder wirksam zu schützen. Sie erlauben ein Klima des Vertrauens ohne vernachlässigte oder misshandelte Kinder schutzlos zu lassen.

Durch die Schaffung neuer Netzwerkstrukturen in den Kommunen durch die Förderung aus der Bundesinitiative ist es teilweise zu Doppelungen gekommen, die sich in den verschiedensten Netzwerken zu „Kinderschutz“, „Frühen Hilfen“, „häuslicher Gewalt“, Kooperationskreisen Kinderschutz, Kooperationsnetzen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendgesundheit spiegeln. Die wenigen Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich an solchen Netzwerken teilnehmen, werden häufig mehrfach für eine Teilnahme angefragt. Eine Beauftragung durch die jeweiligen Arbeitgeber (private wie öffentliche Krankenhäuser) von Ärztinnen und Ärzten, aber auch Kliniksozialdiensten und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist bisher kaum erfolgt und sollte aber im Sinne der Etablierung von Kinderschutzgruppen an Kliniken eingefordert werden. Die

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser in Deutschland (GKind) hat sich diesem Anliegen verschrieben. Als Dienstaufgabe können Mitarbeiter der kommunalen öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und/oder Sozialpädagogen aus Sozialpädiatrischen Zentren regelmäßiger teilnehmen, sodass diese Brücken in das System der Frühen Hilfen und des kommunalen Kinderschutzes verstärkt genutzt werden sollten. In zu geringem Maße sind der öffentliche Kinder- und Jugenddienst der Gesundheitsämter und die Eingliederungshilfe (Frühförderung) in die konkrete Fallarbeit eingebunden. Ärztinnen und Ärzte in niedergelassener Praxis, die meist federführend in der Behandlung sind, können nur in Zeiten außerhalb des Praxisbetriebes teilnehmen, da ihnen der Verdienstausfall nicht erstattet werden kann. Auf diese Probleme wurde bei der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes hingewiesen, Lösung durch eine engere Verzahnung zwischen den Zuständigkeitsbereichen des SGB V und des SGB VIII sind aber nicht erreicht worden. Es ist wichtig, bei allem persönlichen Engagement lokal auf diese Problematik hinzuweisen; sie gefährdet in hohem Maß die Kontinuität und Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit. Dennoch sind auf lokaler und regionaler Ebene sehr beachtliche Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe erreicht worden. Ob die Schnittstelle durch das Präventionsgesetz im Sinne sektorübergreifender Zusammenarbeit verbessert werden kann, muss abgewartet werden. Die vorgesehenen individuellen Beratungen zu Präventionsangeboten wie Angebote der frühen Interaktionsförderung, der Bewegung, gesunden Ernährung und Förderung könnten dazu gehören. In welchem Rahmen diese zusätzlichen Beratungen vergütet werden, blieb bislang unklar.

Die bestehende Fragmentarisierung, die mit den derzeitigen Finanzierungssystemen und politischen Zuständigkeiten zusammenhängt, verhindert nach wie vor eine umfassende und integrierte Versorgung von Kindern. Auf der politischen Ebene verlangt dies nach einer ressortübergreifenden Politik für Kinder und ihre Familien, die sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene und kommunaler Ebene Frühe Hilfen als Querschnittsaufgabe organisiert, d. h. der Umsetzung einer „Health in all policies“-Strategie der WHO folgt. Diese Strategie bezieht sich darauf, dass Gesundheit sowohl eine Voraussetzung für ein gelingendes Leben als auch eine Folge von Chancengleichheit und Befähigungsgerechtigkeit ist.

■ Prof. Dr. Ute Thyen
Universität zu Lübeck
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
ute.thyen@uksh.de

Literaturangaben unter:



Kann primäre Gewaltprävention bei der Vorsorgeuntersuchung im Kinder- und Jugendalter ein Thema sein?

Hermann Josef Kahl

Die interpersonelle Gewalt existiert und wird noch immer tabuisiert. Unterschiedliche Formen der Repression finden in den Familien und in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen täglich statt. Sind die Risikofaktoren hinlänglich bekannt, um eine gesamtgesellschaftliche universelle Prävention zu koordinieren? Wie können Kinder- und Jugendärzte in den Vorsorgeuntersuchungen einen effektiven Beitrag leisten?

Nach Übereinstimmung der Experten gelten folgende Kriterien als Risikofaktoren für ausgeübte interpersonelle Gewalt:

- Junges Alter der Eltern,
- unerwünschte Schwangerschaft,
- Armut,
- Familienkonflikte,
- Überforderung der Eltern,
- erhöhte Fürsorgeanforderungen durch Säuglinge und Kleinkinder (Schrei- und Fütterprobleme),
- psychische Erkrankungen,
- Alkohol- und Drogenkonsum,
- fehlende Schutzfaktoren und Ressourcen in den Familien.

Die Teilnehmerate an den Vorsorgeuntersuchungen ist extrem hoch und nahezu auf 100% gestiegen, nachdem in fast allen Bundesländern Verpflichtungen eingeführt worden sind. Obwohl wir heute davon ausgehen können, dass die Gesamtheit der Eltern mit diesem Risikopotenzial in den Kinder- und Jugendarztpraxen zu den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen erscheinen, gehört auch zur Realität, dass dieses Risikopotenzial bei dem herkömmlichen Vorsorgeschema nicht als solches erkannt wird.

Es fehlt zudem eine standardisierte altersabhängige vorausschauende Beratung (Primäre Prävention).

Da knapp 6 Millionen Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr von den niedergelassenen Pädiatern in den entsprechenden Altersabschnitten durchgeführt werden, stellt sich die Frage, wie eine solche primäre Prävention effektiv gestaltet werden kann.

Nach unseren Erfahrungen bieten sich hier zwei Strategien an:

Zum einen muss in den Vorsorgeheften Platz geschaffen werden, wo die regionalen und kommunalen Adressen aller „Hilfsstellen“ eingetragen werden müssen, natürlich auch die Telefonnummern und Internetadressen. (Der Hinweis könnte z. B. über eine zentrale kommunale Adressenbank erfolgen, wie sie ab April 2016 kostenlos über ein Online-System Frühe Hilfen des MFKJKS angeboten wird und jeweils kommunal anzupassen ist. Die TK will ebenfalls die Adressenbank Frühe Hilfen überarbeiten, siehe www.gewalt-gegen-kinder.de).

Die Kinder- und Jugendärzte weisen bei allen Vorsorgeuntersuchungen Eltern, Kinder und Jugendliche auf die Existenz solcher Einrichtungen hin. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass die Scham der Eltern, über Repressalien in ihren Familien zu reden, in den Praxen oft zu groß ist. Zu Hause sind die Eltern (Mütter) dagegen viel eher bereit, über Telefon und/oder Internet (ggf. auch Apps) Hilfe anzufordern.



Für den Säuglings- und Kleinkindbereich betrifft dies die Adressen der Hebammen (mit der Möglichkeit des Hausbesuchs), der Schreiambulanzen, der Sozialpädiatrischen Zentren, der Kinderschutzambulanzen, der Frühförderung der Jugendhilfe, der Gesundheitsämter, der Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen, der Frühen Hilfen der Wohlfahrtsverbände und Jugendämter, der Frauenberatungsstellen, der Müttercafés und von Familienzentren (Elternkurse). In den großen Städten sind diese Anlaufstellen möglichst stadtteilbezogen aufzuschreiben.

Die entsprechenden Anlaufstellen im Schulalter (mit Eintrag im Vorsorgeheft) sind die Gesundheitsämter, Wohlfahrtsverbände, Schwangerschaftsberatungsstellen, Allgemeinen sozialen Dienste, Kinderschutzambulanzen, Frauen- und Familienberatungsstellen und Psychotherapeuten. Nur so können die beiden Akteure Gesundheitswesen einerseits und Jugendhilfe andererseits die Präventionsmaßnahmen gemeinsam und wirkungsvoll gestalten.

Die zweite Strategie erfolgt über die Mitteilung sogenannter Kernbotschaften bei jeder Vorsorgeuntersuchung. In diesen Botschaften müssen die Probleme in kurzer und präziser Form angesprochen werden. Dabei werden die altersbezogenen Risikofaktoren berücksichtigt. Da das neue Präventionsgesetz diesen Ausbau der Primärprävention fordert, ist eine schnelle Umsetzung notwendig. Der BVKJ hat hier bereits vorgearbeitet. Dabei muss der respektvolle Umgang mit dem Kind, die Stärkung der Elternkompetenz, die Förderung der Eltern-Kind-Bindung, der empathische Umgang mit dem Kind/Jugendlichen und die Stärkung der elterlichen Feinfühligkeit im Vordergrund stehen.

Diese Kernbotschaften müssen von Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereinen, der BZGA, den Krankenkassen usw. in gleicher Sprache (Migranten berücksichtigen) aufgegriffen und verteilt werden. Dadurch wird ein Synergieeffekt erzielt, der sich potenziert und große Chancen hat, in der Gesamtstrategie einer universellen primären Prävention durch die dauernde Wiedererkennung (Identität) in unterschiedlichen Lebenswelten erfolgreich anzukommen.

ZUSAMMENFASSEND LÄSST SICH FESTHALTEN:

Die Kinder- und Jugendärzte benötigen dringend valide Instrumente zur sicheren frühen Identifizierung der Familien mit Risikostrukturen – dann kann Hilfe gewährleistet werden. Damit wird der Schutz der Kinder messbar erhöht.

Folgende Hilfsangebote existieren:

Junge Eltern und Mütter mit unerwünschter Schwangerschaft gehören in die Betreuung der Frühen Hilfen aus den Bereichen Gesundheitswesen und der Jugendhilfe sowie der Schwangerenberatungsstellen/Sozialen Dienste.

Familien mit sogenannten „Schreikindern“ und Kindern mit Schlaf- und Ernährungsproblemen brauchen frühe Hilfe in

Schreiambulanzen, in der Sozialpädiatrie und in Familienzentren.

Familienkonflikte und psychische Erkrankungen der Eltern gehören frühzeitig in die Betreuung der Psychotherapeuten, Psychiater und Familienberatungsstellen.

Für überforderte Eltern müssen Entlastungen und genügend Elternschulungen bereitgestellt werden. Gesundheitsämter, Elterncafés und Familienzentren bieten Hilfe an.

Alkoholismus und Drogenkonsum in Familien gehört in die Betreuung durch Frühe Hilfen, Drogenberatungsstellen, Kinderschutzambulanzen und Jugendhilfe.

Armut als Ursache von Gewalt darf in hochindustrialisierten Ländern überhaupt keine Rolle spielen! Wenn doch, muss sich die Gesellschaft schmerzhaft Fragen gefallen lassen, warum es hier zum Versagen kommt und was zu ändern ist.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat das Vorsorgesystem in eigener Regie überarbeitet und so das Hilfsangebot bereits deutlich verbessert.

Das bedeutet allerdings nicht, dass nicht weitere gemeinsame Anstrengungen von Pädiatrie und Jugendhilfe erforderlich sind, um den optimalen Schutz für gefährdete Kinder dauerhaft herzustellen.

■ *Dr. med. Hermann Josef Kahl*
Uhlandstraße 11
40237 Düsseldorf
praxis@freenet.de

Für kritisches Gegenlesen und wichtige Ergänzungen danke ich Herrn Dr. W. Kratzsch.

Trau dich! Bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs

Stefanie Amann
Heidrun M. Thaiss

Das Thema sexueller Kindesmissbrauch wurde 2010 aufgrund des Bekanntwerdens von Fällen sexuellen Missbrauchs in schulischen und kirchlichen Einrichtungen in der Öffentlichkeit breit diskutiert und mündete in einer Vielzahl politischer Maßnahmen, u. a. in der Gründung des Runden Tisches „Sexueller Missbrauch“. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die „Bundesweite Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs – Trau dich!“. Grundlage sind die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ und des Abschlussberichtes der damaligen Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann. In beiden Berichten wird, neben der Intervention, der Aufarbeitung und der Entschädigung der Opfer, der Prävention ein hoher Stellenwert eingeräumt. Gefordert wird, Kinder durch Aufklärung über Sexualität und Kinderrechte zu stärken und ihnen Wege zum Hilfesystem aufzuzeigen.

Sexualaufklärung wird als ein wichtiger Beitrag zur Prävention des sexuellen Missbrauchs angesehen. Die Einbindung aller Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und in ihrem beruflichen Kontext mit der Thematik konfrontiert sein können, wird als unerlässlich angesehen. Dies soll durch Sensibilisierung, Qualifizierung und Fortbildung geschehen.

„Trau dich!“ richtet sich unmittelbar an die Kinder, aber ebenso an Eltern und schulische Fachkräfte und verbindet daher einen kindzentrierten spezifischen Ansatz (der den Missbrauch direkt thematisiert und den Empowerment-Ansatz verfolgt) mit einem multiperspektivischen Ansatz (Einbezug erwachsener Bezugspersonen) und einem interaktiven Ansatz (aktive Beteiligung und Einbezug der Kinder in das Geschehen des Theaterstücks) im Setting Schule.

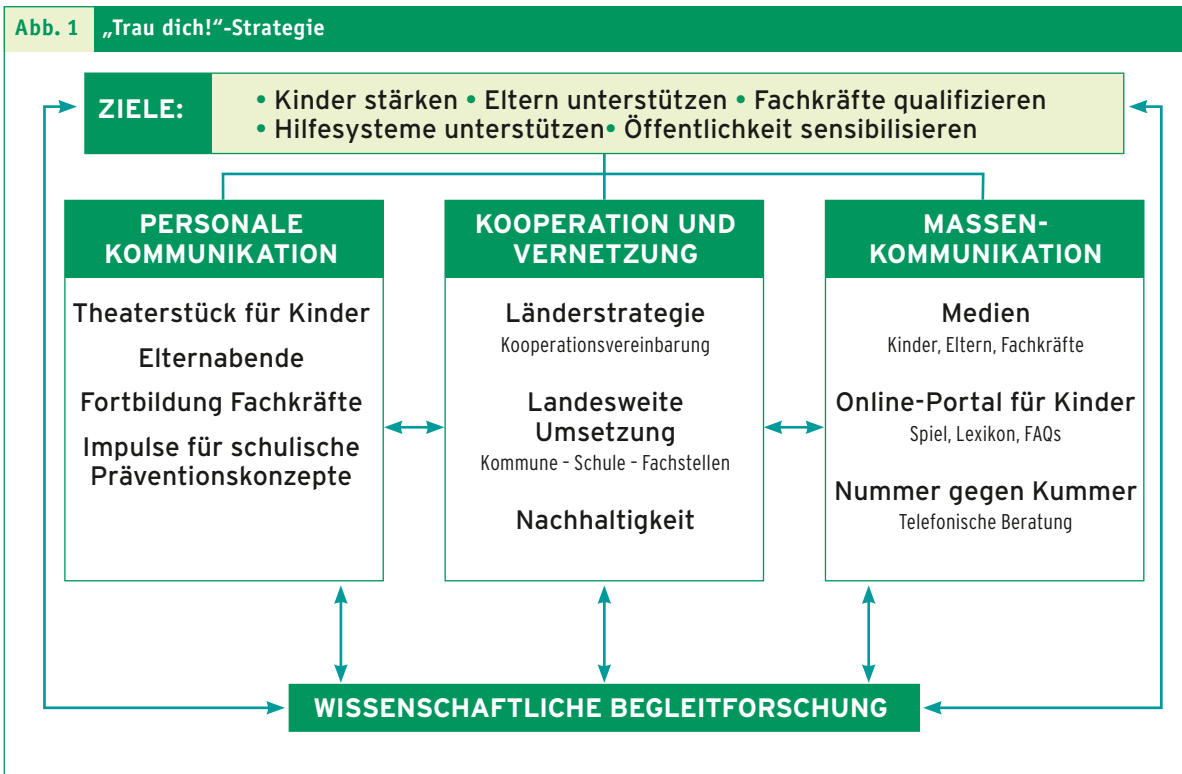
Ziel ist es, Kinder zu stärken, Eltern zu sensibilisieren, Fachkräfte zu qualifizieren, das Hilfesystem bekannter zu machen sowie dem Thema in der öffentlichen Diskussion Raum zu geben.

KONZEPT UND BAUSTEINE DER INITIATIVE

Die Initiative verknüpft personal- und massenkommunikative Maßnahmen, die sich an die Öffentlichkeit und an unterschiedliche Zielgruppen richten: Mädchen und Jungen im Alter von 8 bis 12 Jahren, Eltern, Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte an Schulen. Zentrales Element ist ein interaktives Theaterstück. Vor der Theateraufführung werden Informationsabende für Eltern und verpflichtende Fortbildungen für Lehrkräfte angeboten, die von den lokalen Fachstellen gegen sexuellen Missbrauch durchgeführt werden. Eltern und Lehrkräfte werden für das Thema sensibilisiert und in ihrer Gesprächs- und Handlungssicherheit gestärkt. Lehrkräfte werden motiviert, die Themen im Unterricht vor- und nachzubereiten. Auf institutioneller Ebene bietet die Initiative Impulse für die Entwicklung schulischer Präventionskonzepte. Fachinstitutionen vor Ort arbeiten zusammen, um die Prävention sexualisierter Gewalt nachhaltig zu verankern.

Die Initiative wird in enger Kooperation mit den zuständigen Ministerien der Bundesländer sowie Verbänden und Fachstellen gegen sexuellen Missbrauch umgesetzt. Auf kommunaler Ebene zielt die Initiative auf eine stärkere Vernetzung der Akteure aus den Bereichen Schule, Kommune und Beratungsstellen zur Prävention bzw. Intervention bei sexuellem Missbrauch. Diese Vernetzung trägt dazu bei, das komplexe Hilfesystem bekannter zu machen und Maßnahmen zur Prävention sexualisierter Gewalt nachhaltig zu befördern. Um Kindern einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe und Beratung zu ermöglichen, arbeitet „Trau dich!“ mit dem Kinder- und Jugendtelefon der „Nummer gegen Kummer“ zusammen.

Die Qualitätssicherung der Initiative ist durch eine wissenschaftliche Begleitung und durch die kontinuierliche Beratung eines Fachgremiums (Fachleute aus Prävention und Gesundheitsförderung, Ministerien, Forschung und Lehre, Kinderschutz, Lehrerbildung sowie spezialisierte Fachberatungsstellen) gewährleistet (Abb. 1: Schaubild Strategie).



„TRAU DICH!“

Das Theaterstück „Trau dich! Ein starkes Stück über Gefühle, Grenzen und Vertrauen“ erzählt vier dramaturgisch geschlossene, aber nicht linear erzählte Geschichten. Neben Filmsequenzen von Kindern, die Situationen kommentieren und diskutieren, spielt der Einsatz von Musik eine wichtige Rolle. Durch verschiedene interaktive Elemente werden die Kinder am Geschehen auf der Bühne beteiligt. Kinder informieren in eingespielten Videosequenzen über Kinderrechte und beziehen zu Konfliktsituationen im Stück Stellung. Die Zuschauerinnen und Zuschauer werden während des Stücks um Lösungsvorschläge im Umgang mit Grenzverletzungen gebeten.



Das Theaterstück wird in renommierten Theaterhäusern zweimal täglich vor 250 bis 350 Kindern aufgeführt. Die regionalen Beratungsstellen präsentieren sich im Foyer, am Ende der Auf-

führung lernen die Kinder die Hilfsangebote vor Ort und die „Nummer gegen Kummer“ kennen. Als Erinnerung erhalten sie die Visitenkarte des Kinder- und Jugendtelefons und einen Hinweis auf das Kinder-Portal www.trau-dich.de.

FORTBILDUNGSANGEBOTE FÜR FACHKRÄFTE UND ELTERNABENDE

Die Fortbildung vermittelt Hintergrundinformationen, bietet Anregungen zur Vor- und Nachbereitung des Theaterbesuchs sowie zur Zusammenarbeit mit den Eltern. Ziel ist, dass die pädagogischen Fachkräfte auf Mitteilungen seitens der Kinder unterstützend reagieren, angemessen entscheiden und handeln können. „Trau dich!“ bietet gemeinsam mit den örtlichen Schulen und den Fachstellen auch Informationsabende für Eltern und Bezugspersonen der Kinder an. Ziel ist, die Erwachsenen für die Signale betroffener Kinder zu sensibilisieren, Ängste zu reduzieren und Anregungen für eine präventive Erziehung zu vermitteln.

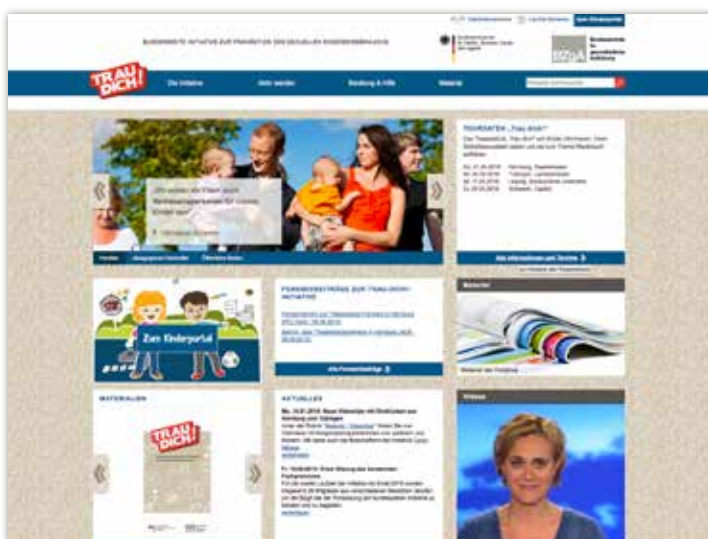
BROSCHÜREN FÜR KINDER, ELTERN UND FACHKRÄFTE

Broschüren für 8- bis 12-jährige Jungen und Mädchen informieren über Kinderrechte, sexuelle Gewalt und Hilfsangebote. Sie ermutigen die Kinder, sich an eine Vertrauensperson zu wenden und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nach dem Theaterbesuch erhalten die Kinder Aufkleber und Türklingschilder mit unterschiedlichen Gefühlsbotschaften zum Bemalen und Beschriften. Armbändchen mit zentralen Präventionsbotschaften stärken die Kinder in ihren Rechten und ihrem Selbst-

bewusstsein. Ein Elternratgeber sowie ein Methodenheft für Fachkräfte mit theaterpädagogischen Anregungen ergänzen das Angebot.

ONLINE-PORTAL MIT TELEFONISCHER INFORMATION UND BERATUNG

www.trau-dich.de informiert Mädchen und Jungen über Kinderrechte und körperliche Selbstbestimmung. Das Portal enthält eine Beratungsstellen-Datenbank, ein Lexikon, FAQs, ein Spiel und weitere interaktive Elemente. Kinder können sich selbstständig über Hilfsangebote in ihrer Nähe informieren oder sich direkt an die „Nummer gegen Kummer“ wenden. Die Seite www.multiplikatoren/trau-dich.de informiert über die Initiative, über bereits erfolgte Landeskooperationen und zentrale Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Wie auf der Kinderseite gibt es auch hier die Möglichkeit einer Beratungsstellensuche.



KOOPERATION MIT DEN BUNDESLÄNDERN

Die BZgA schließt mit den Bundesländern Kooperationsvereinbarungen, in denen die Ziele und Zielgruppen, die Schwer-

punkte, die Qualifizierung, die beteiligten Partner und die Einbettung in bestehende Präventionsmaßnahmen des Landes festgelegt werden. Die Fachministerien beteiligen sich ideell durch die Übernahme der Schirmherrschaft, strukturell durch Schaffung der Zugangswege zu Schule und Hilfesystem sowie finanziell an der Umsetzung der Initiative in ihrem Bundesland. Die für die Lehrerbildung und Schulentwicklung zuständigen Landesinstitute sind in diesem Prozess insbesondere im Hinblick auf die Fortsetzung und Verstetigung von „Trau dich!“ ein zentraler Kooperationspartner. Auf regionaler und kommunaler Ebene wird die Initiative gemeinsam mit Partnern u. a. aus dem Kinder- und Jugendschutz, den Schul-, Jugend- oder Gesundheitsämtern, den spezialisierten Fachberatungsstellen, dem Netzwerk Frühe Hilfen, Schulpsychologischen Beratungsstellen, Erziehungs- und Sexualberatungsstellen geplant und durchgeführt (Abb. 2 Schaubild Kooperation und Vernetzung).

Mit den Bundesländern, in denen die Initiative bereits durchgeführt wurde (Schleswig-Holstein, Sachsen, Baden-Württemberg und Hessen), ist die BZgA im Austausch, wie die Prävention des sexuellen Missbrauchs nachhaltig verankert werden kann. Aktuell wird „Trau dich!“ in der Freien und Hansestadt Hamburg umgesetzt, ab Frühjahr 2016 in Bayern und in Mecklenburg-Vorpommern. Berlin hat ebenfalls Interesse bekundet, mit der Initiative die Aktivitäten im Land zu unterstützen.

WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITFORSCHUNG

Die Initiative wurde durch eine Prozessevaluation (Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung, ies) evaluiert und durch eine Ergebnisevaluation (Institut für Sozialforschung und Kommunikation, SOKO) ergänzt. Die Prozessevaluation untersuchte, ob die Initiative die unterschiedlichen Zielgruppen erreicht und auf struktureller Ebene nachhaltig und wirksam ist. Gefragt wurde, ob Vernetzungen und Kooperationen angestoßen oder gestärkt wurden, ob die Fortbildungen für Lehrkräfte angenommen wurde und ob „Trau dich!“ Impulse für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen setzen konnte. Die Ergebnisevaluation untersuchte die Wirksamkeit bzw. Zielerreichung der einzelnen Initiativen-Bausteine (Theaterstück, pädagogische Nachbereitung, Fortbildungen, Elternabend) bei den Kindern, den Eltern und den Lehrerinnen und Lehrern. Darüber hinaus überprüfte die Medienevaluation (forsa), wie Kinder, Eltern und Lehrkräfte die Medien bewerten und nutzen. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Kinder, Eltern und Fachkräfte sowie der Prozessevaluation vorgestellt.

„MAN MUSS NICHT KÜSSEN, NUR WEIL MAN 12 IST – DAS IST GUT!“

Zentrales Ziel ist es, Kinder über sexuellen Missbrauch und Kinderrechte aufzuklären und ihre Kompetenzen im Umgang mit Missachtung der eigenen Grenzen und Gefühle zu stärken. Die Lerneffekte sollen auch noch zwei bis sechs Monate später bezüglich folgender Kompetenzen feststellbar sein:

1. Gute von schlechten Geheimnissen unterscheiden zu können
2. Angenehme von unangenehmen Gefühlen bzw. Berührungen unterscheiden zu können
3. „Nein“ zu sagen, wenn man etwas nicht möchte
4. Sich jemandem anzuvertrauen
5. Sich Hilfe zu holen

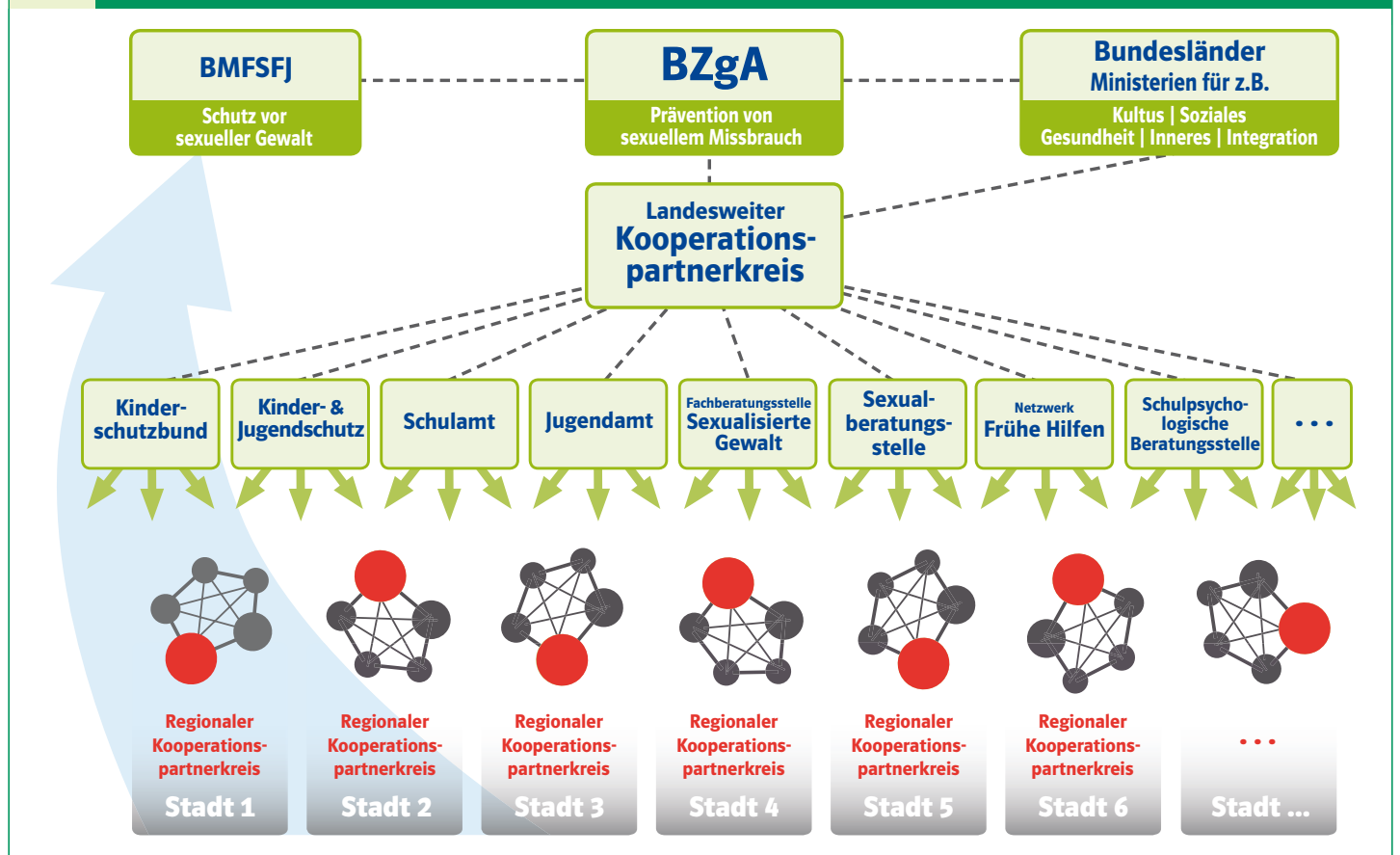
Die Befragung der Kinder wurde von Juni 2013 bis Mai 2014 in Schleswig-Holstein und Sachsen durchgeführt. Insgesamt nahmen 639 Schulkinder zu allen drei Messzeitpunkten an der Befragung teil. 320 Kinder waren bis zu 9 Jahre alt und 316 Kinder 10 Jahre und älter. Von den 639 Kindern waren 325 Mädchen und 313 Jungen, ein Kind hatte keine Angabe zu seinem Geschlecht gemacht.

Die Ergebnisse am Tag nach der Aufführung und zwei bis sechs Monate danach zeigen, dass das Theaterstück nachhaltig wirkt: Auch sechs Monate nach Besuch des Theaterstücks erinnern die Kinder die zentralen Präventionsbotschaften und schätzen Situationen, in denen Grenzverletzungen oder Missbrauch stattfinden, richtig ein. Die Selbsteinschätzung zu folgenden Kompetenzen haben sich im Vergleich zur Nullmessung signifikant verbessert: Sie können gute von schlechten Geheimnissen und angenehme von unangenehmen Gefühlen

unterscheiden. Sie geben eher an, Geheimnisse weiterzusagen, wenn sie sich nicht gut anfühlen. Die Motivation, sich Hilfe zu holen, verstärkt sich: Alle Ansprechpartner wie Familie, Freunde, Institutionen werden häufiger genannt; die stärkste Zunahme ist bei der „Nummer gegen Kummer“ und den Hilfeeinrichtungen vor Ort zu verzeichnen. Die subjektiv eingeschätzten Handlungskompetenzen der Kinder in Missbrauchssituationen haben sich bei allen Fallgeschichten im Vergleich zur Nullmessung signifikant verbessert. Diese Lerneffekte sind auch zwei bis sechs Monate nach dem Theaterbesuch noch nachweisbar (Ergebnisevaluation, unveröffentlichter Bericht SOKO, Stand 12/2014).

Negative Effekte einer generellen Verunsicherungen der Kinder wurden nicht ausgelöst. Das Wissen um Kinderrechte ist durchgängig durchgängig gut verbreitet. Durch das Theaterstück wird der geringe Anteil der nicht informierten Kinder weiter reduziert. Für einige Präventionsbotschaften zeigt sich trotz eines signifikant nachhaltigen Effektes eine Tendenz des Vergessens. Dies zeigt, wie notwendig es ist, in der Schule das Theaterstück nachzubereiten und Präventionsmaßnahmen zu etablieren. (Die Ergebnisse der Evaluation des Theaterstücks ‚Trau dich! Ein starkes Stück über Gefühle, Grenzen und Vertrauen‘ im Rahmen der bundesweiten Initiative zur Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs.“ In: Bundesgesundheitsblatt Band 59, Heft 1 Gewalt und Gesundheit, Januar 2016).

Abb. 2 Kooperation und Vernetzung



„EINE FORTBILDUNG ALLEINE REICHT NICHT AUS ...!“

Die Fachkräfte, die an einer „Trau dich!“-Fortbildung teilgenommen haben, geben an, dass sich ihre Kenntnisse über rechtliche Grundlagen, Tätergruppen und -strategien, Risikofaktoren und Folgen für die Kinder verbessert haben und sich ihre Gesprächssicherheit, Sensibilität und Handlungssicherheit erhöht hat. Lehrkräfte bewerten die Initiative und die begleitenden Medien und Materialien als fundierte fachliche Unterstützung. Das Theaterstück ermöglicht nicht nur den Kindern, sondern auch den Lehrkräften einen emotionalen und angstfreien Zugang zum Thema. Die Befragten äußern den Bedarf an Fortbildung und an Unterstützung durch die Schule im Falle eines Verdachtes sowie die Klärung schulinterner Verantwortlichkeiten und Abläufe. Darüber hinaus ist die Verankerung des Themas in den Lehrplänen und die Vernetzung mit den Akteuren vor Ort gewünscht. Nach der Fortbildung ist mit 84% die Mehrheit der Auffassung, dass die Prävention des sexuellen Kindesmissbrauchs zu den wichtigen Zusatzaufgaben der Schule gehört (Ergebnisevaluation, unveröffentlichter Bericht SOKO, Stand 12/2014).

ÜBER DIE HÄLFTE DER ELTERN FÜHLT SICH BEI DEM THEMA EHER ALLEINE GELASSEN¹

Eltern, die einen Elternabend besucht haben, bestätigen einen Zuwachs an Wissen und Selbstreflexion. Sie geben an, hilfreiche Anregungen erhalten zu haben, wie sie ihr Kind stärken und schützen können und bestätigen, dass der Theaterbesuch Gesprächsimpulse geboten hat und die Kinder die Give-aways genutzt haben. Die Mädchen und Jungen stellten nach dem Theaterbesuch mehr Fragen zum Thema Kinderrechte, Hilfe holen und Übergriffe als vorher. 70% der Eltern geben an, den Elternratgeber gelesen zu haben. Die Tatsache, dass rund 75% der Eltern das Theaterstück weiterempfehlen würden, spricht für eine grundsätzliche Akzeptanz seitens der Eltern. Viele Eltern sind erleichtert, wenn sich die Schule des Themas annimmt.

„ICH KENN JETZT DAS GESICHT“ – ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN AUS DER PROZESSEVALUATION

Die Strategie der Kooperationen mit Ländern, Kommunen und Hilfesystemen mit begleitender Qualifizierung der Fachkräfte erweist sich als wirksam und nachhaltig. Die Prozessevaluation, die u. a. Interviews auf Landesebene (Ministerien, Lehrerinstitute, landesweit tätige Fachstellen) und mit regionalen Akteuren (Schule, Hilfesystem und Kommune) führte, zeigt, dass bestehende Strukturen gestärkt sowie neue Netzwerke aufgebaut werden. Das persönliche Kennenlernen und die neuen Kontakte werden als förderlich für eine längerfristige Zusammenarbeit bewertet. Alle Partner beurteilten das Theaterstück, die Materialien und Medien, den „Dreiklang zwischen Elternarbeit, Lehrkräfte-Fortbildung und Ansprache der Kinder“ sowie die Organisation als sehr gelungen. Die Beratungsstellen berichteten, dass ihnen „Trau dich!“ einen besseren Zugang zur Schule bietet. „Trau dich!“ wird in Aktionspläne, Präventionsprogramme und Fortbildungsmaßnahmen der Län-

¹ Forsa. Befragung von 1.010 Eltern in 2013 im Auftrag der BZgA

der eingepasst und ergänzt bestehende Präventionsprojekte, führt sogar zu einer stärkeren Nachfrage dieser Angebote (vgl. Prozessevaluation, unveröffentlichter Bericht des Stand: 12/2014). In den Bundesländern, die „Trau dich!“ umgesetzt haben, hat das Projekt vielfältige Impulse für eine Verstärkung und nachhaltige Verankerung der Prävention sexueller Gewalt gesetzt wie z. B. interministerielle Arbeitskreise, Interesse an einer dauerhaften Übernahme des Theaterstücks, die Implementierung der Prävention in die landesweite Facharbeit und Fortbildung bis hin zur Entwicklung und Erprobung von schulischen Präventionskonzepten. Die BZgA arbeitet an einer Lizenzierung des Theaterstücks, um interessierten Kinder- und Jugendtheatern eine Übernahme mit allen Bausteinen der Initiative (Elternabend, Lehrkräfte-Fortbildung und Einbindung der Fachberatungsstellen) zu ermöglichen.

DISKUSSION

Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit der Strategie sowie der Intervention für einige zentrale Präventionsbotschaften der Initiative. Negative Effekte oder generelle Verunsicherungen der Kinder wurden nicht ausgelöst. Dieser Befund deckt sich mit Erfahrungen aus anderen Präventionsprogrammen. Für einige Lernaufgaben zeigt sich, trotz eines signifikant nachhaltigen Effektes, eine Tendenz des Vergessens. Dies belegt die Notwendigkeit einer nachhaltigen und auch langfristigen pädagogischen Nachbereitung des Theaterstücks. Die Ergebnisse der Befragung der Kinder, Lehrkräfte, Eltern sowie der landesweiten und kommunalen Kooperationspartner haben viele Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Initiative ergeben. Neue Arbeitsschwerpunkte werden auf der nachhaltigen Implementierung von „Trau dich!“ und der Qualifizierung der pädagogischen schulischen Fachkräfte und der Unterstützung bei der Entwicklung schulischer Präventionskonzepte gemeinsam mit den Bundesländern liegen.

(Dieser Artikel wurde bereits in der Ausgabe 06/15 der Zeitschrift „Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre“ der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. veröffentlicht.)

■ *Stefanie Amann*
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Referatsleiterin Prävention von sexuellem Missbrauch
Maarweg 149–161
50825 Köln
stefanie.amann@bzga.de

Dr. med. Heidrun M. Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Maarweg 149–161
50825 Köln
leitung@bzga.de

Literaturangaben unter:



Prävention durch Weiterbildung – Das E-Learning-Projekt „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“

Jörg M. Fegert
Ulrike Hoffmann

Der nachfolgende Beitrag stellt ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Erstellung und Evaluation eines Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ vor. Ziel des Projektes ist es, Fachkräfte aus den Gesundheitsberufen hinsichtlich des Themenkomplexes Kindesmisshandlung/-missbrauch effektiv und nachhaltig weiterzubilden.

Nachdem im Jahr 2010 massive Fälle von sexuellem Missbrauch in kirchlichen Einrichtungen (z. B. Canisius-Kolleg) und Einrichtungen der Reformpädagogik (vor allem Odenwaldschule) bekannt wurden, reagierte die Politik mit der Einrichtung des „Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“. Hier wurde bereits in der 1. Sitzung als ein Schwerpunkt ein Bedarf an präventiven Maßnahmen, unter anderem in Form von Qualifizierung von Fachpersonen zu Themen des Kinderschutzes, benannt (vgl. Protokoll Runder Tisch 1. Sitzung). An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm wurde mit Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Förderlinie „Digitale Medien in der beruflichen Bildung“ ein Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ (<https://missbrauch.elearning-kinderschutz.de/>) entwickelt und evaluiert. Webbasierte Weiterbildungsangebote zu Themen des Kinderschutzes gab es bis dato in Deutschland kaum, und es war eine Frage im Rahmen des Forschungsprojektes, ob derartige Lernangebote zu hochsensiblen Themen, wie auch sexueller Missbrauch eines ist, von den Teilnehmenden angenommen werden würden. Die Begleit-

forschung konnte zeigen, dass die Möglichkeit einer Fortbildung durch E-Learning zum Thema „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ gut angenommen wird und die Teilnehmenden einen Zuwachs an Wissen und Handlungskompetenzen durch die Kursbearbeitung haben (vgl. König et al., 2014). Eine Befragung der Kursteilnehmenden des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ nach dem Fortbildungsbedarf zeigte deutlich den Wunsch nach weiteren und vertiefenden Fortbildungsangeboten zu Themen des Kinderschutzes. Die Notwendigkeit vertiefter Kompetenzen wurde auch bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen der Auftaktveranstaltung des Projektes am 19.09.2012 von Vertretern der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Kultusministerkonferenz geäußert.

Da sich der Online-Kurs „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ nur auf diese Misshandlungsform fokussiert, wurde ein Forschungsantrag gestellt, einen weiteren Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ zu entwickeln und zu evaluieren, in welchem alle Formen von Kindesmisshandlung thematisiert werden. Für die Notwendigkeit, zu dieser Thematik zu schulen, können aus unserer Sicht mindestens drei Gründe angeführt werden.

1. Wie eine Studie im Rahmen der Begleitforschung der Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten des Bundes, Frau Dr. Christine Bergmann, zeigte, sind Angehörige der Gesundheitsberufe privilegierte Erstansprechpersonen von Menschen, die von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch betroffen sind und haben in der Vergangenheit oft nicht adäquat reagiert (vgl. Fegert et al., 2013).
2. Zahlreiche Maßnahmen und Gesetzesänderungen, welche unter anderem im Gefolge der Debatte am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ erfolgt sind, sind sowohl in der Ärzteschaft, als auch in anderen Gesundheitsberufen noch zu wenig bekannt, was oft zu Unsicherheiten bzgl. der eigenen Handlungsbefugnis führt. So wurde im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes eine Befugnisnorm in Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht eingeführt, und es wurde auch ein Beratungsanspruch für Berufsgeheimnisträger nach § 4 KKG kodifiziert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat in einem der letzten Gesetze der 17. Wahlperiode noch eine Veränderung des § 294a SGB V beschlossen und einen Ausnahmetatbestand bei Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch formuliert. Ebenso ist Anfang 2013 die Voraussetzung dafür geschaffen worden, dass die entsprechenden Codes aus der ICD-10 in der gültigen deutschen Version ICD-10-GM auch im Krankenhaus für die Kodierung von Problemen im Zusammenhang mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch verwendet werden können. Schließlich wurde ein OPS mit klaren fachlichen Voraussetzungen und Standards für die Abklärung von Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch und Fragen der Kindergesundheit eingeführt.

3. Für die Notwendigkeit von Fortbildung zum Thema Kindesmisshandlung lassen sich auch ökonomische Gründe anführen. Eine eigene Untersuchung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Uniklinik Ulm im Auftrag des BMFSFJ zu den Traumafolgekosten auf der Basis eines Datensatzes der Barmer GEK zeigte, dass in Deutschland jährlich ca. 11 Milliarden Euro allein für die medizinischen und sozialen Folgekosten frühkindlicher Traumatisierung durch Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch aufgewandt werden (Habetha et al., 2012a,b).

Im Projektantrag wurde formuliert, den „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ als einen Online-Kurses mit einem Bearbeitungsumfang von ca. 30 Stunden zu entwickeln. Für die Umsetzung des Fortbildungsangebotes zur Thematik Kindesmisshandlung/-missbrauch als Online-Kurs sprachen primär die positiven Evaluationsergebnisse des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ und die Tatsache, dass dieser Kurs gezeigt hatte, dass durch webbasierte Fortbildungsangebote eine hohe Zahl von Fachpersonen kostengünstig geschult werden kann. Knapp 2.000 Personen hatten den Kurs in der Projektlaufzeit von 2011 bis 2014 bearbeitet. Zudem schien sich E-Learning besonders anzubieten, da das Projekt „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ ausschließlich Fachkräfte aus den Bereichen der Heilberufe, der Heilhilfsberufe sowie der Krankenpflege, welche alle eine hohe Arbeitsdichte aufweisen, adressiert. Diese profitieren von der freien und flexiblen Zeiteinteilung bei der Bearbeitung der Lerninhalte. Der hohe Frauenanteil in diesen Berufsgruppen macht E-Learning zudem im Sinne der bestehenden Vereinbarkeitsfragen zwischen Beruf, Fortbildungsinteresse und Familie zu einem attraktiven Fortbildungsangebot. Zielgruppen des Online-Kurses „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ sind Ärztinnen/Ärzte, PsychotherapeutInnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Physio-, Ergo-, Arbeits-, Musik-, Kreativ-Therapeuten, Hebammen, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger sowie Heilerziehungspfleger. Dem Projektträger war es ein besonderes Anliegen, dass auch Fachkräfte aus der Pflege, die durch den direkten Kontakt zum Kind und seinen Angehörigen eine wichtige Funktion im Erkennen von Kindesmisshandlung haben, am Projekt teilnehmen.

Das Projekt „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ (<https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/>) startete nach positivem Bescheid durch das BMG im Juni 2015. Im Projektverlauf sind zwei Testkurse geplant. Der erste Testkurs wird ein Jahr nach Projektstart, also im Juni 2016, mit der Bearbeitung des Online-Kurses beginnen. Die Inhalte des Online-Kurses werden von einem interdisziplinären, multiprofessionellen Autorenteam erarbeitet und redaktionell sowie didaktisch in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm im Rahmen des bestehenden Projekts aufbereitet. Der Kurs wird zum derzeitigen Stand der didaktischen und inhaltlichen Planung fünf Module mit insge-

Tabelle 1: Geplanter Aufbau der Module und Lerneinheiten des Online-Kurses „Grundkurs Kinderschutz in der Medizin“

Module	Lerneinheiten
Modul 1: Theoretische Grundlagen (5 Lerneinheiten)	1.1 Epidemiologie und Einführung 1.2 Historie des medizinischen Kinderschutzes 1.3 Risiko- und Schutzfaktoren 1.4 Leitlinien im Kinderschutz 1.5 Netzwerke im Kinderschutz
Modul 2: Praktische Grundlagen (5 Lerneinheiten)	2.1 Hinweise in der Anamnese 2.2 Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen 2.3 Umgang mit Eltern und anderen Bezugspersonen 2.4 Vorgehen bei Entscheidungsdilemmata 2.5 Rolle der Pflege für die Wahrnehmung von Kindesmisshandlung
Modul 3: Rechtliche Grundlagen (5 Lerneinheiten)	3.1 Das Bundeskinderschutzgesetz, Umgang mit der Schweigepflicht 3.2 Zivilrechtlicher Kinderschutz 3.3 Strafrechtliche Regelungen 3.4 Ständesrechtliche Fragen und Probleme 3.5 Rolle der Heilberufe bei Gericht
Modul 4: Misshandlungsformen (5 Lerneinheiten)	4.1 Körperliche Kindesmisshandlung 4.2 Körperliche Vernachlässigung und Vernachlässigung der Zahnhygiene 4.3 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung 4.4 Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen 4.5 Differenzialdiagnostik und Münchhausen-by-proxy-Syndrom
Modul 5: Falltrainer (6 Lerneinheiten)	Fallbearbeitung anhand von 6 Beispielfällen

samt 26 Lerneinheiten umfassen. Jede Lerneinheit wird mit einer Prüfung abschließen. Eine Übersicht der geplanten Module und Lerneinheiten zeigt Tabelle 1.

Neben der Vermittlung von Wissen durch Grundlagen- und Rechtstexte wird im Rahmen des Kurses besonderer Wert auf das fallbasierte Lernen gelegt. Die Evaluationsergebnisse des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ zeigten, dass die Teilnehmenden für die Steigerung der Handlungskompetenz stark von der Bearbeitung eines Falltrainers profitierten (vgl. König et al., 2014). Im „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ wird deshalb der Fallbearbeitung ein ganzes Modul zugeordnet. Es werden in diesem Modul sechs Fallbeispiele zur Bearbeitung angeboten, die unterschiedliche Formen von Kindesmisshandlung abbilden und in Faktoren wie Alter des Kindes sowie

Kooperationsbereitschaft der Eltern variieren, so dass eine große Spannweite von real in der Praxis vorkommenden Fällen abgedeckt wird.

Die Kursbearbeitung kann über einen Zeitraum von fünf Monaten frei eingeteilt werden. Nach der Fertigstellung der Inhalte wird der Kurs bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Zertifizierung eingereicht. Im Rahmen des begleitenden Forschungsdesigns werden regelmäßige Erhebungen während des Kursdurchlaufes zur Evaluation des Kurses, der Verbesserung der Lernplattform und der Lerninhalte sowie Prä-Post-Erhebungen zur Überprüfung der Effektivität des Online-Kurses in Bezug auf Wissen, Handlungskompetenzen, emotionales Lernen und Selbstwirksamkeit stattfinden. Eine qualitative Erhebung wird sich mit der Dissemination von Fortbildungsinhalten in die berufliche Praxis beschäftigen.

Es besteht aktuell noch die Möglichkeit, als Testperson am Projekt teilzunehmen. Sollten Sie Interesse haben, können Sie sich auf der Website <https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/> in eine Interessentenliste eintragen. Die Teilnahme am Kurs ist während der Projektentwicklungsphase kostenlos.

■ *Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert*
*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie*
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Ulrike Hoffmann
Dipl. Soz. Wiss.
*Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie*
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
ulrike.hoffmann@uniklinik-ulm.de

Literaturangaben unter:



AUTORENVERZEICHNIS

Dr. Sieglinde Ahne
Alberstraße 9, 79104 Freiburg
sieglinde.ahne@uniklinik-freiburg.de

Stefanie Amann
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Referatsleiterin Prävention von sexuellem Missbrauch
Maarweg 149–161, 50825 Köln
stefanie.amann@bzga.de

Jörg Backes
Wissenschaftlicher Referent
Nationales Zentrum Frühe Hilfen
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161, 50825 Köln
joerg.backes@nzhf.de

Dr. med. Ulrich Fegeler
Pichelsdorfer Straße 61, 13595 Berlin
ul.fe@t-online.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Dr. med. Thomas Fischbach
Präsident Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
thomas.fischbach@uminfo.de

Isabella Gold
Leiterin des Referates „Jugendhilfe, Jugendpolitik“ im
Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales,
Familie und Integration (StMAS)
Winzererstraße 9, 80797 München
Isabella.Gold@stmas.bayern.de

Dr. med. Herbert Grundhewer
Brunsbütteler Damm 265, 13591 Berlin
grundhewer@web.de

Dr. med. Bernd Herrmann
Oberarzt Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie
Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz
Klinikum Kassel GmbH
Mönchebergstraße 41–43, 34125 Kassel
herrmann@klinikum-kassel.de
b.herrmann@t-online.de

Evelyn Heyer
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
und Supervision
Brandenburger Straße 6, 34131 Kassel
praxis@evelynheyer.de

Ulrike Hoffmann
Dipl. Soz. Wiss.
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
ulrike.hoffmann@uniklinik-ulm.de

Vanessa Jantzer
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg
Vanessa.Jantzer@med.uni-heidelberg.de

Dr. phil. Andreas Jud
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Werftstr. 1, CH-6002 Luzern
andreas.jud@hslu.ch
Universitätsklinikum
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm

PD Dr. med. Michael Kaess
Sektion für translationale Psychobiologie in der Kinder-
und Jugendpsychiatrie
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg
Michael.Kaess@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Hermann Josef Kahl
Uhlandstraße 11, 40237 Düsseldorf
praxis@freenet.de

Gudula Kaufhold
Wissenschaftliche Referentin
Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. /
Technische Universität Dortmund
Vogelpothsweg 78, 44227 Dortmund
gkaufhold@fk12.tu-dortmund.de

Barbara Kiefl
Jugendamt Stuttgart
Abteilungsleitung Familie und Jugend 2
Wilhelmstraße 3, 70182 Stuttgart
Barbara.Kiefl@stuttgart.de

Prof. Dr. med. Volker Mall
Ärztlicher Direktor
Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie
kbo Kinderzentrum München gGmbH
Heiglhofstraße 63, 81377 München
volker.mall@kbo.de

Dr. phil. Thomas Mühlmann
Fakultät 12 – Erziehungswissenschaft und Soziologie
Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut e. V. /
Technische Universität Dortmund
Vogelpothsweg 78, 44227 Dortmund
thomas.muehlmann@tu-dortmund.de

Prof. Dr. med. Elisabeth Mützel
Leiterin der Ambulanz am
Institut für Rechtsmedizin der LMU München
Nußbaumstraße 26, 80336 München
elisabeth.muettel@med.uni-muenchen.de

Nadine Neudörfer
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62, 70174 Stuttgart
N.Neudoerfer@klinikum-stuttgart.de

Dr. med. Rose-Renate Nowotzin
Kinder- und Jugendärztin
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62, 70174 Stuttgart
r.nowotzin@klinikum-stuttgart.de

Dr. med. Andreas Oberle
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62, 70174 Stuttgart
a.oberle@klinikum-stuttgart.de

Mechthild Paul
Leitung Nationales Zentrum Frühe Hilfen
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161, 50825 Köln
mechthild.paul@nzhf.de

PD Dr. Paul L. Plener, MHBA
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5
68159 Mannheim

Prof. Dr. med. Drs. h.c. Stefan Pollak
Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Rechtsmedizin
Albertstraße 9, 79104 Freiburg
stefan.pollak@uniklinik-freiburg.de

Miriam Rassenhofer
Diplom-Psychologin, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
miriam.rassenhofer@uniklinik-ulm.de

Wulfhild Reich
Jugendamt Stuttgart
Qualität und Qualifizierung
Wilhelmstraße 3, 70182 Stuttgart
Wulfhild.Reich@stuttgart.de

Prof. Dr. med. univ. Franz Resch
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg
Franz.Resch@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Klaus Rodens
Angertorstraße 6, 89129 Langenau
KlausRodens@t-online.de
Johannes-Wilhelm Rörig
Unabhängiger Beauftragter für Fragen des
sexuellen Kindesmissbrauchs
Glinkastraße 24, 10117 Berlin
kontakt@ubskm.bund.de

Dr. phil. Stefan Rücker
Leiter der Forschungsgruppe PETRA
Leitung Forschung und Entwicklung
Ziegelhütte 2, 36381 Schlüchtern
s.ruecker@projekt-petra.de

Dr. rer. nat. Nina Spröber
Diplom-Psychologin, Approbierte Psychotherapeutin (VT),
Supervisorin
PFKJE – Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Arnulfstraße 4, 89231 Neu-Ulm
info@praxis-sproeber.de
nina.sproeber@uniklinik-ulm.de

Anja Stietenroth
B.A. Sozialpädagogin
Klinikum Stuttgart, Olgahospital
Kinderschutzteam
Kriegsbergstraße 62, 70174 Stuttgart
a.stietenroth@klinikum-stuttgart.de

Dipl.-Psych. Dr. med. Harald Tegtmeier-Metzdorf
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie, Psychotherapie
Sprecher des Ausschusses für Psychosomatik und
Psychotherapie im BVKJ
Kemptener Straße 28, 88131 Lindau
dr.harald.tegtmeyer@t-online.de

Dr. med. Heidrun M. Thaiss
Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA)
Maarweg 149–161, 50825 Köln
leitung@bzga.de

Prof. Dr. Ute Thyen
Universität zu Lübeck
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
ute.thyen@uksh.de

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder
Frauenarzt/ Kinder- und Jugendarzt,
Kinder- und Jugendgynäkologe München
Praxiszentrum Saarstrasse
Saarstraße 7, 80797 München
Info@Praxiszentrum-Saarstrasse.de

Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de

Impressum

Kinder- und Jugendschutz
BVKJ-Schwerpunktbrochure 2016

ISBN 978-3-9816001-6-2

1. Auflage Mai 2016

Herausgeber:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
www.kinderaerzte-im-netz.de

Chefredaktion:

Dr. med. Klaus Rodens
Angertorstraße 6
89129 Langenau
KlausRodens@t-online.de

Gestaltung:

FAI GmbH, Agrippinawerft 22, 50678 Köln,
info@fai-healthcare.de

Druck:

SIGMA DRUCK, Laerstraße 69, 48565 Steinfurt-Borghorst
www.sigmadruck.de

Bildnachweis:

Titelbild: Dr. Herbert Schade, 123RF / Zvonimir Luketina, S. 8
BMG/Jochen Zick, S. 11 UBSKM, S. 75 www.remed-online.de, S. 81
Institut für Rechtsmedizin, Freiburg, S. 90 Teicher, M.H., Samson, J.A.,
Polcari, A. & McGreenery, C.E. 2006, „Sticks, Stones, and Hurtful
Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment“,
Am J Psychiatry, vol. 163, pp. 993–1000, S. 109 Forschungsverbund
DJI/TU Dortmund, Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe,
S. 117/118/119 Jörn Haufe

bvkkj.